

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

*Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina*



TESIS DOCTORAL

Influencia del miedo prenatal en la experiencia y desarrollo de parto

Marzo 2023



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud.
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina.

Programa de Doctorado en Ciencias Médicas

**INFLUENCIA DEL MIEDO PRENATAL EN EL DESARROLLO Y EXPERIENCIA
DE PARTO.**

INFLUENCE OF PRENATAL FEAR ON THE DEVELOPMENT AND CHILDBIRTH EXPERIENCIE

Doctoranda: Azahara Rúger Navarrete

Directores de la Tesis:

Prof. Dr. Francisco Javier Fernández Carrasco

Prof. Dra. Juana María Vázquez Lara.

AGRADEDIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Francisco Javier Fernández Carrasco por su confianza en mi desde el primer momento. Gracias por tu constancia, dedicación, y esfuerzo, luchador inagotable. Ejemplo a seguir, y digno de admirar. Gracias por enseñarme a que todo en esta vida se consigue si uno se lo propone y lucha, a pesar de las adversidades. Gracias por ayudarme a ver esto como un reto y una superación, mil gracias por cada día, hora, minuto y segundo que me dedicaste siempre con una gran ilusión.

Al Dr. Tesifón Parrón Carreño, por ser la esencia de todo esto, gracias por ser una gran persona, gracias por ser el tronco de un frondoso árbol que permite el nacimiento de pequeñas ramas; y ser capaz de permitir y aportar todos tus conocimientos y sabiduría para seguir con el legado de la docencia. Gracias.

A la Dra. Juana María Vázquez, gracias por formar parte de esta aventura, siempre tan constante, llena de fuerza y buenas vibras. El trabajo en equipo aumenta el valor y la calidad de las cosas. Mil gracias por ser como eres.

A Juan, mi todo, y mi compañero, gracias por tu apoyo incondicional durante estos años, sin ti esto no hubiera sido posible. Gracias por ayudarme, animarme y luchar conmigo cada día. Gracias por hacerme ver que la unión hace la fuerza, y que juntos formamos un equipo.

A mi hermana María, mi ejemplo a seguir de superación, gracias por aportarme esa luz cuando existía oscuridad. Por tu sabiduría y ayuda en los momentos de desesperación.

A todas las mujeres que participaron en este estudio con las ganas y entusiasmo de poder ayudar a otras personas, sin ellas no hubiera sido posible.

ÍNDICE TEMÁTICO

ABREVIATURAS	11
I. RESUMEN.....	14
II. INTRODUCCIÓN.....	17
1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN AL PARTO	17
1.1 Las sociedades primitivas.....	17
1.2 La civilización egipcia	18
1.3 La antigua Grecia	21
1.4 La civilización romana	23
1.5 La Edad Media	24
1.6 La Edad Moderna.....	24
1.7 El siglo XX	30
2. PERÍODO PRENATAL	32
2.1 Cambios psicológicos y emocionales en el embarazo	32
2.2 Programas de educación para la maternidad/paternidad. Plan de parto	36
3. EL PARTO	48
3.1 Mecanismo y fases del parto	48
3.2 Tipos de partos	54
3.3 Acompañamiento durante el proceso de parto	56
4. DOLOR EN EL PARTO Y EL MIEDO AL PARTO	60
4.1 Fisiología del dolor de parto	60
4.2 Métodos de alivio del dolor en el parto	62
4.2.1 Técnicas no farmacológicas para abordar el dolor en el parto	63
4.2.2. Métodos farmacológicos para abordar el dolor en el parto	68
4.3 Miedo al parto.....	73
4.4 Papel de la matrona en el manejo del dolor en el parto	78
5. PUERPERIO.....	81
5.1 Cambios emocionales de la púerpera en las primeras horas	81
5.2 Establecimiento del vínculo entre madre e hijo	84
5.3 La experiencia de parto.	88
II. ESTADO DE LA CUESTIÓN.	92
IV. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	101
V. METODOLOGÍA.....	104
VI. RESULTADOS.....	111
VII. DISCUSIÓN	148

VIII. CONCLUSIONES.....	156
IX. BIBLIOGRAFÍA	158
X. ANEXOS	177
Anexo I.Escala de Anticipación del Nacimiento (BAS).....	177
Anexo II. Cuestionario que mide la experiencia de parto (CEQ-E).....	183
Anexo III. Producción científica	188

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Las diferentes etapas psicológicas por las que pasa la gestante	41
Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas.	111
Tabla 3. Distribución por estado civil.	112
Tabla 4. Distribución por nivel de estudios.	113
Tabla 5. Distribución por situación laboral.	114
Tabla 6. Distribución por ingresos económicos.	115
Tabla 7. Distribución por modelo de familia.	116
Tabla 8. Distribución por el hecho de haber tenido abortos previos.	117
Tabla 9. Distribución por el hecho de haber asistido a clases de preparación al parto.	118
Tabla 10. Distribución por modo por el que se inició el parto.	119
Tabla 11. Distribución por método de analgesia utilizado para el parto.	120
Tabla 12. Distribución por el hecho de haber estado acompañada durante la dilatación y/o el parto.	121
Tabla 13. Distribución por tipo de parto.	122
Tabla 14. Distribución por puntos de sutura recibidos durante el parto.	123
Tabla 15. Distribución por nivel de miedo al parto.	124
Tabla 16. Correlación entre las distintas variables cuantitativas.	126
Tabla 17. Miedo al parto y experiencia de parto en función del estado civil.	126
Tabla 18. Miedo al parto y experiencia de parto en función del nivel de estudios.	128
Tabla 19. Miedo al parto y experiencia de parto en función de la situación laboral.	129
Tabla 20. Miedo al parto y experiencia de parto en función de los ingresos económicos.	130
Tabla 21. Miedo al parto y experiencia de parto en función de haber tenidos abortos previos.	132
Tabla 22. Miedo al parto y experiencia de parto en función de haber asistido a clases de preparación al parto.	134
Tabla 23. Miedo al parto y experiencia de parto en función del modo del inicio de parto.	135
Tabla 24. Miedo al parto y experiencia de parto en función de la analgesia recibida durante el mismo.	137
Tabla 25. Experiencia de parto en función de estar acompañada durante la dilatación y/o el expulsivo.	139
Tabla 26. Miedo al parto y experiencia de parto en función del tipo de parto.	141

Tabla 27. Miedo al parto y experiencia de parto en función de los puntos de sutura recibidos.	144
Tabla 28. Modelo de Regresión Logística Binaria	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Silla de partos Kom Ombo, Egipto	19
Figura 2. Asiento del nacimiento, KomOmbo, Egipto	19
Figura 3. Relieve tolemeico procedente de Dandara, al norte de Teba, el que dos figuras grandes divinidades relacionadas con el alumbramiento, ayudan a parir a una mujer, en el asiento del nacimiento.....	19
Figura 4. Fachadas de las casas de parir. Dender, Según F.weindler.....	20
Figura 5. Silla de partos de la época griega	22
Figura 6. Signos y síntomas de los pródromos de parto	51
Figura 7. Distribución por estado civil.....	112
Figura 8. Distribución por nivel de estudios.....	113
Figura 9: Distribución por situación laboral.....	114
Figura 10. Distribución por ingresos económicos.....	115
Figura 11. Distribución por modelo de familia.....	116
Figura 12. Distribución en función de haber tenido algún aborto previo.....	117
Figura 13. Distribución por el hecho de haber asistido a clases de preparación al parto.	118
Figura 14. Distribución por modo por el que se inició el parto.	119
Figura 15. Distribución por método de analgesia utilizado para el parto.....	120
Figura 16. Distribución por el hecho de haber estado acompañada durante la dilatación y/o el parto.....	121
Figura 17. Distribución por tipo de parto.....	122
Figura 18. Distribución por puntos de sutura recibidos durante el parto.....	123
Figura 19. Distribución por nivel de miedo al parto.	124
Figura 20. Experiencia de parto en función del estado civil.....	127
Figura 21. Miedo al parto en función del nivel de estudios	128
Figura 22. Miedo al parto en función de los ingresos económicos.	131
Figura 23. Experiencia de parto en función de los ingresos económicos.	131
Figura 24. Experiencia de parto en función de haber tenido abortos previos.	133
Figura 25. Miedo al parto en función de asistencia a clases de preparación al parto.....	134
Figura 26. Experiencia de parto en función del modo de inicio del mismo.	136
Figura 27. Miedo al parto y en función de la analgesia utilizada para el alivio del dolor.	138
Figura 28. Experiencia de parto en función de la analgesia utilizada para el alivio del dolor...	138

Figura 29. Experiencia de parto en función de haber estado acompañada durante la dilatación y/o el parto.	140
Figura 30. Miedo al parto en función del tipo de parto.	142
Figura 31. Experiencia de parto en función del tipo de parto.	142
Figura 32. Experiencia de parto en función de los puntos de suturas recibidos en el parto. ...	144

ABREVIATURAS

BAS: Escala de Anticipación del Nacimiento (FBS Birth Anticipation Scale).

BES: Escala sobre experiencia de parto. (Birht Experience Scale).

CAQ: Cuestionario de Actitudes de parto. (Childbirth Attitudes Questionnaire)

CBSEI: (Childbirth Self-Efficacy Inventory). Escala que cuantifica las expectativas de los resultados maternos y las expectativas de autoeficacia que tiene la mujer para afrontar el parto.

CEQ: Cuestionario que mide la experiencia de parto (ChildBirth Experience Questionnaire). /CEQ-E: (versión española).

CES-D: El cuestionario que mide el nivel de síntomas depresivos en la embarazada (Center for Epidemiologic Studies Depression scale).

CFPP: Escala para medir el miedo previo al embarazo y parto. (Childbirth Fear-Prior to Pregnancy)

CFQ: Cuestionario de miedo al parto (Childbirth Fear Questionnaire).

CWS: cuestionario que recoge las preocupaciones más frecuentes en la mujer embarazada. (Cambridge Worry Scale).

EPDS: Escala que mide los síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto. (The Edinburgh Postnatal Depression Scale).

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

EVA: Escala Visual Analógica. / VAS: Visual Analogue Scale.

FBS: Escala visual de miedo al parto. (Fear of Birth Scale).

FOC: Miedo al parto.

FPP: Fecha probable de parto.

GAD-7: Escala para medir la existencia de un trastorno de ansiedad generalizada (Generalized Anxiety Disorder Scale).

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

ICM: Confederación Internacional de Matronas.

NRS: Escala numérica.

OWLS: Cuestionarios que recoge las preocupaciones relacionadas con el trabajo de parto y parto (The Oxford Worries about Labour Scale).

PRAQ-55: Escala que mide la existencia de ansiedad vinculada al embarazo (Pregnancy Related Anxiety) / **PRAG-22** (versión española).

SES: (Self-Esteem Scale). Escala que evalúa los sentimientos de autoestima y autoaceptación presentes en la mujer.

SPECS: Escala que evalúa las expectativas del parto en gestantes. (Slade-Pais Expectations of Childbirth Scale)

STAI: Escala que mide el estado de ansiedad. (State-Trait Anxiety Inventory) / o la versión en español **TEA**.

TENS: electroestimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

TEPT: trastornos de estrés postraumáticos.

VRS: escala a la respuesta verbal.

RESUMEN

I. RESUMEN

Dar a luz es una de las experiencias más extraordinarias en la vida de la mujer, pero va a estar marcada en todo momento por múltiples factores que determinarán la evolución y desarrollo de todo el proceso. La mayoría de las mujeres embarazadas sufren miedo al parto (FOC), que, junto con sus características de personalidad, las experiencias de vida previas, embarazo y circunstancias de parto etc., van a establecer las peculiaridades de la propia experiencia de parto.

El objetivo de este estudio fue analizar cómo el miedo prenatal afecta a la experiencia de parto, establecer una relación con las variables influyentes durante todo el proceso de embarazo, y con ello poder así evaluar las consecuencias relacionadas.

Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de 414 mujeres entre el 1 de julio de 2021 y el 30 de junio de 2022.

Se utilizó la Escala de Anticipación al Parto (BAS) para medir el miedo al parto durante el tercer trimestre de embarazo (35 semanas) y el Cuestionario de Experiencia del Parto (CEQ-E) que se aplicó para medir la satisfacción con la experiencia del parto unas semanas después de éste, en el periodo postparto.

El miedo al parto se correlacionó negativa y significativamente con la experiencia del parto. Además, se encontró que las mujeres que tenían más miedo al parto tenían peores resultados obstétricos y una mayor probabilidad de tener un parto por cesárea.

Fomentar estrategias de escucha activa y apoyo, durante el periodo prenatal y postnatal, puede aumentar la confianza de las mujeres embarazadas, disminuyendo así su miedo al proceso y mejorando su experiencia de parto, e incluso un puerperio saludable y satisfactorio.

I. ABSTRACT

Giving birth is one of the most extraordinary experiences in a woman's life, but it will be marked at all times by multiple factors that will determine the evolution and development of the entire process. Most pregnant women suffer from fear of childbirth (FOC), which, together with their personality characteristics, previous life experiences, pregnancy and childbirth circumstances, etc., will establish the peculiarities of the childbirth experience itself.

The objective of this study was to analyze how prenatal fear affects the birth experience, establish a relationship with the influential variables throughout the pregnancy process, and thus be able to evaluate the related consequences.

For this, a descriptive cross-sectional study was carried out in a sample of 414 women between July 1, 2021 and June 30, 2022.

The Childbirth Anticipation Scale (BAS) was used to measure fear of childbirth during the third trimester of pregnancy (35 weeks) and the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) was applied to measure satisfaction with the childbirth experience. I give birth a few weeks after this, in the postpartum period.

Fear of childbirth was negatively and significantly correlated with the experience of childbirth. In addition, women who were more fearful of childbirth were found to have worse obstetric outcomes and a higher chance of having a caesarean section.

Fostering active listening and support strategies, during the prenatal and postnatal period, can increase the confidence of pregnant women, thus reducing their fear of the process and improving their childbirth experience, and even a healthy and satisfactory puerperium.

INTRODUCCIÓN

II. INTRODUCCIÓN

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN AL PARTO

La atención a la mujer embarazada y en relación con el parto ha ido cambiando a lo largo de la historia y, es por ello por lo que, es necesario entender la evolución histórica de todos estos procesos, incluyendo los aspectos socioculturales, para comprender y valorar la forma de trabajar de los profesionales de la salud(1).

Se considera la *obstetricia*, del latín “*obstetrix*” (*partera*), como la ciencia médica que ofrece atención y cuidados a la mujer embarazada, durante y después del proceso de parto(puerperio), incluyendo al recién nacido y a los aspectos psicológicos de la maternidad(2).

Es difícil establecer en qué momento a lo largo de la historia se originó la obstetricia y ginecología. Del mismo modo que la medicina, los conocimientos eran muy básicos y en manos de hechiceras, curanderos, sacerdotes y brujos, que basaban sus cuidados en ritos, brebajes, danzas o amuletos(3).

En la época pre Obstétrica la mujer afrontaba el parto de forma solitaria, los riesgos aumentaban ya que ésta se exponía a su entorno, clima y geografía. La mujer y su capacidad de supervivencia ante los peligros de su ambiente la obligaban a controlar el dolor, sin ruidos y de forma silenciosa para no estar expuesta a otras especies. Se considera la obstetricia tan antigua como la humanidad, y, es en la India donde a través de pinturas de mujeres gestantes, dando a luz, o estatuas representando diosas de la fertilidad (30000-25000 a.C.) en la que se encuentra el origen de esta ciencia (4).

1.1 Las sociedades primitivas

En sociedades muy primitivas la atención al parto era llevada a cabo por las ancianas de la tribu, las cuales tenían la experiencia de parir, y eran ellas las que ayudaban y asistían a la mujer embarazada (1). En relatos antiguos, las mujeres han transmitido los conocimientos del trabajo de parto de unas a otras, bajo una

actitud expectante, basada en experiencias y no intervencionista. Este hecho biológico y natural en el que la mujer daba a luz solo podía ser atendido por el sexo femenino y era considerado como algo impuro por la sociedad. En el momento del parto la mujer primitiva utilizaba una posición de pie, mediante bastones, suspensión de cuerdas, hamacas con cabestrillos, muebles etc. (5).

1.2 La civilización egipcia

En el antiguo Egipto ya encontramos a la mujer como figura importante en el momento de atender al parto, considerando a la partera como la profesión más antigua que existe. Son los egipcios, los pioneros de la ginecología y el desarrollo de la obstetricia, ya que, a través de documentos, como son los papiros, dejaron constancia de su gran interés por trabajo y desarrollo del parto(6). *En el papiro de Ebers*, que data de 1500 años a. C., muestra información sobre el tratamiento de prolapsos, trastornos de la menstruación, inducción al parto y asistencia al mismo, incluso como provocar un aborto (3). *El papiro de Westcar* del 1700 a.C. se establece como dar la fecha probable de parto (FPP) y los diferentes instrumentos y utensilios para su desarrollo. Otro papiro relevante, es el *papiro de Kahoun* (1900 a.C.) descubierto a finales del Siglo XIX, en el que aparecen 3 páginas con 34 anotaciones sobre cómo tratar o abordar las enfermedades del útero y vagina, así como diferentes métodos de diagnósticos de embarazo y sexo del feto antes del nacimiento (7).

La mujer egipcia embarazada desarrollaba el parto en cuclillas o sentada, protegida por los dioses que le ayudarían en el proceso de parto y bajo conjuros para evitar demonios que le impidieran parir (5) (figuras 1 y 2). Para favorecer la posición de parto y que éste se resolviera adecuadamente diseñaron sillas adaptadas, incluyendo soportes para la posición de rodillas en el expulsivo como hacían civilizaciones atrás (figura 3). El parto se llevaba a cabo en “Casas de Parir o Cámaras de parir” o sitio de la silla de parto, que eran decoradas con pinturas y grabados de diferentes escenas del embarazo, parto y nacimiento (figura 4). Las comadronas tenían conocimientos sobre cómo mejorar el dolor mediante drogas y fórmulas hechas con cerveza, polvo de azafrán para masajes

incluso colocaban sobre el vientre de la embarazada compresa hechas con cañas para acelerar el parto (8)(9).



Figura 1: Silla de partos KomOmbo, Egipto (8)



Figura 2: Asiento del nacimiento, KomOmbo, Egipto (6)



Figura 3: Relieve tolemeico procedente de Dandara, al norte de Teba, el que dos figuras grandes divinidades relacionadas con el alumbramiento, ayudan a parir a una mujer, en el asiento del nacimiento (7)

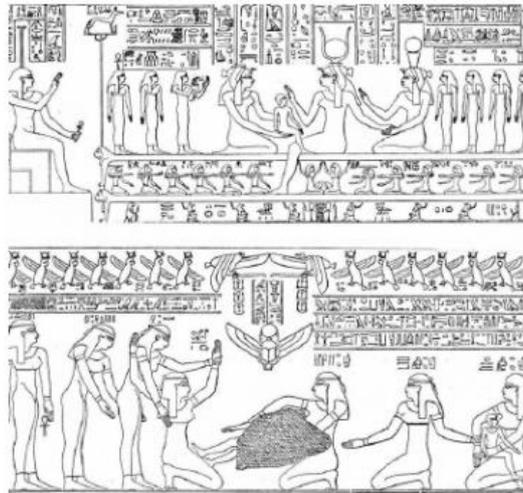


Figura 4: Fachadas de las casas de parir. Dender, Según F. weindler (7)

Es por ello por lo que, esta época está influenciada por los egipcios, siendo el punto de partida en la historia de las matronas y de la enfermería. Las mujeres no presentaban limitaciones con relación a las enseñanzas médicas y tenían una posición elevada en la sociedad con cierta libertad y dignidad (8).

La mujer comadrona es apreciada y reconocida como una profesional en el arte del parto, considerada por la alta sociedad o realeza, y entendida del cuerpo femenino en su totalidad, gracias a la observación y experimentación de los cuidados para mantener el bienestar de este a lo largo de la historia (10).

En definitiva, el sexo masculino era excluido en el momento del parto, y se encargaban más de conocer las enfermedades y todo lo relacionado a la vida cotidiana, especializándose en el cuerpo humano y estudiando de manera monográfica éste, con el fin de lograr avanzar en los conocimientos médicos (6). Y fueron los hombres egipcios los que realizaron las primeras prácticas higiénicas en las que se llevaban a cabo exploraciones genitales e intervenciones obstétricas, embriotomías y cesáreas post mortem (3).

1.3 La antigua Grecia

La antigua Grecia mantuvo los saberes sobre el embarazo y parto que utilizaron los egipcios. Pero a diferencia de estos, mostraron gran interés en el control del embarazo, basándose en la alimentación y la higiene (11). Las parteras griegas pasaron de atender solo partos a educar también a las mujeres en hábitos saludables durante el periodo de embarazo, indicando ejercicios y cuidados en el recién nacido, relaciones sexuales y manejo de medicamentos como métodos anticonceptivos, afrodisíacos o incluso abortivos. Llegando a distinguir entre comadronas que ejercían bajo las instrucciones en farmacología, dietética y cirugía, que asistían los partos distócicos junto con el médico, y las que tenían conocimientos más básicos que llevaban a cabo los partos sencillos (8).

A pesar de que estas mujeres parteras seguían teniendo un alto nivel social y reconocimiento, la ley empezó a considerar necesario para ejercer el oficio, que ésta hubiera sido madre y no estar en edad de reproducción (7). El filósofo Sócrates, bajo la influencia de su madre (llamada Phainareté) partera de la época, estableció que era necesario en esta labor *“Conocer mejor que nadie si una mujer está embarazada o no, saber acelerar y mitigar los dolores, administrar convenientes brebajes, provocar el parto y facilitar el aborto”* (8).

La mujer de parto no se trasladaba a ningún otro lugar, era en su propia casa donde se colocaba en su silla obstétrica, y la partera ateniense la asistía a través de respiraciones guiadas controlando el dolor y acelerando el parto en caso necesario con la ayuda de plantas medicinales como la *Artemisa*. Mediante el uso de aceites se realizaban masajes vaginales favoreciendo el alumbramiento, las dilataciones del cuello uterino, las versiones internas para una presentación cefálica correcta, y la determinación de la morfología del útero grávido (7). Las sillas de parto que se utilizaban en Grecia presentaban bastante similitud con las egipcias, pero éstas ya eran un asiento especial abierto y con un respaldo reclinado, por lo cual se sigue manteniendo la posición vertical en el momento de parir o incluso de rodillas (9) (figura 5).



Ilustración 5: Silla de partos de la época griega (7)

La sociedad griega fue avanzando y con ello modificando su manera de entender y atender el parto. La comadrona de la época perdió reconocimiento social y en la mayoría de los partos eran los médicos varones los encargados de llevarlos a cabo bajo sus conocimientos. Todos estos acontecimientos fueron en cierta medida influenciados por la corriente de Hipócrates, quien estableció una diferencia racional entre lo sobrenatural o mágico en temas de salud y enfermedad, y el hombre y lo natural. Estos hechos favorecieron el resurgir de la primera medicina científica (8)(11).

En algunas zonas rurales hebreas mostraron cierta curiosidad por el arte de la obstetricia llegando a establecer normas sobre fertilidad, esterilidad y tiempo de recuperación tras los diferentes alumbramientos (3).

En Mesopotamia, como en otras culturas, mantenían la opinión de que la mujer embarazada estaba sometida a fuerzas malignas que las llevaban a éstas a aislarse del grupo para el momento del parto. A pesar de las creencias de la sociedad hacia 3000 a.C. se han constatado del embarazo prolongado, recomendaciones para evitar el coito durante este y se estableció el periodo fértil de una mujer delimitando la edad de 12 años para la aparición de la menarquía y los 40 años para el comienzo de la menopausia (3)(4).

1.4 La civilización romana

Tras el declive de Grecia, la medicina Romana adquiere los conocimientos de ésta en cuanto a lo que se refiere a la obstetricia. La mujer motivada por la cultura del momento toma de nuevo su sitio en la ciencia y medicina, con la posibilidad de asistir a escuela médicas. El parto y todos los acontecimientos que rodean el desarrollo de éste, se vuelven a vincular al mundo de lo natural y lo femenino. Las parteras de oficio o como el Senado Romano definía: “*parteras aprobadas en su oficio*” poseían una formación específica independiente del género o de las leyes concretas del momento en lo referente al arte de asistir partos (7).

Bajo la influencia de Hipócrates y de la escuela de Alejandría (al norte de África), el escritor y médico romano Sorano de Éfeso (98-138 d.C.) consiguió plasmar los conocimientos de la ginecología de todo lo estudiado hasta el momento y completarlos con su experiencia e investigaciones, considerándose el primer obstetra reconocido de la historia, “Padre de la Obstetricia” (3)(5).

En su primer manual para comadronas “De Morbis Mullierum” ya aparecían las posiciones fetales, y determinó una serie de pautas para matronas, donde describía las maniobras para la atención de un parto en podálica, cambiar la posición del feto a cefálica y el desprendimiento de hombros. En lo referente a la asistencia al parto consiguió a través de estas maniobras proteger el periné y tratar las posibles infecciones puerperales, incluso ocuparse del prolapso uterino (3)(5). En sus tratados también mostraba que cualidades tanto físicas como espirituales debía tener una partera, como el saber leer y escribir, y la manera de atender a la embarazo, transmitiendo confianza y tranquilidad ante situaciones de estrés(8). A pesar de todo lo registrado sobre los conocimientos de la época, aun no se había descrito nada sobre la extracción de fetos vivos mediante instrumentos en partos difíciles (12)(13).

1.5 La Edad Media

Durante la edad Media, coincidiendo con la caída del Imperio Romano, todo lo relacionado con la ginecología y la obstetricia pasaron a un segundo plano. Hablamos de un período de retroceso, donde predominaban la astrología, la religión y los curanderos en el momento de asistir un parto. Los médicos de la época se dedicaban a determinar la posición de los astros y la fecha de parto, basándose en las supersticiones de la época primitiva, ya que carecían de conocimientos. Como en épocas anteriores, la mujer no era examinada ni palpada ya que el proceso de parto era considerado como impuro, de ahí el dominio de la infección puerperal. Fue a partir de los siglos XII y XIII cuando se retomó el interés por la mujer embarazada, parto y sexualidad, creando las primeras universidades (3)(4).

1.6 La Edad Moderna

La edad moderna es el renacer de las ciencias, el arte y la obstetricia. Existe la necesidad de conocer y desarrollar las ilustraciones primitivas para poder mejorar la atención a mujeres embarazadas. Fue una época en la cual la mujer comadrona ejerce su profesión de manera diferente dependiendo de la localidad a la que perteneciera, y son excluidas de la profesión médica pasando a obedecer y a ser supervisadas por los médicos. Por lo que la atención al parto pasa en el medio rural a ser realizado por las parteras basándose en conocimientos poco empíricos y cuyo interés era ayudar a la mujer sin recursos o medios, mientras que en las zonas urbanas los médicos abordaban los partos mediante el saber científico, a aquella población que podía costear dichos servicios (10).

Hay una mayor exigencia en cuanto a títulos y licencias para poder ayudar a la mujer en el momento del parto. En el año 1541, Damián Carbó dejó por escrito en lengua castellana, la necesidad de formación de las comadronas en el tratado: "Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños", con la finalidad de que estas mujeres

ampliaron sus conocimientos y pudieran resolver los problemas presentes en la atención al parto (10).

La formación de las parteras era escasa y siempre bajo saberes empíricos y experiencias, pero aportaban conocimientos muy válidos, y aunque no se reconociera totalmente como una profesión tenía una gran labor social (10).

Fue el siglo XVI con las publicaciones médicas, donde aparecen los cuidados maternos en libros para la educación de las matronas. Estas publicaciones junto con la aparición de la imprenta en la época favorecen los escritos en lenguas romances haciendo esto más accesibles a la población(8).

El médico alemán Eucharius Rösslin, escribió sobre ello en su libro “Der Schwangern Frauenund Hebammen Rosengarten” (“El jardín de Rosas para mujeres embarazadas y comadronas”) en el 1513, el cual aportaba nociones sobre el arte de atender el parto que consiguieron estar en lo más alto de la popularidad hasta el siglo XVII (3)(4).

En cuanto al proceso de parto y su atención, cabe destacar a *Ambrosio Paré* (1510-1590), gran cirujano que consiguió dar la estima que había perdido al parto en posición podálica (introduciendo la mano en el útero y cogiendo al niño por los pies hasta darle la vuelta a una posición para que pudiera nacer), y tuvo un papel muy relevante en la docencia, formando a comadronas bajo su experiencia, habilidades y conocimientos en el mundo de la obstetricia. Fue bastante crítico con relación a la cesárea, ya que consideraba esta técnica como algo inaceptable y con riesgos importantes (14)(15).

Rousseten 1581 en su libro “Nuevo tratado de la histerectomía o parto cesariano”, (*Traité Nouveau de L'hystérotomotokie ou L'enfantmentcesarien*), trata la cesárea como un procedimiento médico el cual debe realizarse en mujeres vivas. Este libro se consideró como referente en el mundo de la obstetricia durante un siglo, a pesar de que presentaba errores, entre ellos la sutura de la herida uterina. El escritor *Rousset* nunca practicó la cesárea, simplemente recogió los conocimientos y experiencias de otros médicos intervencionistas (2)(16).

La cesárea fue un tema muy cuestionado de la época e influenciado por la posición de la Iglesia, que hasta el siglo XVI se mantuvo su práctica únicamente en mujeres muertas, en las cuales hubiera una sospecha que el niño se mantuviera con vida (2)(16).

La demora de la extracción fetal y con ello la supervivencia de éste reafirmaban aún más las causas para evitar realizar la cesárea en una mujer viva. La mujer tras labores de parto prolongadas en el tiempo, se encontraban bajo condiciones pésimas de deshidratación y posibles infecciones, que junto con la hemorragia de la incisión uterina provocaba una mortalidad del 100% y con ello un desconcierto periodo posparto. Era una situación insostenible, y el hecho de abordar estas complicaciones aun no estaba claro medicamente (2)(16).

A pesar de la controversia respecto a la realización de la cesárea en mujeres vivas o muertas, el parto a través de la pared abdominal ya existía en épocas primitivas, donde egipcios, romanos e hindúes la practicaron; incluyendo las polémicas por el origen de la palabra “cesárea” procedente del latín caedere (cortar) (4).

El comienzo del siglo XVII y XVIII “Edad de la Ilustración”, trae con ello un interés por la anatomía y nuevos avances, en relación con el parto y su abordaje en situaciones complicadas para la mujer y el recién nacido (3). Y es en este nuevo siglo donde las comadronas pasan a denominarse matronas, las cuales estaban “*instruidas y/o legalmente reconocidas frente a las no cualificadas*”, reafirmando la profesión como una actividad quirúrgica y basando esta disciplina obstétrica en fundamentos científicos. Es una época donde se llevan a cabo muchas investigaciones sobre fisiología del parto, las distocias, y como abordar partos difíciles mediante utensilios, como fórceps (8)(11).

Un importante tocólogo francés, Francois Mauriceau (1637-1709), en sus estudios describió los mecanismos del parto, la estenosis pélvica y la presentación de frente. Además de ser pionero en aprobar el parto en decúbito supino, desarrolló una maniobra para extraer la cabeza en el parto de nalgas, la cual recibió su nombre. Y a su vez fue la primera persona en describir de forma

precisa y con firmeza los cuadros de eclampsia e infecciones puerperales, y sin dejar atrás los conocimientos sobre embarazo ectópico (2)(3).

En lo que se refiera a la atención al parto, hay preocupación por la estrechez pélvica en toda Europa, y se llega a plantear por primera vez en 1609 por Luisa de Bougeois la inducción prematura del parto (4)(14).

La obstetricia alcanzó gran auge en 1650, donde en París en la sala de partos del Hotel Dieulos, hombres cirujanos comenzaron las prácticas de Obstetricia, hecho que se dio en España y 100 años más tarde en Alemania (14).

Y a pesar de las diferentes opiniones en relación a la práctica de la cesárea, Henrik Van Roonhuyze (1622–1672) reconsideró que era necesario en casos donde existía desproporción feto pélvica, aunque aún hubiera cierta mortalidad asociada (4)(14).

Otro hito importante de la historia es la aparición del *fórceps*, *una pieza articulada que facilitaba la extracción fetal con la ayuda de movimientos de rotación y tracción* (12)(17). *El fundador y creador de dicho instrumento fue Peter Chamberlain* (1575-1628) en 1598, el cual, no quiso darlo a conocer y lo mantuvo oculto durante cuatro generaciones. Más tarde William Smellie (1697-1763) en Inglaterra y André Levret (1703-1780) en Francia en el año 1751 crearon un fórceps con mayor curvatura pélvica adaptándolo a las dimensiones del canal óseo de la mujer embarazada, mejorando la instrumentación y la mala praxis de la obstetricia que hasta el momento había existido(13). Todo esto fue impulsado por el gran progreso de la obstetricia como arte y la preocupación de la época por los estudios científicos, que hizo mostrar más atención a la anatomía de la pelvis normal y patológica. Se establecieron los distintos diámetros de la pelvis, y se les dio importancia a las posibles deformidades de ésta (distocia ósea) (3)(14).

En Dublín, *Fielding Ould* (1710–1789), introdujo el decúbito lateral izquierdo para el parto y fue sonado como el primer experto en el arte de partear en Irlanda, asimismo en el año 1742, expuso la episiotomía profiláctica y describió correctamente el mecanismo de encaje fetal (14)(15).

El obstetra *Charles White* (1728–1813) anunció la necesidad de llevar a cabo la asepsia obstétrica (1773), mediante una rigurosa higiene puerperal para evitar posibles infecciones que ponían en riesgo a la salud de la madre (15).

Ya en 1716 Edward Strother describió el término “fiebre puerperal”, enfermedad que arrastraba a muchas mujeres que daban a luz en áreas hospitalarias, a la muerte (15).

En el siglo XIX los adelantos tanto de la física como de la química favorecen que la mayoría de los médicos tengan cierta tendencia a la experimentación y a la inquietud de avanzar en las técnicas. No obstante, nos encontramos con un periodo de elevada mortalidad maternal debido a la infección(3).Y Aunque el abordaje de las infecciones había cobrado una gran importancia a finales del siglo XVIII fue en este nuevo siglo cuando se desarrolló de forma más exhaustiva (15).

El obstetra Thomas Denman (1733-1815) estableció que la fiebre puerperal era contagiosa y que estaba relacionada con la atención del médico o enfermera a la paciente embarazada durante su proceso de parto.

Robert Collins (1801-1896) anunció que con la desinfección mediante clorina se reducía la mortalidad puerperal en mujeres expuestas a la infección. En 1843, Olive Wendell Holmes realizó un estudio bajo ensayo en el que expuso la relación existente entre la infección (fiebre puerperal), el personal sanitario y la mujer embarazada, estableciendo medidas higiénicas para su prevención (3).

Sin embargo, el mayor precursor en la profilaxis de la infección puerperal y fomento de los conocimientos científicos sobre el abordaje de dicho problema mediante el tratamiento y la prevención, fue *Ignaz Philipp Semmelweis* (1818-1865), que observó que las mujeres embarazadas atendidas y exploradas por estudiantes de medicina eran más propensas a padecer una infección puerperal, estableciendo un método de desinfección de manos con “clorina líquida” antes de atender a las pacientes, acción que favoreció la disminución de una sepsis en dichas mujeres. Durante todos estos hechos, Luis Pasteur (1822-1895) consiguió contribuir a la causa aislando el *Streptococcus* (1860; 1879), microorganismo al cual se le atribuyó la causa de la infección puerperal y su relación con dicha mortalidad. Incluso se establecen términos de asepsia y

antisepsia, por Joseph Lister (1827-1912), términos que más tarde favorecerán junto con nuevos conocimientos en relación con la obstetricia el desarrollo de la cesárea abdominal (3)(4)(15). Estos avances, junto con la aparición de la analgesia y anestesia, marcaron una huella en el desarrollo de la ginecología y la obstetricia, permitiendo prolongadas y delicadas operaciones sin dolor.

En 1847, *James Young Simpson* (1811-1879), obstetra y ginecólogo, decidió solventar el problema de los dolores de parto mediante el uso del cloroformo, sustituyendo el éter sulfúrico en la cirugía que se había establecido un año antes en Estados Unidos; estos hechos sufrieron rechazo por parte de la sociedad, provocando críticas religiosas y morales (16).

Otro acontecimiento por destacar es el arte de la auscultación cardíaca. Aparece el estetoscopio en 1819 por René Laennec (1781-1826), pero fue uno de sus alumnos, Kergarade, en 1822, quien lo llevó a la práctica al colocar dicho invento en el abdomen materno y escuchar así los latidos fetales (15).

A pesar, de todos los avances sobre la sepsis puerperal y los métodos profilácticos para combatirlos llegamos a una mitad de siglo XIX con una elevada mortalidad, en la que se plantea la existencia de diferentes causas, como era el inadecuado aislamiento de la mujer embarazada y las estructuras de cara a la maternidad. Florence Nightingale, precursora de la Enfermería profesional contemporánea, en 1861 critica la situación de los hospitales, sin sistemas de ventilación donde no se podía atender adecuadamente a la puerpera y con exceso de pacientes (15).

Las complicaciones obstétricas, los partos realizados mediante fórceps, y las cesáreas indicadas por desproporciones pélvico-fetales también formaban parte de las mujeres que fallecían en 1868, un 84,4 por cada mil partos atendidos. No obstante, las medidas de higiene y ventilación dirigidas a la atención de las pacientes redujeron el número de muertes en 1876 hasta un 45,7 por mil. Haciendo hincapié que la atención al parto seguía siendo mejor para aquellos que se asistían en casa, puesto que había menos probabilidad de infección (15)(18).

1.7 El siglo XX

En el siglo XX, la ginecología y la obstetricia alcanzan grandes avances gracias a la unión de ambas ciencias. Nos encontramos con la “revolución del parto”, surgen multitud de sucesos que marcan el antes y el después de la atención a la mujer embarazada (15)(19). Aflora la necesidad de prestar cuidados prenatales a las mujeres que durante el período de embarazo tienen necesidades y no tienen recursos. Es en 1901, cuando Ballantyne anuncia en su libro “A Plea for a promaternity hospital” que es necesario llevar a cabo esos cuidados, que ya se habían puesto de manifiesto en siglos anteriores. Es por ello, que se crean en Hospitales de diferentes lugares *camas prenatales* para mujeres con alguna patología relacionada con la gestación (3).

Todos estos sucesos y los nuevos progresos en relación con la radiografía, ultrasonidos, amniocentesis y desarrollo de la anatomía han hecho cambiar la atención al parto en el siglo XX. Las mujeres acuden a los hospitales como primera opción para dar a luz, y son los médicos obstetras los que dirigen el trabajo de parto, dando un segundo lugar a la mujer comadrona en el proceso de parto, donde su papel es de auxiliar o ayudante del obstetra (3).

Se consigue una mejora en la analgesia durante el parto, pasando de la morfina, la escopolamina y los gases, a la anestesia locorregional (anestesia caudal, la analgesia epidural o el bloqueo de los pudendos)(3). La mayoría de los partos son inducidos por rotura de las membranas o mediante medicamentos que favorecen la contracción uterina(19). Fue Henry Dale en 1906, el que expuso que un fármaco llamado *Pitocín* estimulaba dicha contractibilidad. Seguidamente se empleó el sintocinón® (oxitocina) para inducir y estimular el trabajo de parto. Los registros de la frecuencia cardiaca fetal con las contracciones y actividad uterina, y los gases sanguíneos (equilibrio ácido-base) del feto, permitieron poner de manifiesto rápidamente la hipoxia fetal durante el parto. Todo esto promovió el aumento de inducciones al parto y la reducción del tiempo de trabajo de parto, con la idea de mejorar la mortalidad perinatal. Las prostaglandinas en 1968 tuvieron una gran relevancia en la contracción uterina por su eficacia en la

maduración del cuello uterino, interviniendo de manera muy controlada en la actividad uterina, y en el postparto en la resolución de abortos retenidos (3)(14).

La administración de medicación a través de bombas de infusión intravenosas conseguía que la inducción fuera una técnica de fácil aplicación y bastante fiable para la administración de estos medicamentos(19). Con relación a los medicamentos, los *corticoides* ayudaron a la maduración pulmonar en fetos pretérminos, la *insulina* estableció un control y manejo importante de mujeres diabéticas embarazadas, y el *sulfato de magnesio* en la preeclampsia y eclampsia (14).

Y aunque la atención al parto ha ido evolucionando de forma progresiva en el siglo XX marcaron gran relevancia dos hechos importantes en la atención de la embarazada y del feto: la administración de los antibióticos y la incorporación de la profilaxis anti-Rh (1968) antes y después del parto (1985) (14).

La mortalidad elevada de siglos anteriores tanto de la madre como del bebé se ve disminuida favorablemente. Y es la sociedad la que se centra en acciones higiénicas en la población infantil, basándose en los modos de crianza y alimentación. La lactancia materna juega un papel importante para la supervivencia infantil (20).

En la actualidad se requiere un seguimiento constante de la madre y el feto, y a pesar de considerar el embarazo y parto como un estado fisiológico, es necesario controlar las posibles complicaciones para diagnosticar y prevenir. La atención al parto desde el ámbito sanitario ha cambiado a lo largo de los años, con una atención a la gestante menos intervencionista e individualizada en función de sus necesidades y expectativas siempre bajo evidencia científica (21).

La situación social, y los factores políticos y culturales de cada mujer repercuten sobre los aspectos obstétricos y médicos, puesto que nos encontramos con una sociedad culta e informada, demandante de información e independiente para seleccionar sus opciones de parto (14).

2. PERÍODO PRENATAL

2.1 Cambios psicológicos y emocionales en el embarazo

Para poder entender todos los cambios a los que la mujer está expuesta en un embarazo, tenemos que valorar que este hecho implica multitud de cambios en la función neuroendocrina, cardiovascular e inmunológica. Y que por lo tanto el embarazo es una “prueba de estrés” psicológica para la madre. La salud maternal y fetal esta influenciada por ese estrés psicológico, que se define: como un desequilibrio que siente la mujer embarazada cuando no consigue afrontar las exigencias y se manifiesta tanto a nivel conductual como fisiológico (22).

La mujer embarazada junto con su entorno tiene que enfrentarse a una nueva etapa, repleta de cambios tanto en su estilo de vida como a nivel psicológico y fisiológico, que le obligan a trabajar su propia madurez emocional. En este ciclo la mujer se tiene que acomodar a la nueva situación y circunstancias que le rodean, y por tanto a los aspectos sociales que juegan un papel importante en la maternidad (23). El embarazo es por ello un estado fisiológico en la mujer en la que la forma de desenvolverse estará determinada por los factores estresantes, que reinciden a su vez sobre de las dimensiones biológicas, psicoafectivas y sociológicas de la madre (22).

Los factores económicos, laborales y culturales influyen en el desarrollo del embarazo y con ello en la nueva etapa en la vida de la pareja. Determinando los factores *sociales-culturales y estilo de vida*, como: la edad materna (<16años > 35 años), si hay una pareja inestable o estable, el nivel educativo bajo o alto, el desinterés por la salud, si está presente el estrés físico o psíquico, consumo de drogodependencia, si falta apoyo familiar, y si hay un corto intervalo entre dos embarazos; y *unos factores económicos* relacionados con el desempleo, nutrición inadecuada, escasos ingresos económicos, el difícil acceso a la asistencia perinatal, y el aumento de peso insuficiente (24).

En el embarazo hablamos de adaptación, donde la madre tiene que crecer y prepararse personalmente, para combatir todos los aspectos psicológicos, sociales y físicos que engloban todo este proceso. En cuanto a los aspectos

psicológicos se hace referencia a las emociones presentes en la embarazada y se asocian a la identidad personal y autoestima, a la imagen corporal, o a la satisfacción del desarrollo de la propia persona. Aunque es un período en el que los padres tienen una ilusión y un nuevo propósito de vida, pueden existir estados con cierta ambivalencia como amor-temor o atracción-rechazo, llegando a provocar inestabilidad emocional en la madre (24).

Actualmente la sociedad considera el ser padres como un hecho lejano en el tiempo en el que priorizan otros aspectos, por lo que el primer embarazo pasa aun momento más tardío en la vida de la pareja, y con ello reduciendo la cantidad de hijos del núcleo familiar (24).

El proceso de transición que la mujer sufre al volverse madre tras el nacimiento del bebé adquiere el nombre de *parentificación o parentalidad*. Este hecho hace que la madre ya no sea el primer plano en sus pensamientos y se centre ahora en su hijo o en la unidad familiar (25). Los futuros padres tienen que concordar y cambiar su forma de pensar, sentir y así como en su modo de vida. El embarazo recoge en la mujer sensaciones de bienestar y alegrías, pero a la misma vez sentimientos de miedo e inseguridades (26). La mujer presenta cambios importantes sobre el sistema nervioso central, existiendo multitud de mecanismos neurobiológicos que lo regulan. Partimos de que la embarazada ya presenta sentimientos y una sensibilidad más acentuados durante todo el proceso perinatal, que en cierta medida la conducen hacia la maternidad (27). Estos cambios neuroquímicos que ocurren en la mujer embarazada pasan desapercibidos por los expertos en materia de salud, ya que se presta un mayor énfasis a los cambios físicos que son los más llamativos a simple vista.

Todas estas alteraciones emocionales de las mujeres son debidas principalmente al aumento de las hormonas sexuales femeninas que afectan a la sensibilidad, y a su vez sobre sus capacidades cognitivas y emocionales (28)(29). En el periodo de embarazo las hormonas como el cortisol, la progesterona y los estrógenos se elevan, repercutiendo de manera fisiológica sobre el estado de hipervigilancia y los estados de ansiedad y miedo en la mujer (28). Se establece que los aumentos de estrógenos influyen en la activación hormonal de la corticotropina en la amígdala favoreciendo el desarrollo del miedo

en la embarazada (30). Otra hormona que está presente hasta el final del embarazo y que repercute a nivel cerebral, es la prolactina. Esta hormona que actúa a nivel mamario también ejerce un papel fundamental en el mantenimiento y crecimiento de la conducta maternal, e incide en la disminución de la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal ante el estrés (29). La oxitocina junto con la prolactina a nivel neuronal, son fundamentales en el vínculo entre la madre y el recién nacido. La cascada de estímulos hormonales conduce a la aprobación y relación afectiva entre la madre-hijo, y en caso contrario, el descontrol o déficit puede desencadenar el rechazo del recién nacido provocando cierta dificultad para establecer el vínculo entre ambos (31).

En las primeras horas de vida de un recién nacido la madre experimenta un gran cambio a nivel psíquico, que la psicología consideran una crisis vital y evolutiva, pero que determina el vínculo entre la madre y el bebé (32). Las hormonas provocan una modificación en los sistemas neuronales del cerebro de la madre y la prepara para atender al recién nacido. Es el instinto innato el que lleva la mujer a velar por la supervivencia del bebé, y fue el psiquiatra John Bowlby el pionero con *la teoría del apego*, el que estableció este acto como un mecanismo progresivo del ser humano; fijando esta relación madre-hijo como algo fundamental para la salud mental de ambos, donde la satisfacción sería recíproca. Actualmente existe evidencia de que los cambios neuronales y endocrinos en la madre están ligados al sistema neuronal del recién nacido (29).

La psiquiatra Monique Bydlowski tras años de estudio en mujeres gestantes, determinó la expresión "*transparencia psíquica*", para dar nombre a todos los cambios psíquicos que la madre presentaba durante el embarazo y postparto (33).

En el momento en el que la mujer empieza a notar al feto en su interior (tercer trimestre) se crea cierta energía entre la embarazada y sus recuerdos infantiles con su propia madre. Los psicoanalistas hablan de este evento como "*representaciones maternas*", y establecen que este vínculo en el que la embarazada se ve con el feto y su madre, es lo que va a marcar a lo largo de su periodo prenatal su relación parental y sus capacidades para solventar las dificultades. Es el tipo de relación maternal que la futura madre ha vivido el que

determina si existen problemas o dificultades en el momento de abordar la nueva maternidad. Por tanto, es necesario indagar en las experiencias a lo largo de la vida de la embarazada, puesto que puede estar marcada por multitud de factores que pueden determinar el embarazo mediante miedos o angustias (29).

Los cambios psicológicos que llevan consigo la gestación, van cambiando a lo largo de los meses de embarazo siendo necesario estudiarlos detenidamente.

En el primer trimestre la mujer embarazada, se cuestiona y duda si es el momento adecuado para tener un hijo. Es un periodo donde se plantea la situación económica, familiar y laboral, a pesar de que el embarazo haya sido deseado y buscado. Es por ello, que los tres primeros meses estén marcados de estados de ansiedad y miedo, así como dificultad en la adaptación a la nueva condición, y a su vez sentimientos contradictorios respecto a la maternidad. El estrés y la inseguridad emocional, junto con el temor a perder el embarazo, dudas de si se está embarazada, ansiedad y depresión ante la no planificación, pánico a los vómitos o náuseas, vulnerabilidad ante el aumento hormonal, probabilidad de disminución de la apetencia sexual, y euforia y alegría si es deseado; son también cambios presentes en la madre (24).

En el segundo trimestre, la madre consciente del cambio que está llevando en sí misma. Las pruebas médicas que dictan la presencia del niño, como del sexo del bebé y los movimientos fetales corroboran la nueva vida dentro de la mujer. Es una etapa de aceptación, en la cual están presentes sentimientos positivos y en la que la madre esta más serena, sin embargo, le preocupa si recuperará su figura. Están presentes sueños sobre hijos nacidos, la mujer busca la figura materna, retoma sus relaciones sexuales y es más sensible al tacto (24).

El tercer trimestre y último del embarazo la gestante pasa por un momento de reflexión, en la que la mujer se centra en su nueva etapa. Es un período en la que la mujer requiere de calma e intimidad, que puede ser no entendido por la familia o pareja creando cierto desagrado. Entendemos que la mujer se encuentra preocupada por el parto y su desarrollo, y es por ello que necesita descansar para abordar el parto en el futuro. Existen sentimientos de miedo a lo desconocido, al dolor que pueda llegar a sentir en el parto, o que el bebé presente alguna enfermedad que no se haya diagnosticado con anterioridad.

En la mujer aparece el instinto del nido, y la creencia de que el tiempo va muy lento para ella. Físicamente la embarazada se encuentra cansada con dificultad para moverse y dormir, a veces sintiendo angustia al verse abultada, y con sentimientos de fealdad (depresión y celos respecto de la pareja). Aparecen las primeras contracciones uterinas que anuncian el momento del parto (24).

Los aspectos psicológicos de la madre en el trabajo de parto y nacimiento han tenido poca curiosidad a la hora de proyectar los servicios de atención a la maternidad o en la práctica clínica. Y aunque concebimos el proceso de parto como un hecho fisiológico, medicalizado y mecánico, tenemos que dar una perspectiva más amplia, en la que la población entienda el nacimiento como un acontecimiento neuroendocrinológico, que influye en el trabajo de parto y en las experiencias psicológicas de la madre (34).

2.2 Programas de educación para la maternidad/paternidad. Plan de parto

Desde el primer contacto de la gestante con los servicios sanitarios comienza la educación maternal. En atención primaria con los programas materno-infantil se consigue una atención prenatal que despliega a la educación maternal (35). Definimos esta *atención prenatal* como la atención que se brinda a la gestante por los profesionales de la salud con la finalidad de garantizar los mejores resultados de salud para la madre y el recién nacido. Se tiene evidencia que una atención prenatal de calidad favorece que la embarazada tenga una mayor seguridad hacia los servicios de salud que se ofrecen para la maternidad, y por lo tanto la posibilidad de llevar a cabo su parto y solicitar cuidados posnatales de forma anticipada. La OMS aconseja a la atención prenatal, acentuar la importancia de que todas las gestantes tengan una atención pertinente, adecuada y de buena calidad durante el embarazo, parto y posparto (36).

La educación maternal incluida dentro de esta atención prenatal, tiene como objetivo mejorar las vivencias naturales y positivas de la mujer embarazada a lo largo de todo el proceso gestacional. En estas clases de educación al parto se ofrecen actividades educativas y de promoción de la salud antes y después del

nacimiento, para mujeres embarazadas y sus parejas, considerándose un instrumento básico de empoderamiento y salud pública (37).

Es la matrona la que llevará el seguimiento del embarazo mediante una entrevista personal a la mujer, marcando sus necesidades en cada ciclo a lo largo de la gestación (35).

A pesar de la existencia de estos programas actualmente según la OMS seguimos teniendo tasas muy altas de cesáreas frente al parto vaginal, debido a que la mayoría de las mujeres aun presentan miedos, ansiedad, y falta de conocimientos en relación al trabajo de parto y dolor asociado al parto natural. De ahí la gran importancia de la educación hacia la madre, puesto que existe evidencia que el aumento de conocimientos sobre el periodo prenatal y postnatal contribuyen a reducir la ansiedad, aumentando la confianza en su capacidad para dar a luz y con ello el deseo de tener un parto vaginal (38).

Los programas de educación maternal aportan una preparación psicofísica a la embarazada, en la que ésta se enriquece de conocimientos en relación con la gestación, parto y alumbramiento. La mujer adquiere sensación de control de la situación, promoviendo su bienestar y con ello una menor intervención obstétrica. A su vez proporcionando sensaciones de satisfacción y competencias en la mujer, y haciendo un trabajo de parto más corto y menos doloroso (39).

La preparación para la maternidad a través de actividades educativas y los controles prenatales se consideran como una serie de procesos de participación, consciente y positiva que ayudan a la transición hacia la maternidad y que en cierta medida está determinada por los contextos sociales, históricos y culturales. Estos programas facilitan que la mujer se visualice como madre pudiendo anticiparse a cambios de vida necesarios, así como solventar los conflictos propios o con sus seres queridos induciendo a cambios en su estilo de vida y mejora de su salud (40). Cabe destacar, que el papel del hombre es muy relevante en la salud materno-infantil que engloba el embarazo, parto y postparto. La participación de los cónyuges en los programas de educación maternal repercute de manera muy positiva en la salud de la mujer, puesto que la adquisición de información del hombre le permite apoyar a su compañera durante el embarazo. Los hombres de esta forma aceptan su papel y se adaptan

mejor a la nueva paternidad, y aunque se conoce los beneficios de la participación prenatal aún no está activa de manera efectiva a nivel mundial (41)(42).

El proceso en el que las mujeres perciben la transición ocurre en una etapa muy temprana de su embarazo, por lo que se considera útil ofrecer información sobre éste lo antes posible, con la idea de aportar expectativas realistas más precisas en la madre y facilitar conocimientos relevantes de cada etapa del embarazo. En los programas de educación el contacto de la mujer embarazada con otras futuras madres ha demostrado ser un sustento fundamental para la gestante, puesto que el compartir y el resolver dudas mejora sus miedos y preocupaciones. El hecho de que la mujer se sienta apoyada en todo el proceso de embarazo repercute positivamente en sobre ella y el bebé, y es cuando la madre adquiere mayor confianza en las nuevas percepciones de sí misma e incluso reduciendo los posibles síntomas depresivos del postparto (43)(44).

La estructura de este programa se divide en unas primeras visitas durante el primer y segundo trimestre en el que se incidirá sobre los conocimientos de educación maternal, y un contacto grupal sobre el sexto y séptimo mes. Basándose en actividades dinámicas, en el que se hace participe al cónyuge o familiares, y aportando información actual sobre el parto, métodos para el dolor etc., con la finalidad de que los futuros padres vivan la maternidad como algo agradable, como un nuevo período en su relación y crecimiento personal(35). Las técnicas de enseñanza y aprendizaje se basan en programas de autoaprendizaje, material audiovisual, debates y discusiones de grupo en el que las embarazadas pueden identificar sus propias necesidades y con ello poder establecer un programa individualizado para ellas partiendo de lo observado (45).

Estas sesiones teórico-prácticas tendrán una duración de dos horas y se clasificarán en 18 clases que irán impartidas dependiendo de las gestantes en función de sus necesidades. Normalmente son semanales, y son 5 sesiones sobre la semana 14 y 18 de embarazo, 11 sesiones desde la semana 28 hasta la fecha probable de parto y finalmente 2 sesiones después del parto sobre la cuarta semana. Durante el desarrollo de todo el curso, las mujeres tendrán una visita al entorno hospitalario que le va a atender en el momento del parto, y se

buscará en todo momento la participación y asistencia del padre, reforzando su protagonismo(35). Actualmente la OMS recomienda un mínimo de 8 contactos para tener resultados de esta atención prenatal, eso sí, la primera visita será a partir de las 12 semanas de gestación (36).

Se realizó un desglose de las sesiones para comprender mejor que es lo que toma cierta prioridad en cada una de ellas. En las primeras clases se les da un mayor énfasis a los aspectos psicosociales. Abordan temas como la adaptación a los cambios emocionales y psicológicos de la maternidad, que repercuten sobre la mujer y su pareja. Se insiste en la importancia de que los padres tomen la responsabilidad en el cuidado de su salud, fomentando e informando hábitos saludables, donde de forma activa participan todos los componentes del grupo de educación maternal. Se describen los siguientes hábitos saludables como son (35):

La alimentación durante la gestación es un tema que también se desarrolla en estas primeras sesiones. Puesto que el embarazo requiere de una alimentación racional y equilibrada para llevar a cabo la formación de nuevos tejidos y un adecuado desarrollo del feto. Es necesario que la embarazada sea consciente que es un periodo donde no es posible la restricción energética, ya que se encuentra en un estado anabólico en el que se tiene que aumentar las necesidades de energía, proteína (aumentando 60g en su dieta), minerales como el calcio (1000-1200mg/día) e hierro (30mg/día) y algunas vitaminas. También es importante destacar que las demandas nutricionales durante la lactancia aumentaran debido a la secreción de leche. Se requiere de energía de y de muchos nutrientes para su producción, aunque son almacenados durante la gestación a la mujer lactante se le aconseja la ingesta de alimentos ricos en vitamina C, frutas, verduras, y quesos o leche (35).

La higiene debe mantenerse en condiciones adecuadas durante la gestación. La mujer embarazada presenta un aumento de las secreciones sebáceas y sudoríparas, por lo que la piel debe estar lo más limpia posible. Se recomienda el uso de geles con pH neutro y baños/duchas diarias para mejorar la circulación y la sensación de relajación en la mujer. La hidratación de la piel favorece la elasticidad de ésta y previene las estrías y marcas del embarazo. Hacer hincapié en la higiene bucodental, ya que el pH bucal de la gestante cambia provocando

hemorragias en encías y la presencia de caries. El uso de ropa cómoda no ajustada que pueda comprimir y causar molestias a la embarazada(35).

El ejercicio físico que debe llevar a cabo una embarazada será siempre de forma moderada evitando ejercicios de competición o aquellos que requieran de una actividad física intensa y brusca. Por ello, en las clases de educación maternal se le indicara los ejercicios apropiados y regulares (3 veces por semana) con el fin evitar lesiones musculoesqueléticas. Se recomienda la natación y los paseos para activar la circulación. No obstante, se intenta enseñar a la gestante que ante cualquier ejercicio debe recuperarse tras 15 minutos, determinando la intensidad del esfuerzo por el grado de hiperventilación alcanzado. Además, la educación maternal es un recurso muy útil del que disponen las embarazadas, puesto que les permite mejorar la funcionalidad de su cuerpo mediante técnicas de relajación, respiración y ejercicios, dándole agilidad de movimientos y disminuyendo el dolor de espalda y los propios del trabajo de parto. Es por ello que la mujer consigue tener una visión más positiva de su imagen corporal, puesto que le ayuda a mantener una buena salud física junto con una correcta madurez y estabilidad emocional (46).

Las relaciones sexuales durante un embarazo normal no se suelen modificar, aunque cabe destacar que va a influir el comportamiento y la expresión que tienen la pareja hacia la sexualidad. En la mujer disminuye el deseo de mantener relaciones sexuales, y se presta mayor interés al contacto físico e intimidad mediante caricias, abrazos y dialogo con la pareja. Existen periodos de bajada y subida de la libido durante el periodo gestacional, en el primer trimestre disminuye debido a los ajustes hormonales, molestias, las náuseas y el cansancio, en el segundo trimestre aumenta puesto que la mujer tiene más confianza y seguridad, mostrando más tranquilidad ante el embarazo, y el tercer trimestre en el que vuelve a bajar la libido ante el estado físico de la mujer, que se siente más pesada y tiene más dificultad para moverse (35).

Los cambios psicológicos en la mujer también se deben explicar en las primeras clases de la educación maternal, puesto que la embarazada pasa por diferentes etapas a lo largo de la gestación, tiene sentimientos ambivalentes, desde alegría hasta miedos y temores. Por tanto, se lleva a cabo la siguiente clasificación de las emociones en cada periodo natal en el que se encuentra la

madre y de esta manera poder comprender mejor el estado psicológico de ésta (24).

Tabla 1. Las diferentes etapas psicológicas por las que pasa la gestante

1º Trimestre	Ambivalencia, inseguridad, temores y fantasías
2º Trimestre	Sensación de bienestar, introversión y cambios de humor y labilidad emocional. Aparecen los movimientos fetales: primípara 18-20 semanas y múltipara 16-18 semanas
3º Trimestre	Incomodidad física, aumenta la introversión y dualidad de sentimientos: miedo al parto, al dolor, ilusión al nacimiento de su recién nacido

Se abordará el tema relacionado con las modificaciones físicas producidas en la gestante, el que los cambios corporales en la mujer deben ser comprendidos por los futuros padres como parte del proceso normal del parto. Ayudando a describir e identificar los órganos que han intervenido en la reproducción y los signos y síntomas normales o anormales. Se les informará a los padres sobre todas las pruebas que deben realizar para llevar un correcto control prenatal y como gestionarlo de manera correcta (47).

A su vez se le facilitara todos los conocimientos oportunos con relación al embrión y al feto para que los padres tengan conciencia y determinación sobre la existencia del nuevo ser. Con la captación de los movimientos fetales y la estimulación intraútero fetal (afectiva, sensorial y cognitiva) se establece un vínculo con el bebé que permitirá comprender mejor la fisiología de la gestación y la adaptación emocional (47).

Las ultimas clases irán enfocadas en conseguir el bienestar de la gestante y su pareja, antes del momento del parto, trabajo de parto y posparto. Para ello se hace hincapié en técnicas de relajación ante las situaciones de tensión que puedan aparecer, para favorecer la relajación física y mental de la madre y el padre. También adquiere importancia que los futuros padres sean capaces de diferenciar entre el periodo prodrómico del inicio de trabajo de parto. Por ello, deben conocer los síntomas y signos, para que la mujer pueda tomar decisiones oportunas y tener más seguridad, y facilitar la autonomía de la mujer y la pareja.

Finalmente se darán instrucciones sobre los cuidados al recién nacido, lactancia materna y todo lo relacionado al posparto como son (47):

- a. Comprender el rol de paternidad.
- b. Entender y saber todas los cambios físicos y psíquicos a los cuales la mujer se ve sometida.
- c. Educar en los autocuidados necesarios para mantener y favorecer la recuperación posparto en la mujer.
- d. Transmitir a los padres sobre las pruebas y controles que se le realizan al bebé.
- e. Asesorar sobre la prevención de accidentes.
- f. Mostrar todos los trámites administrativos que se deben realizar durante el parto y el posparto.
- g. Proporcionar información sobre las prestaciones de planificación familiar.

La finalidad de la educación es reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones de la embarazo, consiguiendo mejorar la experiencia asistencial de las mujeres. La OMS establece que los contactos con las embarazadas ayudan a detectar y gestionar los posibles problemas que se puedan presentar, dando mayor calidad de cuidados y recomendaciones de salud (48).

Plan de parto

El plan de parto se establece con la finalidad de que la gestante pueda dejar reflejado cuáles son sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas de su proceso de parto y nacimiento del bebé. Es un documento por escrito, en el cual los profesionales de salud tienen a su disposición los deseos de la madre para poder atenderla adecuadamente en el momento del parto. De esta forma se facilita la comprensión del proceso de parto, logrando una participación tanto de la mujer como de su acompañante. A su vez, ayuda a anticipar la comunicación con la mujer embarazada de forma previa al trabajo de parto, que en cierta medida favorece la tranquilidad y seguridad de la madre, ya que en el momento del parto se encuentra tanto física como emocionalmente vulnerable para tomar decisiones (49).

Por lo tanto, a través de este documento se crea una relación entre el profesional de la salud y los futuros padres, con el objetivo de conocer más sobre los planes para el futuro parto, pero esto no sustituye la información que se facilita a lo largo de todo el proceso de embarazo por los profesionales de salud. Las sesiones o clases de preparación al parto que se imparten con anterioridad favorecen una experiencia de parto positiva. El hecho de que las expectativas de las gestantes se vean cumplidas, sentirse implicada en todo lo que rodea el proceso de parto, poder decidir y mantener el control, son factores que también se relacionan con la satisfacción de la madre (50). No obstante, en el parto pueden surgir acontecimientos que no están previsto, como complicaciones clínicas donde el plan de parto puede verse alterado para adaptarse a los protocolos de actuación clínica en cada situación. Todas las actuaciones que se lleven a cabo por el personal sanitario serán previamente informadas y bajo consentimiento de la embarazada, siempre bajo unos cuidados y buenas prácticas basadas en las recomendaciones de las guías de evidencia científica junto con las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto (49).

El plan de parto es una guía útil para favorecer la atención al parto y alumbramiento, así como saber que prácticas y procedimientos están disponible en el momento del parto. Aun así, es un documento muy abierto y específico para cada mujer, y sujeto a cambios dependiendo de la evolución del parto (49).

La gestante puede hacer su plan de parto en cualquier momento, aunque sobre las 28-32 semanas es lo recomendado, el embarazo esta más avanzado, hay contacto con los matrones y personal médico que te pueden asesorar y resolver las dudas oportunas en relación con el parto. La embarazada podrá modificar todas sus preferencias establecidas por escrito según como se desarrolle el parto y los acontecimientos del momento (49).

En el documento de plan de parto establecido por el ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad, se describe en siete apartados cuales son las prioridades de la embarazada en el proceso de parto.

En el apartado primero se hace un breve resumen de cómo y cuáles son los deseos de la gestante nada más entrar al hospital. La mujer embarazada es una paciente sin patología, por lo tanto, se le permite estar acompañada desde

el principio, salvo en condiciones médicas que lo justifiquen. Es importante dar a la mujer una atención respetuosa de la maternidad, siempre manteniendo su privacidad y confidencialidad, mediante la toma de decisiones informadas. El ambiente se debe mantener con una luz tenue, que la mujer se sienta cómoda intentado que este proceso natural como es un parto fluya de manera fácil e instintiva. La atención organizada, permite que la gestante adquiera confianza, reduciendo sus miedos y dándole la intimidad necesaria para la evolución adecuada del parto. El acompañamiento contribuye a que la mujer reciba apoyo continuo durante todo el trabajo de parto y el parto, es por ello que será la gestante la que elija la persona adecuada y de confianza para acompañarla (51).

Además de decidir con quien estará acompañada se tendrá en cuenta aquellas mujeres que tengan necesidades especiales, bien por su capacidad física o por motivos de idioma o cultura, dejando por escrito sus circunstancias y deseos para el momento del parto facilitando su atención. Es importante que la embarazada conozca con anterioridad el área hospitalaria (sala de parto, equipamiento, comodidades...) que le va a llevar a cabo el trabajo de parto, es decir, conocer sus protocolos y forma de actuación, para poder determinar y establecer cuáles son sus preferencias o peticiones en relación a ello. Los profesionales que forman parte del equipo de maternidad deben mantener en todo momento la intimidad de la embarazada, identificándose siempre y actuando bajo su autorización, puesto que esto ayudara a la mujer a sentirse más confiada y segura con el personal sanitario. En el caso de la presencia o participación de otras personas se debe solicitar consentimiento a la mujer embarazada, para su aprobación (49).

En un segundo apartado se tratará el periodo de dilatación: asistencia, cuidados, y alimentación. En cuanto al personal sanitario que atienda a la gestante será dentro de lo posible el mismo durante todo el proceso. Se evitará el uso de enemas antes o durante el parto, siempre y cuando no sea necesario por indicación clínica. No se recomienda a la mujer el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal. En cuanto a la alimentación, solo se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para aquellas mujeres con bajo riesgo, aunque se indica solo beber agua o zumo durante la dilatación y siempre consultando al personal sanitario si es o no

posible (51). El lugar y la posición en el trabajo de parto es totalmente opcional por parte de la madre. Hoy en día la gestante puede optar por diversas posturas (cuclillas, acostada, de pie...) en el momento del parto e incluso decidir el lugar para llevarlo a cabo, como puede ser la cama, una silla de parto vertical, en el agua etc. La elección va en función de las preferencias de cada mujer, son ellas las que deciden, aunque siempre bajo supervisión y consejo de los profesionales de la salud para establecer la posición más adecuada.

El tratamiento del dolor también se recoge en este apartado. La embarazada debe conocer toda la información sobre los métodos de alivio del dolor y alternativas presentes en el medio hospitalario que le va a atender a lo largo de todo el proceso. No es solo abordar el dolor sino también conocer todos los aspectos que ayudan a disminuirlos, como son la intimidad de la mujer y que la sala de parto tenga las condiciones adecuadas (temperatura agradable, luces no intensas y ambiente tranquilo); ayudando a la embarazada a estar relajada y a disminuir su percepción del dolor y por tanto la necesidad de analgesia. Además, cada centro hospitalario pondrá a disposición de la mujer todos sus materiales de apoyo al parto como son: pelotas, cojines, bañeras o duchas de agua caliente... pudiendo la embarazada dejar por escrito en el plan de parto todas sus preferencias o deseos para el trabajo de parto (49)(52).

La gestante puede elegir entre diferentes técnicas para aliviar el dolor, y dejar constancia de ello por escrito. Se establecen pautas para el dolor no farmacológicas, como son las técnicas de relajación mediante música, respiraciones, meditación (mindfulness) y relajación muscular progresiva. Y se recomienda técnicas farmacológicas como es la anestesia epidural en embarazadas sanas para calmar el dolor durante el trabajo de parto, así como la administración parenteral de opioides como el fentanilo, morfina y petidina, según preferencias de la mujer (51).

Todas las intervenciones, controles y administración de medicación a la embarazada durante el trabajo de parto deben estar justificadas, es por ello que en el plan de parto se hace un resumen de ello, para que la mujer tenga constancia de que existen y que se pueden ejecutar en caso necesario. Como es la necesidad de monitorizar al bebé para controlar la frecuencia cardiaca fetal de forma más precisa y continuada. Y que este control se realiza mediante unas

correas alrededor del abdomen de la madre y que van conectadas a un monitor, permitiendo la movilidad de la madre o bien a través de vía vaginal con un electrodo en la cabeza del bebé, que requiere la rotura de la bolsa.

En cuanto a técnicas que se le pueden realizar a la gestante y que están reflejadas en el plan de parto para que la embarazada tenga constancia de esa información, son las siguientes (53):

- Administración de medicamentos (oxitocina) para acelerar el parto, no es aconsejable, pero se puede indicar por facultativo en caso necesario, siempre será informada y readministrará bajo consentimiento.
- La canalización de una vía venosa, para facilitar medicamentos si fuera necesario. Es muy utilizado, pero no es una técnica imprescindible.
- Sondaje vesical. En un parto normal no es preciso, pero en el caso de requerirlo se comunica antes del procedimiento.
- Los tactos vaginales, deben ser escasos, pero los necesarios para evaluar el parto por el personal responsable. Siempre que se realice por otro motivo o formación la embarazada debe dar su autorización.
- La rotura de la bolsa donde está el feto se rompe de forma espontánea. Si se hace de forma clínica tiene que estar indicado y bajo consentimiento.
- La episiotomía, es un corte que se lleva a cabo en el periné, que actualmente no se considera correcto, pero que en situaciones complicadas se puede realizar solicitando el consentimiento de la madre.
- Los pujos, son el esfuerzo de empujar que ejerce la madre para la expulsión del bebé. Estos serán guiados por el profesional que le atiende, en los casos de anestesia epidural, debido a que la embarazada disminuye su sensibilidad y deseo de pujo.
- El corte del cordón umbilical. Se realiza tras el cese de los latidos, si todo sigue con normalidad. El padre puede realizar el corte del cordón, siempre bajo indicación del profesional y en condiciones

normales. El plan de parto recoge por escrito en el caso de que el padre quiera ser participe del acto. Además, existe la opción de donar la sangre del cordón umbilical, y con ello se puede expresar con anterioridad también para que se realice el procedimiento por el matrn o ginecólogos responsables.

Tras el nacimiento del recién nacido se le informará a la gestante sobre las actuaciones que se realizan al bebé y en sobre cuales ella puede decidir. En cuanto la aspiración de secreciones del recién nacido, si fuera necesario, y actuaciones no urgentes como son el control de peso, talla y otros cuidados como la administración de colirios o pomadas antibiótica oftálmica, la vacunación de Hepatitis B (1ª dosis), y vitamina K; siempre informando a la madre de las circunstancias, las recomendaciones y la necesidad de ciertas actuaciones.

La higiene del bebé en los primeros días no es aconsejable, por lo que la madre puede dejar manifestado sus deseos en el plan de parto, cuando, como y con quien quiere llevarlo a cabo.

Se le hace saber sobre la relevancia del contacto piel con piel inmediata e ininterrumpidas de al menos en las 2 primeras horas del recién nacido con la madre, y se le da la opción a la madre a expresar su inclinación hacia el acto, y si desea o no la intervención del padre o acompañante. Se aborda el tema de la lactancia y la evolución del puerperio, y aunque la lactancia materna es la mejor elección, van a influir factores personales de la madre, de la salud de ambos y del recién nacido. Por ello, el personal sanitario responsable facilitara los medios necesarios a la madre tanto si es sobre cómo dar el pecho, o como preparar y dar leche artificial, incluso si la madre necesita contactar con asociaciones que le puedan ayudar sobre la lactancia materna (53).

El proceso de parto puede evolucionar con normalidad o presentar ciertas complicaciones. El personal sanitario debe intervenir de forma justificada y con actuaciones que irán siempre dirigidas bajo buenas prácticas, permitiendo una adecuada salud de la madre y el bebé. Es fundamental que la madre conozca la posibilidad de un parto instrumentado (fórceps, ventosas, espátulas), de la inducción con medicamentos al parto o incluso una posible cesárea, y si es el caso cuáles son sus preferencias en cualquiera de estas intervenciones (49).

3.EL PARTO

3.1 Mecanismo y fases del parto

El parto es un proceso mecánico, fisiológico y dinámico propio de los mamíferos, a través del cual el feto sale del interior de la cavidad uterina hacia el exterior del cuerpo materno. Este mecanismo es impulsado por las contracciones uterinas que de forma escalonada aumenta la intensidad, frecuencia y duración, permitiendo la maduración del cuello uterino y finalmente el paso del feto por el canal del parto y la expulsión al exterior. El parto se considera un proceso activo que se va adecuando desde el inicio de la gestación, debido a todas las variaciones que se dan en la mujer tanto morfológicas, estructural y bioquímicas de las fibras uterinas. La duración del embarazo es la que determina cuando será el parto de forma fisiológica, momento donde existe menor riesgo para el feto y el recién nacido. Se establece una media de un periodo gestacional de 280 días, o lo que es lo mismo 40 semanas con una desviación de 2 semanas antes o después, por lo que el parto se puede desencadenar desde la semana 38 a la 42 (54).

Para comprender la mecánica y los estadios del parto se deben tener en cuenta una serie de variables, como son la fisiología fetal, la musculatura uterina y su actividad contráctil, y el canal del parto. Todas estas variables junto con la prensa abdominal (músculos rectos y oblicuos y el diafragma) de la gestante forman parte del motor del parto (55).

En cuanto a la morfología fetal, se parte de que el feto tiene que pasar a través de un canal pélvico óseo estrecho, en el que su cabeza y sus movimientos son los que le van a permitir acomodarse para una correcta expulsión al exterior. En el momento del parto es la cabeza la que sufre una adaptación y encajamiento en el estrecho superior del canal óseo, un descenso y rotación intrapélvica, flexión (el mentón contacta con el tórax), desprendimiento (la cabeza atraviesa el orificio vulvar, comienzo de la deflexión) y rotación externa de 90° para favorecer la salida de los hombros y el resto del cuerpo. Por tanto, la cabeza en su paso por el canal pélvico experimenta alteraciones, que dan

lugar al desplazamiento de los huesos parietales y del occipital, permitiendo la disminución de su diámetro y con ello su salida (54).

Por otra parte, la cavidad pélvica tiene la capacidad de modificarse para amoldarse en el embarazo avanzado y durante el parto, considerándose un elemento importante en el mecanismo desencadenante del parto. El canal pélvico es un conducto osteo-musculo-ligamentoso, formado por un cinturón óseo (huesos coxales (isquion, íleon y pubis), sacro y coxis) y un conjunto de partes blandas. Los huesos que constituyen el canal y que a su vez se dividen por la línea innominada en pelvis mayor y pelvis menor, son los que conforman un sistema de articulación que posibilita los movimientos necesarios para el parto. La pelvis mayor tiene la función de contener el feto durante todo el proceso y orientarlo para el comienzo del trabajo de parto, mediante su correcta colocación. Sin embargo, la pelvis menor (estrecho superior, excavación pélvica y estrecho inferior) es considerada como la pelvis obstétrica o verdadera puesto que es por la que el feto tiene que efectuar sus movimientos para nacer (56).

A lo largo de la gestación, en la sínfisis púbica se produce una separación de 4mm que incrementa el diámetro transversal, y aunque se le da poca importancia a este hecho durante el trabajo de parto, es necesario para entender los mecanismos que lo engloban todo este proceso. Otra de la modificación a nivel pélvica es la retropulsión del cóccix hasta 2 centímetros, aumentando el diámetro anteroposterior del plano inferior de la pelvis menor debido la presentación fetal por el estrecho inferior (57).

El canal blando o lo que es lo mismo todas las estructuras musculo aponeuróticas que lo constituyen también cambian a lo largo del embarazo. Durante el periodo gestacional este canal es virtual y se irá formando en el inicio del parto con los procesos de maduración y dilatación. El canal blando estará en contacto directo con el feto protegiéndolo de las estructuras óseas y propiciando el encajamiento y descenso de éste hacia el exterior (57).

Se establecen tres estructuras en este canal (57):

- Istmo uterino o segmento uterino inferior. Es la fusión del cuello y el cuerpo uterinos que se desarrolla en el final del embarazo y el trascurso del parto.

- El cuello uterino. Permanece cerrado toda la gestación, y se dilata en el parto hasta prácticamente desaparecer, para enlazar la cavidad uterina con la vagina.
- Vagina. Comunica la cavidad uterina con el exterior.

Todos estos cambios en el canal blando y paso del feto por dicho plano implican a su vez ciertas variaciones en estructuras cercanas, como son la elevación de la vejiga y de los uréteres, la apertura del suelo pélvico y el desplazamiento del recto hacia atrás. Al mismo tiempo, debió a todos los cambios hormonales que ocurren en la mujer gestante, se favorece la distensión y elasticidad de los músculos del periné permitiendo que los elevadores del ano se separen y se elonguen para formar un conducto en la presentación fetal a nivel perineal (56)(57).

En el trabajo de parto y parto, la dinámica uterina es la que va a ir marcando los tiempos y progreso de este. La fuerza mecánica en sentido descendente que ejerce la musculatura del útero es la que determina las características de la contracción y la expulsión del feto. Se establece que, en los partos a término y espontáneos, en el 95% de las gestantes las contracciones oscilan de 3-5 en 10 minutos (55). Las contracciones uterinas junto con la contracción de la prensa abdominal (formada por los músculos rectos y oblicuos y por el diafragma), tras la dilatación completa, es la fuerza principal para la salida del feto al exterior. La prensa abdominal también es útil para la expulsión de la placenta que se encuentra en el canal del parto (54).

En el inicio de parto es complicado establecerlo con exactitud, pero aparecen los prodromos que son los síntomas previos al comienzo (57).

El abdomen cambia su forma debido a que el útero que estaba cerca del reborde costal baja como consecuencia de la creación del segmento uterino inferior, provocando en la embarazada una descarga en la zona epigástrica, y a su vez un aumento de la compresión a nivel pélvico por la cabeza fetal pudiendo causar calambres o dificultad para andar. En las últimas semanas la mujer puede presentar también presión en la vejiga y el suelo pélvico aumentando la necesidad de micción a pesar de que no se correlacione con la cantidad. Y no

en todas las gestantes, pero estos signos pueden edematizar la vulva y dar sensación de plenitud en ella (57).

Una vez que el útero ha alcanzado cierta madurez y el cuello desaparece conectando directamente con la vagina, la gestante expulsa lo que se llama el tapón mucoso. Este no es más que una secreción mucosa, que durante el periodo de embarazo son producidas por el cérvix como barrera protectora con la vagina. No obstante, la cantidad de flujo o leucorrea del tercer trimestre también es común en la embarazada, llevando a ésta a dudar de la rotura de la bolsa. Llegando a las últimas semanas el cuello ha sufrido cambios bioquímicos y estructurales, que lo reblandecen, le dan elasticidad y lo hace fácilmente dilatado (57). Todos estos síntomas pueden observarse en la figura 6.

Todas estas alteraciones pueden estar acompañadas de contracciones irregulares (Braxton-Hicks), de corta duración e intervalos indefinidos. Estas no son contracciones dolorosas y no existe una dilatación cervical, dando lugar a un “trabajo de parto falso” (56).

Por lo que todos estos mecanismos por los que la gestante se ve sometida van a dar pie al inicio del trabajo de parto.

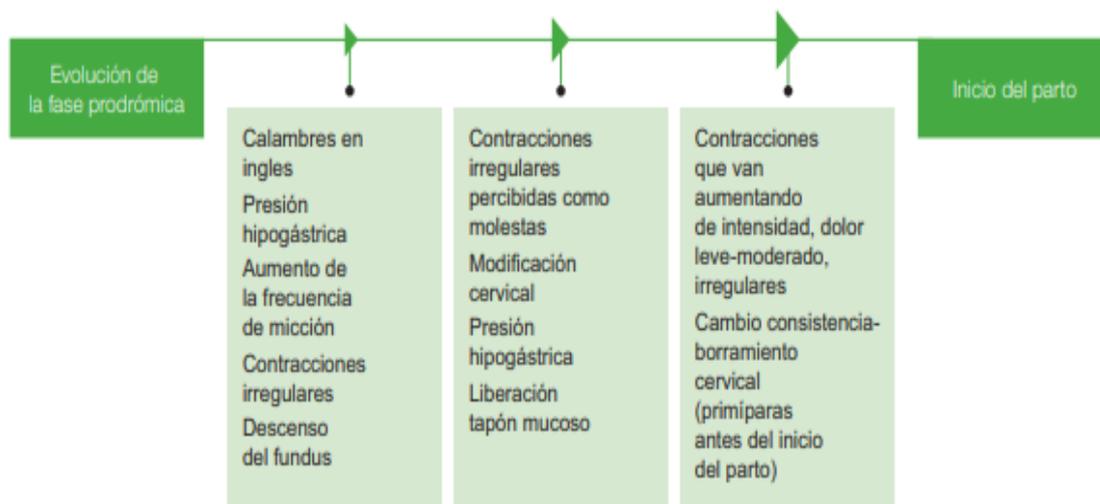


Ilustración 6: Signos y síntomas de los prodromos de parto (56)

Determinamos el proceso de parto como un trabajo continuo y activo que se divide en tres fases, manteniendo un orden y continuidad clínica. Actualmente la progresión del trabajo de parto no solo se mide por la dilatación del cuello sino

también es de gran relevancia considerar otros indicadores como son la frecuencia y la intensidad de las contracciones, la situación del feto y el borramiento cervical. La duración del trabajo de parto lo va a marcar cada mujer (nulípara o múltipara), es decir pueden ser lentos y ser normales o tener un parto rápido, y no estar asegurados los buenos resultados (58).

Las etapas del trabajo de parto, como hemos dicho anteriormente tienen esta clasificación (57):

- Primera Fase. Período de dilatación.

Esta primera etapa comienza con la iniciación del parto y finaliza con la dilatación completa. Así mismo esta etapa se divide en dos:

- h. La fase *latente* en la que ocurre el borramiento del cuello uterino, a través de las contracciones que siguen un ritmo continuo en intensidad y frecuencia consiguiendo la dilatación. La fase latente es la fase más larga y la que transcurre de forma más lenta en el parto, puesto que la dilatación cervical tiene que alcanzar 6 cm, para marcar la transición a la fase activa del trabajo de parto.

En dicha fase, no existe diferencia entre nulíparas y múltiparas, en parto espontáneo, en el modo de progresar éste hasta alcanzar una dilatación de 6 cm. Se ha visto que pueden pasar hasta 7 horas para conseguir de 4 a 5cm y más de 3 horas para pasar de 5 a 6cm de dilatación cervical independientemente de si la mujer ha parido o no con anterioridad.

- i. *En La fase activa* hay un progreso rápido del parto, puesto que las contracciones se hacen más intensas y frecuentes manteniendo una regularidad, y en la que la mujer pasa de 6 cm de dilatación a 10cm y con ello a una dilatación completa. En esta fase se establece que las mujeres nulíparas pueden necesitar de 1,4 a 2,2 horas para conseguir 1cm de dilatación y las múltiparas 0,8 a 1,8 horas(59).

Según los estudios recientes los trabajos de parto son más prolongados y con ello se debe tener cautela a la hora de establecer límites y medias, se desconoce en la mayoría de ellos el registro de dilatación, para el punto de partida de la primera etapa activa. Se conoce que, partiendo de 4cm

de dilatación en esta fase, en nulíparas, la duración varía de 3,1 a 8,1 horas, con límites estadísticos de 6,1 a 19,4 horas, y en mujeres multíparas de 2,1 a 5,7 horas, con límites estadísticos que oscilaron entre 4,9 y 13,8 horas.

Los estándares de dilatación establecidos de 1cm/hora para un parto lineal no se consideran precisos ante la nueva evidencia en el progreso de los partos con resultados perinatales normales (58).

- Segunda Fase. Período expulsivo.

La segunda etapa de trabajo de parto comienza con la dilatación completa del cuello uterino y finaliza con el nacimiento del bebé. A pesar de ello es difícil establecer con precisión cuando se inicia dicha etapa, ya que se podría considerar en cualquier momento en el que hubiera dilatación completa del cuello cervical. Además de ello, en dicha fase se pueden diferenciar un periodo expulsivo pasivo y un periodo expulsivo activo. El periodo expulsivo pasivo en el cual hay una presentación descendente del bebé por la pelvis ante las contracciones uterinas; y un periodo expulsivo activo en las que el feto es visible y están presente los pujos maternos, con dilatación completa y esfuerzos expulsivos (contracción de los músculos estriados voluntarios del diafragma y la pared abdominal).

La duración de la segunda etapa del parto, según la OMS es de 3 horas para mujeres nulíparas y 2 horas para mujeres multíparas, e incluso el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos plantea 4 horas para el desarrollo de dicha fase (60).

- Tercera Fase. Periodo de Alumbramiento

La tercera fase del parto es el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Es considerado como el periodo más peligroso del parto para la madre, y en el cual se producen más muertes maternas en el mundo, debido a complicaciones como hemorragias postparto (HPP) y placenta retenida (61). La pérdida de sangre se relaciona con la rapidez con la que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina.

Actualmente el estado uterotónico tiene gran relevancia en la pérdida de sangre, junto con la tracción del cordón innecesario y el pinzamiento temprano del cordón que parece ser perjudicial para el recién nacido (57).

3.2 Tipos de partos

El parto es considerado un suceso médico por el que en función de la forma en la que se desencadene, trascorra y finalice, se podrá definir de una manera u otra. Es importante saber que para entender todo el proceso de un parto y así clasificarlo, se tienen en cuenta las diferentes perspectivas sociales, por tanto, clasificamos dicho proceso en diferentes definiciones (56):

Parto normal o parto eutócico.

Parto espontáneo y de bajo riesgo, desde el comienzo del mismo hasta el alumbramiento. El proceso de parto progresa adecuadamente iniciándose entre las 37-42 semanas completas (a término). Las condiciones tanto de la madre como del recién nacido son buenas, y el recién nacido no ha presentado signos de hipoxia fetal y se encuentra en un peso óptimo (2500g o más).

Parto de baja intervención.

El parto de baja intervención es atribuido aquellos partos a los que no hay intervención en el proceso o si existe es mínima, siempre y cuando este bajo las desviaciones de normalidad. Normalmente se determina como “parto natural”.

Parto a término.

Parto que progresivamente sucede entre la 37 y las 42 semanas de gestación.

Parto pretérmino.

Parto que ocurre antes de las 37 semanas completas.

Parto postérmino.

Parto que sucede en la semana 42 de gestación, o incluso después.

Parto inducido.

El parto será llevado a cabo por intervenciones farmacológicas y mecánicas cuando aún no se ha iniciado de forma espontánea por razones clínicas.

Parto estimulado.

El parto ha sido iniciado de forma espontánea, pero requiere de una intervención farmacológica para conducir y corregir la dinámica, ante una situación clínica de finalizar cuanto antes el trabajo de parto.

Parto instrumentado.

Es un parto en el cual se requiere para la expulsión del bebé la utilización de instrumentos obstétricos como: ventosas o vacuo, fórceps o espátulas. Siempre bajo indicación médica.

Parto de prueba.

El parto de prueba se define como intentar un parto vaginal, pero con opción quirúrgica que permita la extracción fetal de forma inmediata si no se consigue.

Trabajo de parto.

Se establece al conjunto de fenómenos activos y pasivos que de alguna manera ocurren al final de la gestación, con la finalidad de expulsar al recién nacido y a la placenta por el canal del parto hacia el exterior.

3.3 Acompañamiento durante el proceso de parto

El acompañamiento de una persona cercana durante el trabajo de parto es considerado por la OMS como una acción de apoyo que forma parte de la atención respetuosa a las embarazadas. Actualmente hay evidencia que el hecho de acompañar a la mujer por una o dos personas durante todo el proceso de embarazo y parto tiene beneficios psicológicos a largo plazo sobre éstas, en relación tanto a la experiencia de parto como al estrés que supone el posparto. Por tanto, el acto de acompañar es una manera simple y eficaz de prestar apoyo a la embarazada (62).

La figura del acompañante (padre, pareja, familiar o amiga) deben estar presente desde el principio en el embarazo, en todos los acontecimientos y pruebas que surgen durante la atención prenatal, hasta el momento de trabajo de parto y parto. Este hecho es beneficioso para la mujer, haciéndola sentirse valorada en todo el proceso que con lleva el parto, disminuyendo la ansiedad, el dolor percibido y propiciando una experiencia de parto positiva, incluso buenos resultados en el recién nacido y una menor probabilidad de sufrir depresión posparto.

Los profesionales de la salud también tienen una función bastante relevante, como es el apoyo continuo tanto a la mujer como a su pareja durante el embarazo. Esto permite al acompañante adquirir un papel activo, sintiéndose participe en la toma de decisiones, y con ello una mayor satisfacción y colaboración en los cuidados del recién nacido (63).

Como se menciona anteriormente, la función del acompañante durante el trabajo de parto y parto estará centrado en proporcionar un apoyo continuo a la mujer. Para comprender en que consiste tal acción, se desglosa en un apoyo emocional y físico, la presencia física y la función de la persona de apoyo. La persona que tiene la labor de dar apoyo a la embarazada es la que va a determinar las percepciones que ésta tenga durante todo el proceso de parto, y es por ello que será la mujer la que elija a la persona de apoyo, sujeta a factores culturales, familiares y experiencias anteriores. El apoyo emocional y físico, así como la presencia continua, da a la mujer la seguridad necesaria para estar

dedicada a su parto. El apoyo emocional está basado en la comunicación con la mujer mostrando empatía, sensibilidad a sus miedos y realzando su constancia durante todo el trabajo de parto, aumentando su confianza y su capacidad para soportar el dolor. Según la OMS el hecho de que una mujer se sienta apoyada emocionalmente con alguien que le aporte seguridad le va a permitir reducir su estrés y ansiedad en el transcurso del parto, y con ello todos los resultados psicológicos que supone el parto (64).

El apoyo físico que facilita el acompañante en todo momento consiste en buscar la comodidad física de la embarazada, ayudándola al desplazamiento, a tomar posiciones confortables, mejora con dolores de espalda (dando masajes), manteniendo contactos con sus manos o realizando técnicas de respiración y relajación para controlar los dolores de parto (65).

Estos cuidados que aportan los acompañantes de manera continua se ven reflejado en la satisfacción de la madre hacia los servicios médicos y con ello a unos mejores resultados en el embarazo y del recién nacido. Se relaciona con partos vaginales espontáneos, trabajo de parto más cortos, partos sin intervención médica instrumental (ventosas o fórceps), con una menor utilización de medicamentos para el dolor, una disminución del riesgo de tener una cesárea, y con probabilidad de tener puntuaciones del recién nacido menos bajas en el Test de Apgar (menos de 7) en los cinco primeros minutos (66)(67).

Los resultados positivos son debidos a la oportunidad que se le brinda al acompañante de estar involucrado en todo el proceso. Las embarazadas con el apoyo de la pareja o acompañante pueden llegar a lograr cualquier objetivo que se proponga con relación a su salud (alimentación saludable o actividad física) durante su estado(68). Además, la presencia de la pareja o acompañante en el parto juega un papel importante en la relación temprana entre padre-hijo y favorece la transición hacia la paternidad (69). Al igual, la compañía de una persona de forma continua beneficia también la relación madre-hijo, ya que permite el contacto piel con piel temprano, apoyando a su vez el vínculo y la lactancia materna. Es la motivación de la mujer gracias a su compañero de elección la que le lleva a recuperarse de forma rápida tras el trabajo y sentirse con la fortaleza para el contacto lo antes posible con el recién nacido (70).

La labor del acompañante puede llegar a ser fundamental ya que no solo da apoyo a la mujer en todo momento, sino que también va informando a ésta sobre la situación y progreso del parto, sugiriendo técnicas de afrontamiento y ayudándola en la toma de decisiones importantes.

Es cierto que hasta el momento se le ha dado un mayor valor al apoyo continuo de la mujer intraparto, siempre respetando las opciones y preferencias de la embarazada, y promoviendo de esta manera una atención maternal respetuosa y merecedora; pero no obstante, el apoyo debe estar presente tanto de forma prenatal prestando atención a las experiencias anteriores en relación al parto o aprendiendo medidas de consuelo y apoyo para la embarazada que serán útiles en el futuro parto, etc.; y un apoyo posnatal en el que se tratan temas que pueden estar presentes después del parto, como son la incontinencia urinaria y fecal, el dolor durante el coito, el dolor perineal prolongado, o incluso la depresión. Según las últimas investigaciones han determinado que el apoyo continuo no presenta efectos negativos sobre la madre o el recién nacido, es por ello que se debería centrar este apoyo en resultado a larga estancia, englobando no solo el trabajo de parto sino la lactancia, la relación entre la madre y el recién nacido, los obstáculos que puede presentar la nueva maternidad, así como la autoestima o si existe indicios de depresión posparto (71)(72).

Aunque actualmente a nivel mundial se considera el acompañamiento y apoyo de la mujer durante el trabajo de parto, como algo muy beneficiario para la embarazada y el recién nacido, existen muchas barreras sociales que impiden que se implemente esta idea en el ámbito sanitario de todos los países. El espacio físico hospitalario disponible, la creencia de falta de capacidad para ayudar de los acompañantes, la falta de intimidad y privacidad de la embarazada durante el proceso de parto, el temor a un mayor riesgo de infección ante la presencia de acompañantes, la cultura (vergüenza y valores)...; todos estos factores van a influir a la hora de establecer el acompañamiento, es por tanto que se debe seguir trabajando para conseguir establecer esta acción tan necesaria para la embarazada (73). Se ha comprobado que variables como una atención prenatal, el embarazo planificado, la asistencia a servicios maternos de salud, así como el no poseer antecedentes obstétricos están relacionados

con el deseo de tener un acompañante en transcurso del trabajo de parto y parto (74).

En resumen, el acompañamiento o apoyo continuo se encuentra influenciado por tres ámbitos (75):

-Factores que afectan a su implementación.

Inicialmente existe aún personal sanitario y mujeres embarazadas que no son consciente de la importancia que supone estar acompañadas a lo largo de todo el embarazo. No se considera un elemento esencial con relación a la atención sanitaria. A veces se determina que el espacio físico en las salas de parto es deficiente para acoger a los acompañantes, y esto limita la intimidad de las mujeres.

-Los roles del acompañante.

El acompañante tiene la labor de dar apoyo informativo, práctico (apoyo físico), emocional, y de abogacía (defiende los derechos e intereses de la embarazada, cuando ésta no puede hacerlo).

El acompañante que consigue integrarse de forma comprometida en el sistema de atención sanitaria beneficia a la mujer, obteniendo resultados muy favorables sobre ella y el bebé.

-Experiencias.

Las experiencias propias de la mujer, las experiencias vividas con sus parejas masculinas/femeninas, y las experiencias aportadas por una persona con conocimientos sobre el tema (doula) o profesional de la salud.

Los acompañantes mediante su observación pueden identificar problemas o necesidades presentes en la mujer en el trabajo de parto y parto, que por la carga de trabajo el profesional de la salud pasa por desapercibidos. Es más, el hecho de contar con una compañía con conocimientos sobre el parto permite una atención competente y una mejora en la continuidad de los cuidados de la embarazada. La mujer requiere de una persona cariñosa, compasiva y confiable para conseguir una experiencia positiva de parto (72).

4. DOLOR EN EL PARTO Y EL MIEDO AL PARTO

4.1 Fisiología del dolor de parto

El parto es un proceso natural en el que la mujer se enfrenta a un dolor complejo y a veces a daño tisular (desgarros perineales, lesiones del musculo elevador del ano o daños en tejidos durante cesáreas) (76). El dolor de parto es considerado como un dolor fisiológico y único que no está ligado a una enfermedad sino al desarrollo del trabajo de parto y nacimiento del bebé. Se define por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o parecida a la asociada con daño tisular real o potencial” (77). Se parte de que el dolor es una experiencia individual y variable en cada gestante, e influenciado por multitud de situaciones emocionales, socioculturales, socioeconómicas, motivacionales, cognitivas y factores fisiológicos (edad, paridad, condiciones del cérvix, relación del tamaño fetal y canal de parto etc.) propios de ésta (78)(79)(80). A su vez la expresión, respuesta y afrontamiento de la persona al dolor estará marcada por las experiencias vividas de cada individuo y es lo que determinara su bienestar tanto social como psicológico, y con ello su manejo. Es por ello, que la apreciación (nocicepción) del dolor se considera una sensación subjetiva característica de cada persona (77).

Este dolor característico del parto se ha catalogado como somático y visceral, que son debidos a todas las modificaciones anatómicas y fisiológicas que sufre la mujer durante el parto como son: las contracciones del músculo uterino, estiramiento y dilatación del cuello, distensión del periné y de los órganos presentes en la pelvis y la presión de toda la red nerviosa del tronco lumbosacro. Además, es un dolor que va cambiando a lo largo del parto en función de la fase y zona en la que se encuentre, por lo que no es uniforme (81).

A su vez las embarazadas lo contemplan como un dolor intenso y agudo, en el que alrededor del 20% de las mujeres lo describen como intolerable, el 30% como un dolor severo, el 35% como moderado y un 15% como mínimo (82)(83).

Para poder conocer y abordar el dolor de parto debemos conocer la mecánica de este, clasificando este dolor en dos fases en función de su origen.

En el primer estadio o período de dilatación, es donde prevalece el dolor de tipo visceral provocado por las contracciones del cuerpo uterino, la dilatación del cérvix y alargamiento del segmento inferior. Esta sensibilidad dolorosa es conducida por las fibras nerviosas simpáticas aferentes viscerales a la médula espinal desde los nervios torácicos (compuesto por 12 pares de ramas ventrales) T10 (rama torácica nerviosa 10) hasta L1 (nervio espinal lumbar, originado en la columna vertebral desde debajo de la vertebra lumbar 1) (82)(79)(81).

El sistema simpático mediante los nervios pélvicos y esplácnicos inervan desde la zona hipogástrica al útero, recto, vejiga y genitales (56). Es por lo que al principio el dolor se limita a las fosas iliacas, región lumbar baja e hipogastrio; y conforme el dolor y las contracciones aumentan, y se avanza en el parto, se amplía la zona dolorosa a la región periumbilical, lumbar alta y sacra.

En el segundo estadio o período expulsivo, el dolor se centra en la zona perineal, en el que los estímulos de dolor son generados por la distensión del canal del parto que lo forman la vagina, la vulva y el periné. El dolor es más intenso y localizado en la zona sacra y del ano, debido a la presión ejercida por la cabeza del bebé sobre estas estructuras y al alargamiento de estas para favorecer su salida al exterior. Esta perceptibilidad del dolor debida a la transmisión de este a través de los nervios pudendo y sacro S2 a S4 (segundo y cuarto par de nervios sacros), participando en todo el proceso el sistema simpático, parasimpático, y nervios espinales (57)(84).

Las respuestas fisiológicas de la mujer al dolor repercuten en el proceso de parto y el bienestar de la madre y el recién nacido. El dolor puede llevar a la mujer a estados de hiperventilación que provocan hipocapnia, a un incremento metabólico que requiere de un mayor consumo de oxígeno, y a aumentos en el gasto cardíaco y resistencia vascular que conducen al ascenso de la presión sanguínea de la embarazada (79). El dolor presente durante todo el proceso de parto tiene cierta peculiaridad, es decir, está sujeto a cambios contradictorios que permite tanto a la mujer como al feto acomodarse gradualmente. El dolor de parto presenta ciclos de dolor y calma, contracción y dilatación,

satisfacción/comodidad de insatisfacción/incomodidad, aceleración y ralentización. Es por ello, que van a existir intervalos de dolor con periodos de carencia de éste, y que de manera fisiológica va a estar regulado por la secreción de ciertos neurotransmisores (81). El sistema nervioso central va a producir estos neurotransmisores, como son las endorfinas y encefalinas que modulan y regulan entre otras funciones el dolor presente en el parto, estas hormonas conocidas como opioides naturales se elevan durante el embarazo y en el momento del parto permite a la mujer percibir menos dolor y sensación de bienestar, incrementando la tolerancia al dolor (85). No obstante, existen sustancias como son: la oxitocina, las prostaglandinas, y corticotropina, que actúan aumentando el dolor en el trascurso del parto o concretamente en la fase de estimulación uterina, permitiendo la contracción uterina, la dilatación gradual y nacimiento (78)(81).

4.2 Métodos de alivio del dolor en el parto

La analgesia materna durante el parto es compleja y presenta un rasgo diferente a otras intervenciones anestésicas, puesto que el alivio del dolor va a incidir no solo en la mujer sino también en el bebé. Los resultados que se quieren conseguir son diferentes para cada individuo, dicho de otro modo, se intenta conseguir la cumbre en efectos sobre la gestante y el menor efecto sobre el feto. Es por ello, que este método para alivio del dolor se considera como una analgesia duplicada y en el que el recién nacido es clasificado como alto riesgo.

Además, se parte de la base de que el inicio de trabajo de parto se puede presentar en cualquier momento a lo largo del tercer trimestre o incluso de manera urgente, con gestantes con posibilidad de presentar patologías de etiología variable, y que dificultan el abordaje y manejo de las diferentes formas para combatir el dolor (84). Todo ello nos lleva a una valoración de la gestante previamente a través de las consultas prenatales, donde se evaluará los conocimientos sobre el abordaje del dolor en el parto y cuáles son sus prioridades sobre la analgesia para todo el proceso de parto. La información que se le facilite a la gestante beneficiará a esta, mejorando su experiencia de parto

y le aportará expectativas realistas con relación al parto y al dolor al que se tiene que enfrentar. Según los últimos estudios las gestantes prefieren recibir analgesia durante el parto, a pesar de presentarle todas los riesgos y efectos negativos a los que se podía ver sometidos ella y el bebé (86).

Para poder proporcionar los métodos y medios necesarios para controlar el dolor en la embarazada es necesario saber o determinar el dolor que está experimentando la mujer en cada momento, puesto que durante el parto la gestante pasara de dolores mínimos, a dolores muy angustiosos y desagradables. Existen escalas de valoración del dolor como es la Escala Visual Analógica (EVA), escala numérica (NRS), escala a la respuesta verbal (VRS) y el cuestionario de McGill, son medios con los que se puede conocer el tipo e intensidad de dolor que presenta la mujer y así poder ofrecerle un alivio de este en cada situación. Es importante evaluar el dolor presente en la gestante, pero es de igual valor conocer todas las opciones tanto farmacológicas como no farmacológicas para afrontar el dolor (87).

El alivio del dolor no farmacológico permite a la mujer poner en marcha respuestas fisiológicas que aportan tranquilidad y sensación de control de la situación. Esto aumenta la sensación de satisfacción de la embarazada y los niveles de dolor bajan, sin necesidad de utilizar otros métodos más invasivos (88)(89).

4.2.1 Técnicas no farmacológicas para abordar el dolor en el parto

a. Los baños de agua caliente. Hidroterapia

La ducha de agua caliente a una temperatura no mayor de 37°C permite a la mujer en las primeras fases de dilatación disminuir su ansiedad aportándole tranquilidad, mejorando su bienestar y control del dolor. Esto es debido a la secreción hormonal de endorfinas que se liberan, y que favorecen la reducción del tiempo de dilatación y de la necesidad de aplicar una analgesia epidural en los periodos previos al expulsivo. Se aplicará el flujo de agua caliente sobre las zonas donde se refleja el dolor inicial de la dilatación, sobre todo en la región lumbosacra de la embarazada. La mujer puede adquirir la postura más cómoda para aplicar la ducha desde una posición erguida o bien sentada en función de

sus preferencias. Las inmersiones de agua caliente en bañera también están indicadas, pero es aconsejable tener previamente una dilatación avanzada de 5 cm puesto que realizarlo con anterioridad puede interferir en la dinámica del parto y alargar los tiempos (90)(56).

b. Ejercicios perineales con pelota. Esferodinamia

La embarazada se coloca sobre el balón de uno 60cm aproximados de diámetro con un inflado adecuado para que la pelvis no se sumerja en la pelota, y poder mantener una postura saludable. El balón sobre una superficie firme antideslizante hace que la mujer tenga estabilidad y busque un punto de apoyo.

Con una posición correcta corporalmente y sentada con las piernas flexionadas 90° grados y los pies apoyados en el suelo, se realizarán los diferentes ejercicios que involucran a los músculos implicados en la dilatación.

Con el balón conseguimos movimientos de rotación, mejoras en el retorno venoso, favorece sostén a la musculatura de toda la pelvis y permite con ello que los músculos de todo el abdomen implicados en la contracción descansen (90)(56).

c. Masajes y otras técnicas manuales.

La finalidad principal de la realización de los masajes y de las diferentes técnicas, es reducir la intensidad del dolor en las primeras fases de dilatación durante el trabajo de parto. Aunque además de ello, permite la relajación de los músculos que están en tensión, mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos.

Las técnicas de masaje se pueden combinar, es decir, se pueden utilizar técnicas que actúan a nivel más profundo con técnicas más superficiales, siempre en función de cada embarazada. Los masajes son enfocados a la región lumbosacra y a la abdominal mayoritariamente.

Los estímulos nerviosos que se generan al realizar presión en el masaje hacen que se inhiba la transmisión sensorial en las vías del dolor, debido a que estos tienen unas características que les permiten ser más rápidos. Por lo tanto, retardan la percepción del dolor, reduciendo la intensidad y los espasmos musculares. Los masajes superficiales, que se aplican con aceites y de forma

suave en la piel libera en la embarazada oxitocina, propiciando la disminución de estrés ante el dolor.

La presión junto con la aplicación de paños de calor en zonas de dolor durante el proceso de parto favorece también el alivio del dolor.

El control del dolor mediante estas técnicas ayuda a la mujer a aumentar su satisfacción y con ello su experiencia emocional de parto, y son consideradas técnicas seguras y no invasivas para ella y el recién nacido (91).

d. Acupuntura y acupresión.

Aunque existe poca evidencia de su eficacia, tanto la acupuntura como la acupresión se han utilizado a lo largo de la historia por países asiáticos como medicina para el dolor. El uso de estas terapias alternativas puede aumentar la satisfacción de la embarazada con el alivio del dolor y disminuir el uso de métodos invasivos o farmacológicos, pero existe una certeza baja, y por lo tanto se requiere de una mayor investigación para corroborarlo (92).

La acupuntura médica requiere tener conocimientos para la punción con agujas finas, de forma correcta, sobre los puntos dolorosos y bajo las nociones de la neurofisiología y la anatomía. Se establecen ciertos puntos que al estimularlos pueden interferir en la actividad uterina, permitiendo la evolución del parto por la secreción de oxitocina y la disminución del dolor ante la producción de endorfinas. Este método no tiene efectos secundarios sobre la madre ni el feto, pero tampoco se conoce con exactitud los mecanismos de acción para controlar el dolor (93).

La acupresión se realizaría mediante la presión con las manos y dedos sobre puntos estratégicos para combatir el dolor. Al dedicar cierta presión firme y continua en un tiempo de 15 a 30 segundos, provoca síntomas de parestesias transitorias (entumecimiento y hormigueo) que dan una percepción confortable pero que se pierde al soltarla presión de la zona (94).

Esta opción no farmacológica, les ayuda a abordar la percepción incómoda de dolor de forma más positiva, adquiriendo sensación de control, tranquilidad y seguridad ante el parto (95).

e. Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación se suelen mostrar en las clases prenatales con la idea de preparar a las embarazadas antes del trabajo de parto. El control de la situación estresante mediante estas técnicas da a la mujer una mayor confianza, y favorece un entorno más tranquilo. La relajación de la embarazada le permite tolerar las contracciones con una percepción del dolor más baja. Estas técnicas reducen la ansiedad en la embarazada, las tensiones musculares y su atención al dolor. Por lo tanto, el bienestar y satisfacción materna que se consigue con la relajación, le concede a su vez sensación de confianza, fortaleza y plenitud (95)(56)(96).

f. Yoga prenatal

En el yoga prenatal se une la actividad física con técnicas de relajación y respiración. El yoga está adaptado a las gestantes, es seguro tanto para la madre como para el bebé y muy recomendado durante el embarazo. Se ha visto mediante estudios que el yoga realizándose con una frecuencia y duración correcta tiene beneficios importantes sobre el estrés y ansiedad presente en la mujer durante todo el proceso de parto, así como la depresión. Este método no farmacológico “mente-cuerpo” tiene efectos positivos, beneficiando los partos vaginales normales y acortando los tiempos de trabajo de parto (97). Con el yoga se consigue una relajación profunda a nivel somático a través de distintas posiciones, con unas respiraciones lentas y controladas que bajan la frecuencia respiratoria y métodos para sosegar la mente como es la meditación. Las diferentes posturas que se adquieren en el yoga permiten a su vez fortalecer la musculatura implicada en todo el proceso de parto como son: los músculos pélvicos, los músculos de la espalda y piernas, e incluso estiramientos y movilizaciones de la columna vertebral(98).

g. La electroestimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)

Es una técnica no invasiva en la que se aplica impulsos eléctricos de forma controlada y a través de un generador las zonas de dolor durante el trabajo de parto. Se le colocan a la embarazada unos electrodos sobre la piel de la región lumbar baja y sacra a ambos lados de la columna desde nervios torácicos T10 a nervios sacros S2, que son las vías nerviosas involucradas. Estos electrodos

estimulan a los nervios aferentes consiguiendo la secreción de endorfinas e impidiendo la transmisión del dolor al cerebro. Hay estudios que confirman que el uso del TENS durante el trabajo de parto aumenta la satisfacción de la embarazada, y se relaciona sobre todo a que esta mantiene su movilidad y fuerza para participar en el parto (99)(100).

h. Musicoterapia y aromaterapia

Estas terapias alternativas influyen de manera positiva sobre los niveles de ansiedad y dolor de la embarazada, propiciando un ambiente tranquilo, que permite la relajación y el bienestar de ésta durante todo proceso de parto.

La música ayuda a la mujer a centrar su atención en otro estímulo diferente al dolor, transmitiéndole calma mediante la liberación de endorfinas. Esto mejora la actitud de la embarazada ante el trabajo de parto y facilita un mejor afrontamiento del dolor. De manera fisiológica actúa disminuyendo la presión arterial, pulso y las tensiones musculares, y controlando el ritmo de las respiraciones cuando se encuentran alteradas.

La aromaterapia emplea aceites esenciales o perfumes para combatir el estrés al que se tiene que enfrentar la embarazada a lo largo de todo el trabajo de parto y parto. La lavanda es una sustancia que presenta propiedades analgésicas y tranquilizantes, debido a que promueve la producción de endorfinas, sustancia involucrada en la regulación del dolor.

La evidencia científica en relación a estos métodos para combatir el dolor es muy deficiente, por lo que se requiere de más investigaciones sobre el tema para determinar su eficacia (94)(101).

i. Inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis

Es un método que se basa en inyectar de forma intra/subdérmica agua estéril en una cantidad de 0,05 a 0,1 ml, en cuatro puntos localizados en la zona sacra de la embarazada. La administración de agua justamente bajo la piel forma pápulas que permiten alterar la percepción del dolor, al poner en activo a los receptores de presión. El agua estéril ayuda a manejar el dolor lumbar durante la primera etapa de dilatación durante aproximadamente 60-90 minutos. Es un método económico, fácil de llevar a cabo y de gran utilidad.

La aplicación provoca escozor y/o dolor, pero no presenta complicaciones ni efectos negativos importantes en la madre o el recién nacido (93)(94)(101).

4.2.2. Métodos farmacológicos para abordar el dolor en el parto

A lo largo del embarazo la mujer presenta cambios fisiológicos que van a determinar la elección de un fármaco en el momento de abordar el dolor. Además, a la hora de administrar técnicas farmacológicas se debe tener en cuenta otras estructuras como son la placenta, las membranas y líquido amniótico, y el bebé, puesto que se va a influir sobre éstas, y van a producir efectos en el feto y la madre. El manejo del dolor durante el trabajo de parto se centrará en los momentos de contracción y dilatación uterina, facilitando la tolerancia al dolor y recuperación de la gestante entre periodos (56).

a. Óxido nitroso

El óxido nitroso se administra de forma inhalatoria durante un corto periodo de tiempo centrado en cada contracción uterina percibida. Es una mezcla de gases que presenta una contracción de 50% de oxígeno y 50% de óxido nitroso, los cuales están acoplados a un sistema de ventilación en el que una válvula permite su salida durante la inspiración. Esta composición de gases se elimina fácilmente y es seguro para la madre y el feto (79). La embarazada puede presentar efectos secundarios como náuseas o vómitos durante su administración y es importante que esta técnica la dirija el personal cualificado en ello. Es importante saber que la utilización de este método durante el proceso de parto no está indicada en todas las gestantes, excluyendo a todas las pacientes con problemas pulmonares (EPOC, neumotórax, asma, embolias gaseosas etc.) o cualquier otra enfermedad que interfiera en la mecánica respiratoria (distensión u obstrucción intestinal) (56).

El uso de esta técnica es muy conocido en Estados Unidos, aunque actualmente no se tienen conocimientos de que este método tenga resultados analgésicos durante el trabajo de parto, eso sí, es cierto que proporciona

satisfacción sobre la embarazada y retrasa la colocación de la analgesia epidural (102).

b. Analgesia regional

La analgesia regional se realiza mediante el bloqueo de fibras o redes nerviosas que interrumpen los estímulos de dolor hacia el sistema nervioso central. Esta acción consiste en suministrar un anestésico local, introduciéndolo en un espacio o paralizando un tronco nervioso. Los anestésicos más utilizados actualmente en la obstetricia para dicha técnica son la Cloroprocaína (aminoéster) y la bupivacaina, lidocaína y ropivacaína (aminoamidas).

– Bloqueo neuroaxial. Epidural o combinados epidural-espinal.

Esta técnica consiste en introducir un analgésico local en el espacio subdural o subaracnoideo con la finalidad de bloquear una red nerviosa y conseguir una analgesia de la zona en cuestión. Es decir, es una técnica epidural, espinal o combinada espinal-epidural en función de la zona inyectada y la finalidad que se quiera conseguir (79). El bloqueo neuroaxial lumbar es el método más efectivo para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto. A pesar de ello, es una técnica que ha creado cierta polémica debido a que se le ha señalado como la causante del aumento del tiempo de trabajo de parto, de las intervenciones quirúrgicas, partos instrumentados y efectos adversos en recién nacido (103).

Para su administración se debe colocar a la mujer en posición de sedestación o decúbito lateral. Este método permite mantener la analgesia de la región durante todo el trabajo de parto. La administración de estos anestésicos puede llevarse a cabo a través de bombas de infusión con catéteres implantados en la zona epidural (bloqueo subdural) o como dosis única (bloqueo subaracnoideo). Esto permite controlar la medicación por bolos y mantener la movilidad de la extremidad inferior. Las técnicas de bloqueo se pueden combinar durante todo el proceso de parto dependiendo de cada embarazada y del momento de administración. Es decir, que se puede colocar un catéter epidural que logra una analgesia continua, realizar una analgesia epidural junto con punción intratecal

obteniendo una doble acción, intradural continua o realizar bloqueos locales como pueden ser los bloqueo de pudendos y paracervical.

La analgesia espinal o raquídea también puede lograr el bloqueo concreto sensitivo de una zona. Es la analgesia conocida como “*bloqueo en silla de montar*”, con ella se consigue impedir la transmisión del dolor por las ramas nerviosas sensitivas de los nervios sacros, anulando la sensibilidad concretamente de todo el periné, mediante la administración de un anestésico hiperbárico. La paciente requiere de una posición sentada de aproximadamente cinco minutos. Es una técnica con beneficios para la embarazada puesto que su recuperación es más rápida, debido a que el bloqueo a nivel del sistema simpático es menor y centrado en una zona precisa(104).

Según los estudios referentes (86), la embarazada prioriza el poder manejar el dolor durante el trabajo de parto ante los posibles efectos secundarios que le pueda causar el bloqueo neuroaxial. La prolongación de la segunda fase del parto, el dolor de espalda ante una lesión nerviosa ocasionada por la técnica o la posibilidad de un parto instrumental, pasan a un segundo plano para la embarazada. No obstante, es importante conocer que el bloqueo neuroaxial se relaciona con efectos adversos en un 14,2% en partos asistidos, 12,2% para cesáreas, 1% para punción intradural accidental, 0,1% para reacciones alérgicas graves, un 21% retraso en desarrollo del parto, y un 2% por ingreso en cuidados intensivos neonatal (105).

La analgesia epidural es muy conocida por la mayoría de las gestantes ya que tiene una gran eficacia en el control del dolor y presenta una línea de seguridad para la madre y el feto (106).

La elección de dicha técnica en la embarazada va a estar marcada según la OMS, por su entorno, o lo que lo mismo, la atención prenatal y cuidados que reciba la mujer durante todo el proceso de parto; es por ello que se deben mostrar todos los beneficios y riesgos que supone la administración de dicha analgesia (107).

La técnica epidural como analgesia en el parto, es considerada como primera opción farmacológica por la mayoría de las mujeres. Además, tras el bloqueo

epidural la mujer puede recuperarse al disminuir el dolor, favoreciendo la relajación, descanso y aumento de fuerzas para soportar parto (95).

– *Bloqueo del pudendo.*

Es una técnica enfocada a partos vaginales y espontáneos, con la finalidad de mejorar el dolor en el expulsivo, suturar episiotomías o desgarros, así como complemento de los bloqueos epidurales o como alternativa en caso de contraindicación epidural. Las zonas del periné, vagina y vulva están inervadas por las ramas nerviosas sacras 2, 3, y 4 (S2 a S4) mediante el nervio pudendo. Al realizar la infiltración de un anestésico local (lidocaína al 1%) sobre los nervios pudendos junto sus fibras nerviosas sensitivas, se consigue la insensibilidad de toda la zona. Es una técnica segura, no muy compleja y sin grandes complicaciones (79)(94).

– *Bloqueo paracervical.*

Esta técnica de alivio del dolor consiste infiltrar entre 5 a 10ml de lidocaína o Cloroprocaína en ambos lados del cuello uterino. Tiene una acción corta que requiere de administración de repetición, y se aconseja su utilización durante la etapa de dilatación o primera fase del trabajo de parto.

El bloqueo paracervical se relaciona con efectos secundarios en el recién nacido, sobre todo a nivel hemodinámico. Hay estudios que corroboran la presencia de bradicardias fetales, ante alteraciones del flujo arterial uterino provocado posteriormente al bloqueo paracervical. Por tanto, es una analgesia que se descarta ante cualquier riesgo fetal (78)(79).

c. Analgesia parenteral.

La administración de analgesia por vía sistémica en obstetricia queda ligada a la ineficacia de las técnicas anteriores descritas o que se encuentre comprometida la salud de la madre y el feto. La medicación por vía parenteral durante el trabajo de parto tendrá la finalidad de reducir el dolor, el estrés y ansiedad de la mujer, y con ello mejorar su comodidad y bienestar, obteniendo la mayor colaboración de ésta durante todo el periodo de parto (56).

Fisiológicamente la mujer tiene pérdida de consciencia transitoria, inducida por medicamentos bien a través de una vía parenteral o inhalatoria. Con esta analgesia se consigue analgesia, inhibición de los reflejos del sistema nervioso central, relajación muscular e hipnosis (56).

Esto va a marcar la utilización de ciertos medicamentos.

– *Benzodíacepinas*

Son fármacos utilizados en las primeras fases de dilatación, permite relajar a la mujer, actúa como ansiolítico, sedante, anticonvulsionante y provoca amnesia a dosis bajas. Los efectos a dosis altas son peligrosos, puesto que provocan una depresión del sistema nervioso central, afectando tanto al feto por su paso a la placenta como a la madre. Hoy en día el midazolam es una benzodíacepina de vida corta, segura de uso común. Se administra a dosis de 0,05-0,1mg/kg de forma intravenosa, y presenta un antagonista, el flumacemil, para revertir el efecto en caso necesario (84).

– *Opioides*

Son los analgésicos empleados en obstetricia, sobre todo en las primeras fases del trabajo de parto. También se suele indicar como analgésico posoperatorio, en cesáreas con anestesia general tras la salida del recién nacido. Como antagonista presenta la naloxona.

- La meperidina o petidina, comúnmente conocida como “Dolantina”, por su nombre comercial, se puede administrar por vía intramuscular o intravenosa. Es un opioide empleado sobre todo en fases de dilatación, permitiendo a la embarazada combatir el dolor. Tiene acción sedante y existe elevada probabilidad de que repercuta de forma negativa en el recién nacido.
- El Fentanilo (Fentanest®) es un opiáceo muy utilizado de acción rápida y se puede administrar por vía muscular, parenteral y espinal. El Sufentanilo es un derivado del fentanilo, mucho más eficaz, y empleado en los bloqueos de ramas nerviosas en analgesias espinal-epidural, aunque en España aún no se comercializa. Ambos son de igual acción y muy utilizados en el trabajo de parto (84)(108).

– *Propofol*

Es un anestésico de eficacia rápida tanto al principio de la inducción como al final para la recuperación. Está muy indicado en embarazadas que de forma rápida necesitan de una anestesia general, su administración junto con un relajante muscular permite la intubación endotraqueal de la embarazada. Los relajantes más utilizados en la actualidad son el rocuronio y la succinilcolina (Anectine®). No obstante, mujeres con problemas hemodinámicos se recomienda usar Etomidato o ketamina (excepto hipertensas) para la inducción. El remifentanilo se puede utilizar en cesáreas programadas o controladas, donde no existe riesgo alguno sobre la madre y el recién nacido, ya que es una sustancia que actúa como somnífero durante un corto periodo de tiempo (79).

El alivio del dolor y la evolución del parto está sujeto a multitud de factores y no solo a la administración de estos métodos farmacológicos (105): factores como la cultura que va a determinar la sensación y significado del dolor, factores psicosociales como aspectos relacionados con lo afectivo-emocional propios de la personalidad de la persona, las experiencias vividas, miedo y temores, ansiedad, expectativas, seguridad de la mujer en sus capacidades ante el parto y apoyo del emocional del entorno; y *otros* factores como la manera de inicio del trabajo de parto, si la mujer ha tenido partos anteriores, posiciones que se adquieren durante el parto, la tolerancia al dolor (mecanismos genéticos), edad, etc. (109).

4.3 Miedo al parto

Durante todo el proceso de embarazo y parto la mujer puede experimentar sentimientos desde bienestar y plenitud, hasta contradictorios de ansiedad, miedo y temor. La mujer se enfrenta a un acontecimiento en el tiempo en el cual no puede interceder ni predecir los sucesos perjudiciales que puedan aparecer durante el proceso de parto. El miedo no es más que una reacción de anticipación natural del organismo para protegernos ante una situación

estresante, que pone en peligro nuestra seguridad. Es de gran importancia detectar ese miedo al parto y si existe ansiedad durante el período perinatal, con la finalidad de abordarlos y reducir los efectos negativos que puedan ocasionar sobre la madre, parto y recién nacido (95)(110).

La embarazada presenta miedo a todo lo relacionado con el parto y desconfía de su capacidad para llevarlo a cabo. Los miedos están relacionados con el no poder gestionar el dolor ante su intensidad, no presentar una adecuada anatomía o fisiología (pelvis estrecha, contracciones no eficientes...), no tener habilidad para conseguir una respiración y pujos adecuados durante el parto (falta de control), a tener falta de fuerza o energía, a la falta de apoyo en su entorno, a no ser tratada de manera respetuosa por el personal sanitario, a las complicaciones (desgarros, salud del bebé y de ella...) y a las posibles intervenciones médicas obstétricas (partos instrumentados, cesáreas...) (111). Además el miedo al parto esta influenciado por las experiencias traumáticas anteriores que haya tenido la mujer, el miedo a todo lo desconocido que conlleva un embarazo y parto, a las vivencias negativas de otras personas de su entorno, e incluso por la falta de comprensión ante la presencia de este miedo por parte de los profesionales de la salud, ya que el parto se ha visto desde siempre como un proceso natural en el que la mujer ha estado preparada y con fuerza suficiente para afrontarlo, y por lo tanto el miedo puede verse agravado por la falta de importancia y entendimiento a nivel social (112). No obstante, no se pueden dejar a un lado los factores sociodemográficos que en cierta medida intervienen, como son la edad temprana para la maternidad, los ingresos bajos, nivel de educación bajo y el estado civil soltera; y factores psicológicos como la presencia de estados de ansiedad o depresión (113).

El 80% de las mujeres embarazadas tienen miedo al parto, y es considerado como un estado común de ansiedad entre todas las mujeres embarazadas(114). El miedo al parto puede pasar de una inquietud, nerviosismo o preocupación de menor relevancia, a la presencia de un miedo severo al parto con una gran repercusión en la embarazada, provocando efectos negativos sobre la salud mental y física de la mujer y del bebé. Este miedo extremo y patológico al parto se describe como tocofobia (110)(115). La incidencia de tocofobia a nivel mundial se calcula sobre un 14% aunque presenta pequeñas

variaciones dependiendo de la zona o región, que puede ser por la falta de nociones vinculada a la terminología de miedo al parto (114). La tocofobia se considera un problema de gran importancia, que imposibilita a la persona que lo posee, ya que los niveles altos de ansiedad le impiden la realización de sus actividades diarias y tener un buen estado de salud. Se vincula esta fobia a personas con naturaleza ansiosa, que han sufrido abusos sexuales, abortos reiterados, periodo infértil de larga duración, adicción al consumo de tabaco y escasas relaciones sociales (116).

En embarazadas con esta fobia se ha constatado que padecen dolores de cabeza y estómago, molestias físicas constantes, y dificultades para dormir que le ocasionan insomnio y pesadillas; además, las lleva a una demanda constante del sistema sanitario. Estas mujeres pueden llegar a impedir el embarazo, encubrir o incluso negar su estado, motivado por sentimientos de culpa, humillación y desamparo. Es tal el miedo que presentan que les imposibilita obtener información con relación al parto, que le permita conseguir una mayor seguridad y conocimientos para formarse (110).

El miedo al parto presente en la embarazada está muy relacionado a trastornos psicológicos que van a anunciar una predisposición de la mujer a padecer una depresión prenatal y problemas relacionados en el postparto (110). Este miedo al parto y todo lo que le rodea, se acompaña de ansiedad que, aunque no es lo mismo, comparten síntomas como la dificultad para conciliar el sueño, preocupaciones constantes, cansancio y una acentuada sensibilidad. Este estado de miedo ante esta circunstancia maternal, repercute sobre la experiencia de parto, el afrontamiento a la transición maternidad/paternidad y sobre la preparación psíquica para el momento del parto. Hay estudios que corroboran que existe una mayor probabilidad de que mujeres con alto nivel de miedo al parto presenten trastornos de ansiedad y depresión, así como dificultad para dar cuidados al recién nacido, ingresos hospitalarios más frecuentes y problemas en la realización de sus actividades diarias (109)(117).

Existe evidencia que el miedo al parto favorece una mayor apreciación del dolor, con una mínima tolerancia, aumentando la utilización de bloqueos epidurales como método farmacológico para controlar el dolor, alargando los tiempos del trabajo de parto y el parto, y la existencia de una mayor probabilidad

para realizar una cesárea (113)(118). En la actualidad, el crecimiento mundial en la elección de una cesárea como modo de parto, ha promovido la necesidad de insistir en la educación maternal y concienciar a la población de las ventajas de un parto vaginal. La educación de la embarazada en el periodo perinatal reduce el miedo y la ansiedad, permitiendo a las mujeres un autocontrol de todo lo que con lleva el embarazo, parto y postparto (119). Los miedos, los estados de ansiedad y depresión no ayudan a una buena gestión del dolor y lleva en muchos casos a tomar decisiones no acertadas y precipitadas que alimentan estas emociones negativas en la mujer. A lo largo de todo el trabajo de parto la mujer experimenta dolores intensos que ocasionan un padecimiento emocional, así como cambios fisiológicos que interfieren en la mujer y el feto (94).

La presencia de estados de miedo y ansiedad propicia cambios químicos y hormonales, como el aumento de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que interfieren sobre la contracción uterina, actuando como tocolítico, reduciendo las contracciones y el tono muscular del miometrio; justificándose de esta manera la prolongación y complicaciones del proceso de parto (120)(94). En investigaciones se ha observado que individuos con miedos o fobias presentan una mayor activación de la amígdala en respuesta al estímulo o situación que causa la fobia (121).

Todo el período de embarazo, parto y postparto está regido por procesos neuroendocrinos y neuroquímicos que actúan de manera fisiológica y que permiten el nacimiento del niño y el vínculo madre-hijo. Estas sustancias neuroquímicas secretadas por el organismo van a interceder permitiendo que se desarrolle todo el proceso de parto y posparto de forma adecuada. La secreción de hormonas como estrógenos, progesterona, prostaglandinas, hormonas liberadoras de corticotropina (CRH), relaxina y oxitocina, son las involucradas en todas las etapas del embarazo.

Sin embargo, la presencia de ansiedad y estrés en la embarazada va a interferir de forma negativa sobre el parto y posparto, por la modificación que se ocasiona en la secreción de las hormonas involucradas. Se ha confirmado que la oxitocina durante periodos de ansiedad disminuye sus niveles y por lo tanto provoca que los tiempos de trabajo de parto se alarguen, ante la reducción de las contracciones uterinas. El estrés segrega b-endorfinas, un opioide endógeno,

que se relaciona con los receptores de la oxitocina, y que en momentos de estrés limita la secreción de oxitocina.

El estrés y la ansiedad, el miedo y el dolor, interfieren en el desarrollo del trabajo de parto, puesto que favorecen la activación del sistema nervioso simpático frente al parasimpático, mediante la secreción de adrenalina y noradrenalina (catecolaminas). Estas hormonas provocan un aumento de la resistencia vascular sistémica, reduciendo la perfusión uterina y ocasionando cambios en el feto y la placenta. El sistema nervioso simpático también produce una activación a nivel hipotalámico y de la hipófisis, que causa una disminución en la liberación de oxitocina y prolactina, ocasionando problemas con la lactancia en el posparto (122).

En el periodo de embarazo la mujer muestra una alteración de la frecuencia respiratoria inducida por los niveles altos de progesterona, pero ante estados de estrés esta hiperventilación fisiológica se acentúa y puede llevara una disminución de oxígeno en sangre y con ello a una alcalosis respiratoria que repercute en la oxigenación del feto. No obstante, el miedo al dolor junto con la ansiedad y el estrés que supone todo el proceso de parto, promueve cambios fisiológicos como es el aumento de la producción gástrica, que reduce la movilidad intestinal, así como el aumento de progesterona y relaxina que actúan sobre el músculo liso, favoreciendo el riesgo de aspiración pulmonar (94)(109)(123).

Durante la gestación la mujer presenta cambios y reajustes emocionales, que propician a presentar trastornos psicológicos como ansiedad y depresión. La corteza prefrontal tiene la función de regular las emociones, a través de la amígdala, hipocampo y sistemas límbicos y subcorticales. Las hormonas secretadas por los órganos sexuales (testosterona, estrógenos y progesterona) y la segregación de glucocorticoides como el cortisol, intervienen en las emociones generando cambios sobre la corteza prefrontal. El miedo y la ansiedad presentes en el embarazo provoca modificaciones en la corteza prefrontal, ante los síntomas que estos estados ocasionan en la mujer. También se ha comprobado que esta situación de estrés o amenaza a la que se tiene que enfrentar la embarazada, incita a modificaciones neuroendocrinas como son el aumento de cortisol y testosterona, mediante la activación de la corteza

prefrontal. Esto justifica que la embarazada sea más susceptible a presentar alteraciones en su estado de ánimo (124).

4.4 Papel de la matrona en el manejo del dolor en el parto

La matrona es considerada por la Confederación Internacional de Matronas (ICM) como una persona cualificada y con la capacidad de dar apoyo, cuidado y consejo durante todo el embarazo, parto y posparto, intentando ofrecer todos los medios disponibles, consejos y educación tanto a la mujer como a su núcleo familiar, para así favorecer el parto natural. Sin embargo, también dan a conocer los factores que influyen de manera negativa sobre la gestante, así como complicaciones que puedan aparecer a lo largo de todo el proceso de embarazo, con la finalidad de poder abordarlos y ofrecer asistencia de otros profesionales de salud si fuera necesario (125).

El dolor influye en la mujer embarazada durante todo el trabajo de parto, presentando cierta complejidad para manejarlo, debido a que está sujeto a multitud de factores. Los factores socioculturales que están relacionado con las costumbres propias de la mujer y de su entorno familiar, determinan la percepción del dolor, su forma de abordarlo y su actitud ante el parto. Los factores psicoafectivos como son la personalidad de la mujer, la presencia de ansiedad y estrés, sus propias expectativas, el miedo al parto y a los acontecimientos, el nivel de implicación de la mujer en todo el proceso, la presencia de apoyo familiar y/o de su pareja y los conocimientos sobre métodos para aliviar el dolor, establecen los umbrales de tolerancia al dolor (94).

La matrona es una pieza fundamental para la embarazada, ya que el apoyo continuo y atención que le ofrece a la mujer va a establecer la aceptación y afrontamiento del dolor de manera más positiva (88)(126).

El seguimiento continuo que realiza la matrona desde el comienzo del embarazo facilita información acerca de las preocupaciones y expectativas que tiene la mujer sobre el proceso de parto. Esto ayuda a enfocar cuales son las necesidades presentes en la embarazada durante todo el trabajo de parto y parto, promoviendo una experiencia humanizada. Es decir, una atención

respetuosa, empática y basada en el diálogo que va a propiciar un afrontamiento adecuado del dolor (127).

Unos cuidados de forma constante durante todo el periodo prenatal por una misma matrona van a favorecer una experiencia positiva respecto al dolor percibido. El hecho de tener contacto con una matrona conocida permite disminuir la necesidad de utilizar métodos para aliviar el dolor, aumenta la tolerancia a éste, y por lo tanto ayuda a controlar el miedo que supone el dolor en el trabajo de parto. Esto favorece que la mujer tenga un mayor control de la situación, se sienta segura y participe en la toma de decisiones durante todo el trabajo de parto, ya que la matrona le va a facilitar toda la información necesaria de todo lo que va sucediendo. El tener asignada una matrona durante todas las etapas del embarazo, parto y postparto va a aumentar la satisfacción de la atención en la mujer gestante, logrando una atención más individualizada (128).

La atención prenatal que realizan las matronas se centra en aportar conocimientos, educar y preparar a la mujer para todo el proceso de embarazo, parto y posparto. El objetivo será transmitir aptitud y optimismo a las embarazadas, para poder disminuir el miedo y todo lo que conlleva éste. Además de conseguir un nivel mayor de satisfacción en relación con la atención, a la información aportada y al apoyo emocional recibido en todo momento por las matronas.

Las matronas tienen la capacidad de comprender y escuchar a las mujeres, facilitando conversaciones productivas y beneficiosas en relación con el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto. La confianza que adquiere la embarazada tras la intervención de la matrona ayuda a aumentar su efectividad y habilidad hacia el parto vaginal. La mujer consigue un mayor manejo del estrés y de su ansiedad, y con ello de sus miedos, aportándole tranquilidad y calma (129)(130).

Durante el embarazo y parto la mujer tiene que conocer y manejar tanto los cambios físicos que conlleva todo el proceso, como los cambios psicológicos a los que se tiene que enfrentar como son las emociones que se encuentran avivadas tales como la ansiedad, el estrés o el miedo ante la incertidumbre y la presencia de una situación nueva. La matrona prepara a la embarazada para el

parto emocionalmente, mediante una comunicación activa permitiendo que la mujer pueda hacer las preguntas necesarias, así como comprender las respuestas, consiguiendo que se sienta reconocida y apreciada en todo momento (131)(56).

El abordaje del dolor en la sala de partos por la matrona juega un papel importante en la evolución del parto y en los resultados del recién nacido. La utilización de métodos no farmacológicos proporcionados por la matrona con un seguimiento continuo en el trabajo de parto ayuda a la embarazada a controlar la ansiedad y mejorar la tolerancia al dolor, retardando el uso de métodos farmacológicos y logrando una primera etapa de parto mucho más corta. Por tanto, los cuidados de la matrona en el trabajo de parto facilitan el desarrollo de un parto vaginal natural, disminuye el riesgo de cesárea, de hemorragia posparto y una puntuación alta en el test de Apgar en el recién nacido (132).

Se corrobora que los cuidados que aporta la matrona a la mujer, de forma ininterrumpida en todo el proceso de embarazo, favorecen un mayor uso de técnicas no farmacológicas para controlar el dolor como son la libertad de movimiento, promoviendo la posición vertical en la primera fase para lidiar el dolor, las técnicas de respiración, la utilización de pelotas o las duchas de agua caliente que dan sensación de relajación, y con ello el manejo de los sentimientos negativos, como son el estrés, ansiedad y miedos, que supone este acontecimiento vital en la mujer (132). El dolor y el control de este, es la prioridad de los cuidados a lo largo de todo el trabajo de parto y parto, no obstante, actualmente la atención que se le da a la mujer se basa en conseguir su satisfacción y no solo en aliviar el dolor presente, sino en otros aspectos como son el apoyo y acompañamiento de un familiar/pareja o matrona que le de seguridad y confianza, las expectativas que posea sobre el parto, cualidad de los profesionales sanitarios en su atención, los conocimientos e información recibida, los recursos disponibles, y la participación en la toma de decisiones importantes a lo largo de todo el proceso de parto (94).

A pesar de lo expuesto, la dedicación y cuidados que recibe la embarazada hoy en día pueden mejorarse en el ámbito sanitario, optimizando la calidad de la interrelación con el profesional y reconduciendo los riesgos psicosociales que puedan darse en el proceso de parto. La dificultad está en conseguir una relación

empática y de familiaridad con la mujer a lo largo de todo el proceso, para evitar situaciones de estrés o de sufrimiento. Además, realizar un plan de parto y aportarlo a la matrona, en el que consten las preocupaciones y expectativas, y hablar sobre ellas mejora los sentimientos y con ello el lidiar con el dolor en el momento del parto (127).

5. PUERPERIO

5.1 Cambios emocionales de la puérpera en las primeras horas

Los cambios emocionales y psíquicos que presenta la mujer tras el nacimiento del recién nacido pasan desde un estado de satisfacción, bienestar y alegría en las primeras horas a sentimientos contradictorios como irritabilidad, melancolía, lamentos, ansiedad etc., también conocida como “tristeza puerperal”, “melancolía puerperal” o “maternity blues”. La tristeza puerperal ocurre entre los tres y cinco días después del nacimiento del recién nacido y suele terminar en la primera quincena. En este estado emocional transitorio, el valor recae en el apoyo social (familiar, pareja o conocidos) que la mujer posea para lidiar con ello, normalizar la situación, y así poder evitar que estos sentimientos negativos se prolonguen en el tiempo y desemboquen en una “depresión postparto” que requiera de ayuda cualificada. Estas emociones que tiene que gestionar la mujer, están vinculadas a todas las modificaciones que va a presentar en su estilo de vida, en el cambio de rol social, a nuevas obligaciones y responsabilidades, y a las alteraciones fisiológicas (hormonales) que sufre en un corto periodo de tiempo (133)(134).

La mujer durante el periodo posparto va a estar influenciada por factores estresantes como son: los cambios en el patrón del sueño ante los cuidados que requiere el recién nacido durante la noche; las necesidades emocionales y cognitivas, en el cual la madre tiene que proporcionar afecto y atender las demandas de cuidado del bebé; y la situación económica, todos los gastos en relación a la maternidad y a los cuidados que supone un nuevo miembro en el núcleo familiar (135).

Todas las transformaciones que sufre la mujer en el postparto inmediato están fuertemente relacionadas con las hormonas involucradas durante todo el proceso de embarazo. Existen una disminución en la secreción de hormonas esteroides y un incremento en la producción de prolactina y oxitocina. La oxitocina presente en la puérpera permite y ayuda a que el útero vuelva a su tamaño habitual después del parto, estimula la producción de prolactina que favorece la obtención de leche, e incluso evita las posibles hemorragias tras el parto. Al mismo tiempo la oxitocina tiene la capacidad de regular la reactividad al estrés, frenando las respuestas impulsivas y sin racionalizar, mejorando la capacidad y susceptibilidad de la mujer ante las nuevas situaciones postparto que puedan presentar; ajustando su estado de ánimo y permitiéndole una estabilidad emocional ante los cambios hormonales y la probabilidad de padecer síntomas de ansiedad o depresión (136)(137).

Estos desajustes hormonales y la vulnerabilidad de presentar algún trastorno emocional, junto con un problema o patología mental no detectada en la mujer embarazada puede causar un gran impacto en el periodo puerperal. Según indican estudios actuales, el suicidio es la tercera causa de mortalidad materna más significativa durante el periodo puerperal (trascuro de 40 días tras el parto) y el principal motivo en el primer año después del parto. El periodo puerperal requiere de un seguimiento con la finalidad de captar a tiempo y notificar, si existe de base, algún problema de salud mental que junto con las alteraciones fisiológicas que experimenta la mujer puedan agravar su salud (130)(138). Por lo tanto, el primer contacto con el sistema sanitario determina las complicaciones del embarazo y médicas tras el parto, así como las preocupaciones y situación que pueden ocasionar riesgos de salud para la mujer. Hay estudios que muestran que el 10% de las mujeres pueden presentar depresión posparto durante el primer año. Los cuidados pospartos deben incluir una valoración biopsicosocial amplia que se ajuste a las circunstancias personales de cada mujer, incluyendo según la OMS, visitas al tercer día, otra entre el séptimo y décimo cuarto día, y a la sexta semana tras el parto (139).

Se ha visto que en el postparto la sensación de agotamiento, melancolía, ansiedad y depresión, al igual que los problemas que poseen un elemento psicológico como es el funcionamiento de la relación de pareja y la lactancia

materna, así como los cambios físicos (hemorroides, estreñimiento, dolor, incontinencia urinaria/fecal) provocan molestias y malestar en las puérperas que afectan en su calidad de vida (140).

La mujer durante el periodo postparto va a presentar cambios a nivel cerebral (plasticidad cerebral) y neuronal que van a interferir en su capacidad de percibir los sentimientos y emociones del recién nacido, ya tener una mejor comprensión de los estados emocionales de su hijo para aportarle los cuidados necesarios; por tanto, todo ello va a ayudar a preparar a la mujer para la transición a la maternidad. La actividad cerebral concretamente de la amígdala y la corteza orbitofrontal va a aumentar conforme avanzan la experiencia maternal y las habilidades de la madre para llevar a cabo los cuidados del recién nacido (141).

Todos estos cambios que ocurren en la puérpera tanto a nivel neuroendocrino como social y emocional requieren de una adaptación psicosocial ante el nuevo rol que implica tener un hijo. La enfermera Reva Rubin en 2010, determinó que durante las primeras horas del posparto todas las puérperas realizaban ciertos comportamientos en relación a cómo se adaptaban a sus nuevas funciones como madre, llegando a clasificar este periodo en tres fases: la aceptación, el apoyo y adopción de nuevas responsabilidades (134).

A) La aceptación

Es el primer ciclo materno, que transcurre durante los dos primeros días tras el parto. La puérpera se encuentra inactiva, pasiva y con necesidad de ser cuidada y protegida, en el que admite sugerencias, recomendaciones y opiniones de los demás. Busca en todo momento ser comprendida y expresar su experiencia para poder entender todo lo relacionado con su proceso de parto, así como demostrar y verificar por los demás que está haciendo correctamente su labor como madre.

B) El apoyo o fase de transición

En esta fase, la puérpera se siente con más fuerza y se encuentra con más vitalidad y mejor estado de ánimo. No obstante, entre el segundo y tercer día aún la mujer puede presentar ciertas dudas ante su nuevo papel, pero su

actitud ya ha cambiado, es más dinámica y adopta decisiones de forma autónoma.

C) La adopción de nuevas responsabilidades.

Surge cuando la mujer admite sus nuevas funciones maternas. Es un período que se da a partir del tercer y cuarto día en el que la puérpera ya se encuentra en su domicilio y empieza a ver al bebé como un ser independiente. Las nuevas obligaciones y la imposición del nuevo rol pueden ocasionar sentimientos negativos insignificantes de depresión o de carencia o sentimientos de alegría y emoción del recién nacido. Los cambios emocionales van a estar influenciados tanto por los aspectos biológicos en relación con las modificaciones hormonales repentinas en la mujer, a los aspectos sociales vinculados al miedo o ansiedad que le supone a la mujer el nuevo cometido o compromiso y junto con conciliación con la relación de pareja, y los aspectos sentimentales que van unidos al cansancio y molestias de la madre después del parto y a sus cambios físicos que modifican su esquema corporal (134).

Por todo ello, el puerperio es una etapa de cambios tanto físicos como psíquicos y sujeta a riesgos y dificultades frecuentes. La puérpera debe afrontar todas estas transformaciones las cuales pueden ocasionar cierta fragilidad tanto en su vida familiar como en la de pareja(142).

5.2 Establecimiento del vínculo entre madre e hijo

El nexos que acontece entre la madre e hijo tras el parto está sujeto a un apego emocional y afectivo, que va en aumento con el paso de los días mediante el inicio de comportamientos positivos que favorecen un vínculo materno-infantil saludable. Comportamientos o signos positivos tales como abrazar, acariciar, masajear al recién nacido, observar, hablar y cantar al bebé, apreciar los rasgos físicos admirables que realice el recién nacido, buscar un sentido a todo los movimientos o acciones que haga el bebé, dirigirse a él por su nombre y no prestar incomodidades o malestar al realizar su higiene (134).

El parto es un proceso fisiológico y natural, aunque actualmente suelen realizarse técnicas e intervenciones médicas en el medio hospitalario, lo que a veces lleva a la deshumanización y despersonalización de todo lo que supone el trabajo de parto y parto en sí mismo. Esto favorece que la mujer presente dificultades para establecer un vínculo temprano con el recién nacido, debido a diferentes acciones que se realizan de manera automática y por costumbres en el ámbito sanitario, como son: la separación temprana de madre-hijo, emplear luces intensas, ruidos y voces, la necesidad de hacer las cosas rápidas, etc. Sin embargo, hay que entender que las dos primeras horas de vida en un recién nacido son cruciales, y que el papel de la madre es fundamental para una adaptación menos traumática del recién nacido al nuevo medio extrauterino. Un contacto piel con piel precoz, constante y persistente después del parto va a permitir el desarrollo de apego y vínculo satisfactorio entre la madre y el bebé (143).

El apego o vínculo se considera un nexo afectivo primitivo, simultáneo y excepcional entre la madre y el hijo con la finalidad de asegurar la supervivencia y desarrollo de la especie. La díada que se crea entre madre e hijo está influenciada por variables psicológicas y medioambientales, y aparece antes del nacimiento alcanzando su afianzamiento pasado el primer año (144).

Es complicado entender quedos seres, madre e hijo, estén en diferentes espacios físicos durante el embarazo y se encuentren tan conectados antes y después del nacimiento. Con el nacimiento del bebé desaparece el enlace neuroendocrino que existía través de la placenta-madre-hijo y comienza una nueva forma de unión mediante indicios endocrinos y emocionales ante la lactación, el tacto o cualquier otro estímulo sensitivo (136)(145).

En el puerperio la importancia recae sobre todo en la creación de un vínculo cercano y afectuoso entre la madre y el recién nacido, que aporte bienestar y una buena salud para ambos. Sin embargo, este apego va a estar influenciado por factores como la experiencia de parto, el apego prenatal hacia el hijo, el contacto físico y visual, el estrés o ansiedad que presente la madre, las intervenciones médicas, la exposición a la luz y las formas de alimentación. Todos estos factores van a contribuir en cierta medida a la calidad del vínculo posnatal. Según se ha visto en estudios recientes, el vínculo que se crea en el

periodo prenatal repercute tanto en el vínculo posparto como en la experiencia de parto, por lo tanto, se relacionan directa e indirectamente (134)(136)(146).

Hay estudios que relacionan la experiencia de parto positiva con la satisfacción en la atención que recibe la madre por los profesionales de la salud durante el parto y postparto y el inicio de la lactancia materna. Estos factores, lactancia, experiencias y calidad de la atención recibida interfieren como se ha referido anteriormente en el vínculo madre-hijo. Además, una experiencia de parto negativa va a influir directamente sobre la madre, favoreciendo el riesgo de padecer trastornos de estrés postraumáticos, cambios de humor e irritabilidad, intervenciones médicas, dolores físicos, introducción de la lactancia artificial y un desapego hacia el hijo (147).

Esa conexión que se crea entre la madre y el bebé en el periodo prenatal permite a la madre optimizar las respuestas emocionales hacia el recién nacido tras el parto y mejorar las competencias que requieren su labor como madre. Un buen vínculo entre la madre y el hijo desde el principio del embarazo hasta el final ayuda a establecer la confianza y sus capacidades como madre, a aportar sentimientos de bienestar al interactuar con el recién nacido, propiciando una relación de proximidad y amor, incluso gestionando la ambivalencia emocional que presenta la madre después del parto. Es por ello que el vínculo prenatal tiene la habilidad de poder controlar los síntomas de ansiedad, estrés o miedos que se deban a una mala experiencia de parto o incluso situaciones mayores de trastornos de estrés postraumático u otros problemas mentales. Por todo ello, una experiencia de parto como algo traumático y angustioso para la madre va a interactuar de manera negativa sobre el vínculo perinatal madre e hijo, y sobre la calidad de los cuidados que la madre le va a proporcionar (148).

Cuando estos dos seres están estrechamente conectados entre sí de forma simultánea mediante una armonía entre los aspectos fisiológicos y el comportamiento en las interrelaciones madre e hijo, se habla de sincronía diádica. La evaluación de esta relación conductual de vínculo entre madre e hijo se lleva a cabo mediante la observación y el registro del tacto, la mirada y la atención, señales no verbales que se dan entre los dos(136)(146). Se ha comprobado que cuando existe esa sincronía, no solo hay beneficios en la madre, sino también va a regular las emociones en la niñez del infante, le ayuda

a mostrar una buena relación social de empatía hacia el otro y a aumentar la capacidad de mantener la atención en la niñez, controlar situaciones de estrés y llevar un control cognitivo, como es la inhibición de respuestas automáticas o impulsivas aportando flexibilidad para cambiar su conducta; por lo tanto, esta díada madre e hijo desde el principio del nacimiento, marcará el desarrollo socioemocional del niño y más tarde del adulto en el que se convertirá (149). Esta sincronía entre la madre e hijo se ha encontrado entre los dos y tres meses de vida en la que se entrelazan la sincronía conductual y la sincronía fisiológica neuroendocrina-hormonal-autonómica (melatonina, oxitocina, actividad neuronal, temperatura, ciclos de sueño) (136). El vínculo simultáneo que se crea entre los padres e hijos va creciendo y desarrollándose desde el nacimiento hasta la edad adulta (adolescencia) de forma mutua y adaptándose a signos no verbales, expresiones verbales, estados afectivos y regularidad en las conversaciones, que permite al niño mejor conexión con los demás y una preparación en sus habilidades sociales humanas (149).

La salud mental de la madre en el periodo postparto va a marcar y determinar la salud emocional del niño. La presencia de problemas mentales en la madre establece la calidad de las interacciones madre e hijo, que no son las adecuadas puesto que la madre no se encuentra centrada ni receptiva para prestar cuidados. El estrés y los síntomas depresivos le impiden crear de forma apropiada un vínculo con su hijo, y por lo tanto propiciar el desarrollo socioemocional y psicomotor del niño. Es primordial detectar en el periodo perinatal si la embarazada presenta depresión o ansiedad, o riesgo de padecer ante la presencia de factores que lo desencadenen. La incorporación en atención primaria de la salud mental en embarazadas, juega un papel fundamental para favorecer la captación e intervención en mujeres que padezcan alguna alteración mental, mediante psicoterapia o psicofármacos para aquellas que lo necesiten, con la idea de ayudar a promover la díada madre-hijo, un estilo de crianza saludable y un buen desarrollo infantil (150).

5.3 La experiencia de parto.

El parto se contempla como un suceso significativo y de gran importancia psicológica en la embarazada. Las mujeres pueden experimentar el nacimiento como una experiencia de parto positiva, en el que ésta tiene la capacidad de evolucionar y conseguir que todo ello forme parte de un hecho relevante e inigualable en su vida, o bien, convertirse en un recuerdo o una experiencia traumática y angustiada, que le lleve a desarrollar problemas psicológicos o incluso a la posibilidad de padecer un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (151). Es por ello, que las experiencias sobre el embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento que experimenta la mujer son consideradas multidimensionales (152) y pueden incluir todo tipo de sentimientos, desde la alegría y la satisfacción hasta la ansiedad y el horror. Para algunas mujeres embarazadas, los sentimientos negativos se apoderan de ellas y pueden desarrollar miedo al parto, lo que puede tener consecuencias para su bienestar y salud (153). El miedo al parto (FOC) va a recoger una amplia gama de emociones durante todo el embarazo, como la ansiedad y el estrés, que van a reflejar la angustia materna. Ambos estados psicológicos son considerados factores de riesgos maternos influyentes en los resultados adversos tanto en la madre como en el recién nacido. El estrés materno prenatal interviene en el desarrollo neuronal y fisiopatológico del cerebro del feto durante su estancia en el útero, ocasionando trastornos en el recién nacido, así como una mayor probabilidad parto prematuro y bajo peso al nacer (154).

Una mala experiencia previa de parto es un gran predictor de miedo al parto en la mujer y, además, se relaciona con su bienestar emocional, síntomas de estrés, impacto en la vida cotidiana y deseos de una cesárea en su próximo parto (155)(156)(157). Las cesáreas elegidas por la madre sin justificación médica, hace que esta tasa aumente y nos encontremos ante un problema en el que el 7%-22% optan por este procedimiento ante el miedo a sobre llevar el parto (158). El FOC se considera un factor de riesgo tanto para una cesárea electiva como para una cesárea emergente, siendo la actitud de la madre influyente en las decisiones que el/la matrn/a junto con el ginecólogo/a establezcan para determinar el modo de parto (159). Las mujeres a las que se les realiza una

cesárea tienden a presentar una mala percepción de sí misma, de su recién nacido y de la experiencia de parto, y por ello, están expuestas a un mayor riesgo de padecer algún trastorno emocional postnatal en comparación con las mujeres que tienen un parto vaginal sin complicaciones (160).

Las experiencias negativas de parto y la presencia de miedo se retroalimentan y se asocian a otros factores estableciendo los resultados finales de todo el periodo perinatal, intraparto y postnatal. No obstante, se pueden abordar con la finalidad mostrar a la mujer una gestión emocional de estas preocupaciones mediante la educación. Esto mejorará la autoeficacia de la embarazada en el parto, permitiendo un aumento de su capacidad para afrontar el dolor, así como la toma de decisiones apropiadas durante el parto (161).

Las mujeres sin experiencia de parto también presentan miedos y preocupaciones a lo desconocido, y ponen en duda sus propias capacidades para llevar a cabo este suceso tan importante para ella, como es el nacimiento de su nuevo hijo. Asimismo, sus malas experiencias relacionadas con el miedo al parto estarán muy influenciadas por las “historias negativas” de familiares, amigos o conocidos, es decir, estará asociada a los mensajes y creencias sociales de nuestro entorno (160)(162).

Las mujeres que temen al parto pueden sentir una falta de confianza para llevarlo a cabo, verse influenciadas por historias anteriores, y temen al dolor del parto o a perder el control, e incluso a sufrir lesiones físicas. Por lo tanto, las mujeres que vuelven a dar a luz después de una experiencia negativa de parto a menudo temen una mala experiencia de parto repetida (163).

Las experiencias de parto se pueden medir a través de una serie de variables. Estas están asociadas a la percepción de dolor y de control que la embarazada presenta durante el parto, las emociones que experimenta, la atención que recibe durante todo el proceso y la disociación durante el parto (percepción del tiempo, desrealización (“no ser consciente de la que está ocurriendo”), y amnesias) ante situaciones traumáticas o complicaciones (151).

El bienestar emocional y psicológico de una mujer contribuye significativamente a sus percepciones y experiencias del embarazo y el parto. La mala salud emocional se asocia con un aumento del miedo al parto y el riesgo

de depresión (164), trauma del nacimiento (165)(166)(167)(168), incapacidad para interactuar positivamente con el bebé y satisfacer las necesidades de desarrollo infantil (169)(170) y puede ser un factor estresante para la relación de pareja (170)(171).

ESTADO DE LA CUESTIÓN

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

La medida del miedo y de la experiencia de parto

El miedo al parto está muy presente en la mujer embarazada puesto que se tiene que enfrentar a un acontecimiento que no puede controlar, es un acto impredecible que no se sabe cómo va a evolucionar. Los miedos se acrecientan en el tercer trimestre, cuando se va acercando la fecha de parto e interfieren en el bienestar de la mujer, siendo motivo usual para solicitar una cesárea. El poder identificar este miedo presente en la embarazada permite al personal sanitario abordar el problema de forma temprana y efectiva, reduciendo la angustia y miedo antes del nacimiento. Por lo tanto, es necesario contar con medios e instrumentos apropiados, basados en la evidencia, para medir la presencia de este temor al parto en la mujer embarazada (172). La calidad de los cuestionarios es lo que va a determinar la validez de la información y del contenido, así como la utilidad del instrumento para medir algo en cuestión, de ahí la gran importancia de que el cuestionario presente unas propiedades psicométricas adecuadas (173).

Uno de los cuestionarios más utilizados para medir el miedo al trabajo de parto y parto es el Cuestionario de Expectativa/Experiencia de Parto de Wijma (W-DEQ). Existen 2 versiones de este cuestionario la A (WDEQ-A) que evalúa las expectativas de parto, y la versión B (WDEQ-B) que mide la experiencia de parto usándose después del nacimiento (174). El cuestionario W-DEQ es el instrumento más empleado para medir la tocofobia, y ambas versiones constan de 33 ítems que se registran en una escala de tipo Likert de 6 puntos, de 0 (extremadamente) a 5 (nada), y cuya puntuación oscila de 0 a 165, donde la puntuación más alta representa un mayor grado de tocofobia. La presencia de puntuaciones de 66 o más se considera que existe un miedo grave al parto y cuando obtienen 100 puntos o más el miedo pasa a ser patológico. No obstante, en estudios centrados en el miedo para llegar a conclusiones más exactas y obtener mejores resultados, se combinan con otras escalas para la medición. Un ejemplo de ello son las Escalas Visuales Analógicas (Visual Analogue Scale (VAS)) como es la FearofBirth Scale (FOBS), escala para medir el miedo al nacimiento evaluando el grado de miedo y preocupación que experimenta la

embarazada en relación a la proximidad al parto. La escala FOBS se compone de una pregunta: ¿Cómo se siente en este momento acerca del nacimiento que se aproxima?, que se evalúa marcando dos escalas analógicas visuales de 10cm, sujeta con las palabras “tranquila/preocupada” y “sin miedo/miedo fuerte en relación al parto” (175)(174). Otra herramienta muy útil es la Escala Analógica Visual del dolor EVA, para cuantificar el dolor que posee la mujer durante todo el proceso, y así conseguir también información relacionada con su estado de ánimo, personalidad y autoestima.

El miedo a lo desconocido, a no controlar el dolor insoportable, al dolor no tratado adecuadamente durante el parto, y a la pérdida de control, puede provocar en la mujer miedo a embarazos futuros e incluso ocasionar en la embarazada trastornos de estrés postraumáticos (TEPT) (176). El cuestionario W-DEQ se desarrolló hace más de 10 años y se considera con fiabilidad y validez para detectar el miedo al parto, puesto que recoge pensamientos, creencias y emociones de las embarazadas durante todo el proceso. No obstante, a pesar de ser un cuestionario psicométricamente fuerte que mide el miedo al parto en un dominio, no se centra en otros aspectos que interfieren sobre el miedo, es por ello que no presenta una estructura multidimensional. Ante la existencia de estos cuestionarios con un vacío de información sobre los miedos al parto, se desarrolla la escala Childbirth Fear Questionnaire (CFQ). El cuestionario de miedo al parto CFQ está compuesto por 40 ítems constituida por 9 subescalas de 3 a 7 ítems que desglosa los factores determinantes del miedo como son: dolor ante un parto vaginal, vergüenza, intervenciones médicas, insuficiente analgesia para aliviar el dolor, parto por cesárea, daño al recién nacido, muerte del bebé o la madre, daño corporal y cambios negativos en la apariencia, y pérdida de placer/ función sexual. Los ítems en el CFQ se evalúan sobre una escala Likert de 0 a 4, en el que 0 tiene valor de nada y 4 extremadamente; por lo que las puntuaciones oscilan de 0 a un máximo de 160. Se establece puntuaciones de corte de 105 para miedo extremo al parto y entre 83 y 104 para el miedo al parto moderado. El cuestionario de miedo al parto CFQ se considera un medio integral y multidimensional con la capacidad de evaluar numerosos sectores del miedo, desarrollando psicométricamente subescalas individuales y

aportando información sobre el miedo concreto que posee la mujer ante el parto (177)(178).

Otra de las escalas utilizadas para determinar el miedo al parto es la Escala de Anticipación del Nacimiento (Birth Anticipation Scale (BAS)). Este cuestionario está formado por 6 ítems, en el que las embarazadas encuestadas deben contestar cómo se sienten: *nerviosas, preocupadas, temerosas, relajadas, aterrorizadas y tranquilas*, para el futuro parto; y como respuesta: *mucho, bastante, moderadamente, poco y nada*. La puntuación total será la suma de las respuestas; cuanto mayor sea la puntuación, más temerosa estará la mujer al próximo nacimiento, un valor de 6 (sin miedo) hasta 30 (miedo extremo).

Para medir el miedo previo al embarazo y parto existe también la escala Childbirth Fear-Prior to Pregnancy (CFPP). Que, aunque se considere unidimensional, al medir todos los componentes bajo un único aspecto y de forma homogénea, presenta características psicométricas que le confieren una consistencia apropiada a dicho cuestionario. Está estructurado en 10 ítems en una escala de tipo Likert de 5 puntos que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, y estableciendo la base más alta para la presencia de un mayor miedo al parto (178).

Las expectativas que presenten las mujeres durante su embarazo marcarán su futura experiencia de parto. Las malas expectativas en relación al parto van a interferir de forma negativa sobre las experiencias vividas al dar a luz al recién nacido. Para ello está el cuestionario Slade-Pais Expectations of Childbirth Scale (SPECS), que consigue evaluar las expectativas del parto en gestantes

. El SPECS es una escala de 50 ítems dividida en 6 dimensiones, que ponen de manifiesto puntos fundamentales para expresar las expectativas de parto como son: el afrontamiento y solidez al dolor (8 ítems), el control y la vergüenza (10 ítems), el apoyo de la pareja y del personal sanitario que atiende sus necesidades (11 ítems) el miedo (10 ítems) y las anticipaciones positivas al parto (5 ítems). Los ítems se les da el valor en una escala tipo Likert de 5 puntos con extremos desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo” (179).

La experiencia de parto también va a determinar la presencia de miedo o ansiedad en la embarazada. Mediante la escala Experiencia de Nacimiento BES (FBS Birht Experiencie Scale), que se entrega a la mujer un mes después del parto, obtendremos cocimientos acerca de si tuvo una experiencia de parto positiva o negativa. Consta de 16 ítems, que están basados en los sentimientos y sensaciones que la mujer experimenta tras el nacimiento, exponiendo si se encontraban: *exhaustas, en las nubes, decepcionada, dolor, enferma, encantada, molesta, emocionada, preocupada, tranquila, como un fracaso, agradecida, traumatizada, triste u orgullosa de sí misma*; y respondiendo con: *extremadamente, bastante, moderadamente, poco y nada*. Los valores de los resultados están entre 60 y 80, estableciendo la puntuación más alta para las mujeres que presentan una experiencia de parto positiva y los valores más bajos para las mujeres que tuvieron una experiencia de parto negativa(180). Las mujeres que muestran miedo intenso al parto tienen experiencias de parto incompletas y sensación de no haber estado presente. Una experiencia incompleta es en la que están presentes sentimientos de soledad, vacío y pérdida, no existe conexión entre su cuerpo y el nacimiento del hijo, no hay satisfacción por parte de la madre y no se siente capacitada para el acto de parir, se encuentra débil y vulnerable. Así como, sentimientos de no estar presente durante el parto, estar ausente, impidiéndole la participación, y preocupaciones por la dificultad para la conexión con el recién nacido. Es por ello, que el hecho de tener una experiencia negativa va a dejar secuelas en la madre en forma de miedo, ansiedad, soledad, ira y dolor, ausencia de capacidad para afrontar el parto y sensación de inseguridad hacia sus expectativas en la atención maternal (181).

El cuestionario ChildBirth Experience Questionnaire (CEQ) también se centra en las experiencias y percepciones que la gestante ha experimentado durante el trabajo de parto y parto. A través de 22 ítems se realiza un análisis de los factores relacionados con las experiencias de parto de las mujeres, dividiéndose en 4 dominios: capacidad propia (emociones, sensación de control, dolor experimentado), seguridad percibida, apoyo profesional y participación. Mediante una escala de Likert de 4 puntos se obtienen los resultados, en el que 1 tiene el valor “totalmente de acuerdo”, 2 “totalmente de acuerdo”, 3 “totalmente

en desacuerdo” a 4 “totalmente en desacuerdo”. El dolor junto con la sensación de seguridad y control de la situación se evalúa con escalas analógicas visuales (VAS). El CEQ es considerado un cuestionario multidimensional de gran utilidad para determinar las experiencias negativas de parto en la mujer y poder actuar sobre la calidad de la atención del parto. Por lo tanto, es un cuestionario posparto que permite indagar como los diferentes tipos de trabajo de parto van a interferir en las experiencias de este; ayudar a mejorar la atención y cuidados durante el parto, y a detectar las mujeres que van a requerir apoyo y asesoramiento tras una mala experiencia de parto (182). Se llevaron a cabo una traducción y una validación psicométrica (fiabilidad, estructura factorial confirmatoria y validación de grupo conocido y psicométrica) de este cuestionario consiguiendo una versión española conocida como CEQ-E. El cuestionario CEQ-E mantiene la estructura interna del ChildBirth Experience Questionnaire (CEQ) intentando adecuar los cuidados en función de las necesidades y circunstancias de cada mujer (183).

El miedo al parto está fuertemente unido a las propias características personales de cada embarazada, como pueden ser los estados de ansiedad, una baja autoestima y autoeficacia. Los rasgos de personalidad de cada mujer van a determinar el miedo y la forma de parto. Igualmente, la intensidad del miedo está influenciada por las características psicológicas estables de cada gestante como el optimismo disposicional (expectativas positivas, satisfacción de la vida y experimentación de sentimientos positivos) y el neuroticismo (experimentación de emociones negativas y comportamientos desproporcionados), que determinarán la manera en la que la mujer va a enfrentarse al evento del parto.

El cuestionario Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) se utiliza para cuantificar el miedo y establecer una relación entre la autoeficacia de la mujer en el parto y el miedo en nulíparas. El CAQ está compuesto por 16 ítems y una escala de tipo Likert del 1 al 4. Los resultados se computan con la suma de los ítems que suele estar entre 16-64, y en el que la mayor puntuación determina un mayor miedo al parto. La autoeficacia también se puede medir a través del cuestionario Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI), en el que se cuantifica las expectativas de los resultados maternos y las expectativas de autoeficacia

que tiene la mujer para afrontar el parto. Presenta una estructura de 62 ítems, 4 subescalas y 2 puntuaciones finales; los resultados o puntuaciones totales informan que a mayor puntuación mayor es la expectativa y autoeficacia entorno al parto.

Los sentimientos de autoestima y autoaceptación presentes en la mujer se consiguen evaluar a través de la escala Rosenberg Self-Esteem Scale (SES), que consta de 10 ítems, se puntúa con una escala del 1 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo), invirtiendo la puntuación dependiendo de los redactados positivamente; obteniendo resultados entre 10 y 40 puntos, en el que la puntuación más alta marcará una mayor autoestima (184).

La ansiedad está muy presente durante el embarazo y se relaciona con el aumento de la incidencia de miedo. Actualmente en España, la gestante presenta ansiedad un 19,5% en el primer trimestre, un 16,8% en el segundo y un 17,2% en el tercer trimestre, por lo tanto, la importancia de medir y controlar este estado. Escalas como State-Trait Anxiety Inventory (STAI) o la versión en español TEA, que dividen en dos subescalas para evaluar dos tipos de ansiedad: ansiedad como estado (sentimientos de cómo se siente actualmente la persona) y ansiedad como rasgo (sentimientos generales). Contiene 40 ítems, divididas en 20 cada una, y obteniendo las puntuaciones correspondientes mediante una escala Likert de 4 puntos, 0(nada), 1(algo), 2 (moderadamente) y 3(mucho), una puntuación de 0-60, en la que la mayor puntuación indica mayor nivel de ansiedad. Otra escala de utilidad a la hora de detectar mujeres con ansiedad vinculada al embarazo, es la Pregnancy Related Anxiety Questionnaire-55 (PRAQ-55) o la versión en español PRAQ-20. La PRAQ-55 es un cuestionario que recoge los miedos y preocupaciones asociadas al embarazo y a los sentimientos de la gestante; presenta 55 ítems, 7 posibles respuestas y 5 dominios. Los dominios se clasifican en: 1) preocupación por los cambios en una misma y relaciones, 2) miedo por la integridad del bebé, 3) sentimientos sobre uno mismo, 4) miedo al parto, y 5) preocupaciones por el futuro y sus propias capacidades hacia el nuevo rol de madre. En cambio, el cuestionario en versión español Pregnancy Related Anxiety PRAQ-20 consigue reducir los ítems a 20, dividirlo en 5 factores con 5 opciones de respuestas del 1 al 5. Con una puntuación total entre 20-100 y que establece que a mayor número mayor será

el nivel de ansiedad relacionada con el embarazo(185). Otro método para detectar un trastorno de ansiedad es la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), presenta 7 ítems con una puntuación máxima de 21, utilizando para su puntuación valores de 0 a 3; a mayor puntuación más severos son los síntomas relacionados con la ansiedad (186). También está el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI), que está constituida por 16 ítems, y 3 subescalas que se dividen en: preocupaciones físicas, psicológicas y sociales; que obtiene sus resultados mediante una escala de Likert de 0 (muy poco) a 4 (mucho) puntos (187).

Hay estudios que corroboran que los factores de riesgos que más predisponen a la embarazada a presentar miedo o tocofobia son la ansiedad y la depresión. El cuestionario Center for Epidemiologic Studies Depressions scale (CES-D)mide el nivel de síntomas depresivos en la embarazada, considerándose como un buen método para predecir el miedo al parto(188).La escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (The Edinburgh Postnatal Depression Scale) (EPDS), consigue medir los síntomas depresivos mediante 10 ítems y una escala de Likert de 4 puntos de 0-3,con la finalidad de detectar una depresión durante el embarazo y el posparto (189)(190).

Las preocupaciones relacionadas con el trabajo de parto y parto se pueden evaluar a través de cuestionarios como The Oxford Worries about Labour Scale (OWLS), en el que se establece 10 ítems que puntúan las respuestas entre 1 “muy preocupado” a 4 “nada preocupado”, con un total que fluctúa entre 1 y 40.Se establecen dentro de esta escala 3 dimensiones en relación a los temores alrededor del parto como son: el dolor y la angustia que supone el trabajo de parto, la incertidumbre preparto y las intervenciones (174).

Hay escalas como la Cambridge Worry Scale (CWS), versionada en Suecia, en la que se mide también las preocupaciones presentes en la embarazada. La CWS está constituida por 16 ítems, y se enumeran las preocupaciones más frecuentes en las mujeres durante todo el embarazo. Las puntuaciones oscilan hasta 6, en el que 0 es sin preocupación y 5 preocupación importante.

Además, es importante no solo determinar el miedo al parto al realizar estos cuestionarios a las embarazadas en el periodo prenatal o postnatal, sino obtener a través de ellos información sobre la mujer y sus experiencias, y poder determinar si hay algún tipo de problema psicosocial que pueda interferir en el desarrollo del parto y en los cuidados del recién nacido y así poder intervenir (190).

JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

IV. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El parto es un acontecimiento al que se enfrentan la mayoría de las mujeres como algo natural, pero que supone una serie de cambios físicos y una adaptación psicológica, marcada por sentimientos de ambivalencia hacia un nuevo estado y rol materno. Esta adecuación a la nueva situación va a generar sentimientos de ansiedad o estrés, que, en muchas ocasiones, se expresan en forma de miedos y preocupaciones.

El miedo en las mujeres embarazadas puede tener una gran repercusión en el desarrollo del parto, pudiendo dar lugar a trabajo de parto prolongado con la necesidad de utilizar medicamentos para agilizar el acto, pudiendo concluir en una cesárea emergente. Después del parto, el miedo puede estar relacionado con un deterioro de la salud y bienestar psicológico de la mujer, afectando al establecimiento del vínculo madre e hijo y llegar a provocar un inadecuado desarrollo infantil.

Además, cabe destacar que el curso de un parto está considerado como una experiencia multidimensional, en la que la sensación de seguridad y el control percibido, el nivel de dolor experimentado, el apoyo personal, la atención de los profesionales sanitarios, las experiencias de parto anteriores, la analgesia intraparto, la información aportada a la mujer y la participación en la toma de decisiones, van a contribuir a la experiencia de parto. Es por todo ello, la importancia de valorar y evaluar las percepciones y sentimientos de la mujer sobre su trabajo de parto y parto, y poder determinar cómo puede influir el miedo y las preocupaciones presentes en la mayoría de las mujeres a través de un enfoque multifacético. Es necesario identificar y poner de manifiesto la presencia o riesgo de padecer este miedo, para poder mejorar la atención prenatal, el parto a nivel hospitalario, y el contacto y cobertura en el periodo posnatal, con la idea de reducir en todo lo posible las complicaciones en relación al miedo y sus consecuencias, presentes en la mujer y en el recién nacido.

Actualmente, el temor a dar a luz en las mujeres embarazadas está llevando a un aumento considerable de cesáreas programadas. Hecho que supone un mayor número de complicaciones maternas junto con el aumento de intervenciones médicas y a una mayor demanda de recursos hospitalarios. Sin embargo, no hay muchos estudios que traten este tema, y existen carencias en cuanto al tratamiento integral de la embarazada durante el periodo prenatal, es decir, los profesionales de la salud deben abordar también temas psicosociales de la embarazada, llevando a cabo una evolución social y afectiva, ya que los miedos y preocupaciones, no suelen ser expresados abiertamente por las embarazadas o incluso ellas mismas no suelen reconocer.

2. Hipótesis

¿Los niveles de miedo prenatal que presentan las mujeres contribuyen a tener una mala experiencia de parto interfiriendo en los niveles de dolor percibidos por la mujer durante el mismo?

3. Objetivos

3.1 Objetivos generales

- Relacionar los niveles de miedo al parto durante el tercer trimestre de embarazo con la experiencia de parto.
- Estudiar la asociación entre nivel de miedo y nivel de dolor en el parto, así como analgesia recibida.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar los niveles del miedo al parto en el tercer trimestre de embarazo.
- Evaluar las experiencias de parto.
- Relacionar las variables sociodemográficas con los niveles de miedo, dolor y experiencia de parto.

METODOLOGÍA

V. METODOLOGÍA

1. Diseño

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal

2. Ámbito de estudio

Mujeres embarazadas

3. Población

La población de estudio estuvo constituida por las 3269 gestantes que siguieron su embarazo y que dieron a luz en dos hospitales públicos de Andalucía: Hospital Punta de Europa de Algeciras (Cádiz) y Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga), entre julio de 2021 y junio de 2022.

4. Criterios de inclusión y de Exclusión

4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres que acuden a la consulta de control de embarazo en la semana 35 de amenorrea, que posteriormente dieron a luz en los dos hospitales de estudio mediante parto eutócico, instrumental o por cesárea.
- El parto transcurrió sin patologías ni complicaciones más allá del propio parto
- Los recién nacidos nacieron sanos, sin ninguna patología y no requirieron más tiempo de ingreso del habitual.

4.2 Criterios de exclusión

- Mujeres que no sepan o no puedan leer.
- Mujeres que no entiendan el castellano.

5. La muestra

Se estimó una muestra suficiente para estimar diferencias medias en BAS de 1,5 con una DE común de 4,8, razón entre tamaños muestrales:1,00, nivel de confianza del 95%, y con una potencia del 80% error máximo del 5%, dando un total de 324 sujetos (162 en cada grupo). Finalmente, se reclutaron un total de 414 sujetos para poder asumir las posibles pérdidas que se estiman en torno al 20%.

Para el cálculo se utilizó el programa Epidat Versión 4.2, julio 2016. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia.

El proceso de aleatorización se llevó a cabo de forma sistemática, seleccionando aleatoriamente a todas las mujeres que acudieron a ambos hospitales para el seguimiento de su embarazo, que cumplieran los criterios de inclusión y deseaban participar voluntariamente en el estudio.

6. Variables de Estudio

- Edad, variable cuantitativa discreta.
- Estado civil, variable cualitativa.
- Ocupación, variable cualitativa
- Nivel de ingresos, variable cualitativa ordinal.
- Nivel de estudios, variable cualitativa
- Número de hijos, variable cuantitativa discreta.
- Semanas de gestación, variable cuantitativa ordinal.
- Modelo de familia, variable cualitativa.
- Número de abortos, variable cuantitativa.
- Asistencia a cursos de educación maternal, variable cualitativa dicotómica
- Forma de inicio del trabajo de parto, variable cualitativa.
- Analgesia/anestesia en el parto, variable cualitativa.
- Acompañamiento en el trabajo de parto, variable cualitativa

- Tipo de parto, variable cualitativa.
- Puntos de sutura recibidos, variable cualitativa.
- Puntuación de la escala de miedo (BAS), variables cuantitativas.
- Puntuación de la escala CEQ-E de experiencias de parto, variable cuantitativa.

7. Método de recogida de datos

Los datos se obtuvieron desde el 1 de julio de 2021 y el 30 de junio de 2022. Se procedió a la entrega de un cuestionario de datos sociodemográficos y 2 cuestionarios validados: BAS o cuestionario de miedo al parto(191), y cuestionario de experiencia del parto CEQ-E(183).

Se obtuvo un listado de todas las mujeres con edades que acuden en la semana 35 del embarazo para la ecografía fetal del tercer trimestre en los dos hospitales de estudio. Los datos que aparecen en el listado son la fecha de la cita y el número de teléfono de la paciente. De esta forma se mantuvo el anonimato de las pacientes.

La recogida de datos se ha llevado a cabo dos miembros del equipo de investigación en dos momentos distintos. En el primer contacto, durante la consulta de la ecografía fetal del tercer trimestre, se le solicitó a la paciente que firmara un consentimiento informado explicándole el propósito del estudio y pidiendo su participación de forma voluntaria.

Al poco tiempo, el personal investigador se puso en contacto con la paciente para solicitar que rellene el primer formulario en el que se recopilarán los datos sociodemográficos de la paciente y el cuestionario de miedo al parto (BAS) (191).

En un segundo contacto, después del parto, fecha que se ha calculado a partir de la fecha probable de parto facilitada por la paciente en el primer formulario, mediante contacto telefónico (WhatsApp) para solicitarle el segundo formulario, en el cual se recogen los datos relativos al parto y el cuestionario de experiencia del parto CEQ-E(183).

8. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios validados: la Escala de Anticipación del Parto (BAS)(191) y el Cuestionario de Experiencia del Parto en su versión validada en español (CEQ-E) (183). Además de estas dos herramientas se recogieron datos sociodemográficos de los pacientes.

El BAS incluye una escala de seis elementos para medir el miedo al nacimiento (anexo I). Los participantes expresan si se sintieron nerviosos, preocupados, temerosos, relajados, aterrorizados o tranquilos, en relación con el nacimiento del bebé, usando extremadamente, bastante, moderadamente, un poco, y no, como alternativas de respuesta.

La puntuación total será la suma de las respuestas; cuanto mayor sea la puntuación, más temerosa estará la mujer al próximo nacimiento. La puntuación total puede variar de 6 (sin miedo) a 30 (miedo extremo) y el Alfa general de Cronbach para esta escala fue 0,82. Se clasifican las proporciones en tres categorías: entre 6 y 13 “miedo bajo”, entre 14 y 20 “miedo intermedio” y entre 21 y 30 “miedo alto” (17).

Este cuestionario fue validado en Estados Unidos por Elvander y su equipo (191). Para poderlo utilizar en nuestro medio se tuvo que hacer la adaptación transcultural correspondiente validándolo para nuestra población concreta. Para ello el cuestionario original fue convertido al español por dos traductores nativos. A continuación, fue evaluado por un grupo de expertos para comprobar si los elementos se adaptaron a nuestro contexto. Seguidamente se pilotó el cuestionario con un grupo formado por 30 mujeres, para confirmar la comprensión correcta de las preguntas. El paso siguiente fue pasar el cuestionario a la muestra de estudio para posteriormente someterlo al análisis factorial de todos sus componentes. Finalmente, este análisis factorial fue confirmado usando el programa AMOS confirmando la validez del constructo. El análisis de fiabilidad mediante alfa de Cronbach para nuestra versión fue ligeramente superior al test original, con un valor de 0,87.

El CEQ-E (183) incluye 22 ítems que hacen referencia a la experiencia de parto. Las respuestas a los 19 primeros artículos se puntúan en una escala Likert de 4 puntos, que van desde 1 (totalmente de acuerdo), 2 (mayormente de acuerdo), 3 (Mayormente en desacuerdo) a 4 (Totalmente en desacuerdo); y los tres últimos artículos son evaluados usando una escala de diseño visual, como son la memoria del dolor, sensación de seguridad y control.

El cuestionario consta de 4 dominios: "capacidad propia" (8 elementos relacionados con la sensación de control, sentimientos personales y dolor en el parto), "apoyo profesional" (5 ítems sobre la atención de los profesionales), "seguridad percibida" (6 ítems sobre sensación de seguridad y recuerdos del parto) y "participación" (3 elementos relacionados con las posibilidades de influir en la posición, movimientos y dolor el trabajo de parto y el nacimiento). La confiabilidad de la consistencia interna del CEQ-E fue Buena para la escala general (0,88) y para todas las subescalas (0,80, 0,90, 0,76, 0,68 para "capacidad propia", "apoyo profesional", "seguridad percibida" y "participación", respectivamente) y similar a la versión original (18).

9. Análisis de datos

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se realizó mediante medias y desviaciones estándar. Las variables categóricas se describieron con frecuencias y porcentajes. En el análisis estadístico bivariado, para comparar variables cuantitativas y posterior a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se utilizaron pruebas no paramétricas: prueba U de Mann-Whitney y prueba de Kruskal-Wallis. Finalmente, se desarrolló un modelo de regresión logística binaria multivariante para establecer asociaciones entre las diferentes variables independientes y la variable dependiente. Se obtuvieron intervalos de confianza (IC) al 95% y un nivel de significación de $p < 0,05$. Se tomó como variable dependiente la experiencia del parto para analizar cómo el miedo y las demás variables independientes pueden afectar a esta variable dependiente.

El estudio estadístico se realizó con el IBM SPSS Statistics versión 26.

10. Aspectos éticos

Los principios generales de la Declaración de Helsinki, actualizada en 2013 en Fortaleza (Brasil), fueron considerados a lo largo de este estudio por todo el equipo de investigación. Asimismo, se cumplió lo dispuesto en la legislación española vigente en materia de investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. -bajo. Todos los datos personales están protegidos de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El permiso para realizar este estudio se obtuvo del Comité Ético de Investigación Biomédica de Andalucía (código 47-N-20).

RESULTADOS

VI. RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La edad media fue de 31.96 años (D.E. 5.9), teniendo 16 años la participante más joven y 44 la más mayor.

El número de hijos que tenían variaba entre 0 y 4 siendo la media 0.67 (D.E 0.83).

Las medias en los instrumentos de medida fueron 16.38 para la escala de miedo al parto (BAS) y 64.4 para la escala de satisfacción en el parto (CEQ-E). Esta última escala se puede subdividir en 4 dominios cuyas puntuaciones se expresan en la tabla 1.

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Edad	414	16	44	31.96	5.9
N.º de hijos en la familia	414	0	4	0.67	0.83
Puntuación total BAS	414	7	30	16.38	4.84
Puntuación total CEQ-E	414	26	82	64.14	11.27
Puntuación Dominio 1 Capacidad propia	414	8	36	25.95	6.27
Puntuación Dominio 2 Participación	414	0	12	8.23	2.94
Puntuación Dominio 3 Apoyo profesional	414	5	20	17.71	3.52
Puntuación Dominio 4 Seguridad percibida	414	8	20	15.76	2.89

En cuanto al estado civil se pudo observar que poco más de la mitad estaban solteras, el 41.5% de ellas estaban casadas y sólo el 2,8% estaban divorciadas. (Tabla 3. Figura7).

Tabla 3. Distribución por estado civil.

E. Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	230	55.6
Casada	172	41.5
Divorciada	12	2.8
Total	414	100

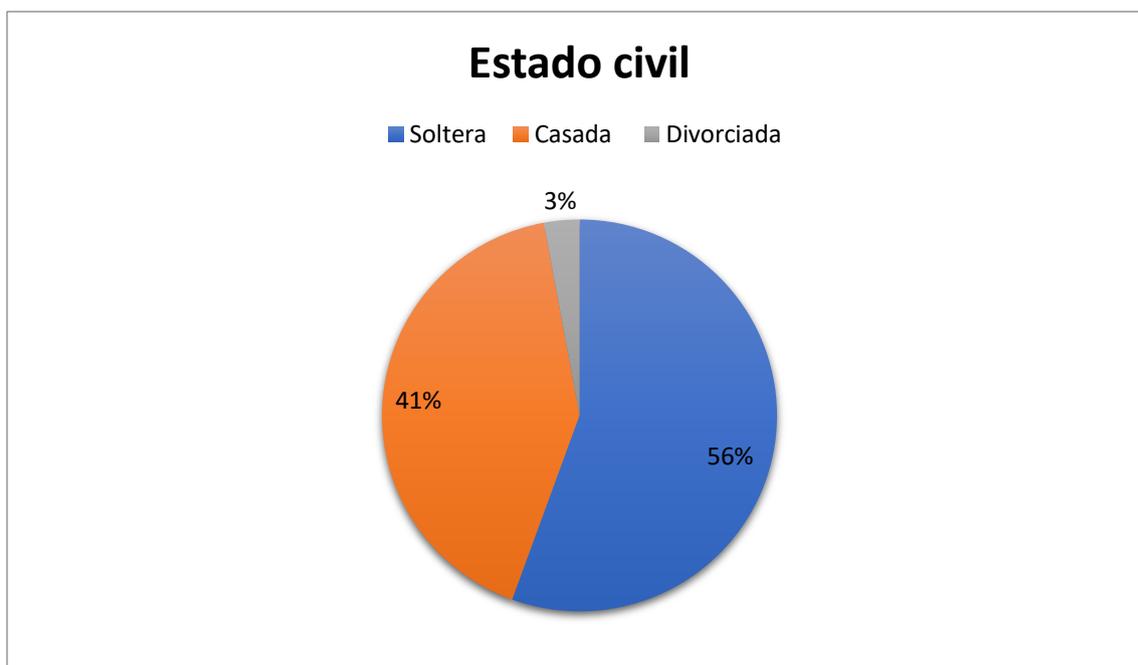


Figura7. Distribución por estado civil.

En referencia al nivel de estudios se pudo observar que el 30.6% tenía estudios universitarios, el 40.5% tenían estudios medios, casi el 27% estudios primarios y alrededor del 2% no tenían estudios. (Tabla 4. Figura8).

Tabla 4. Distribución por nivel de estudios.

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	7	1.8
Estudios primarios	112	27.1
Bachillerato o F.P.	168	40.5
Estudios universitarios o posgrado	127	30.6
Total	414	100

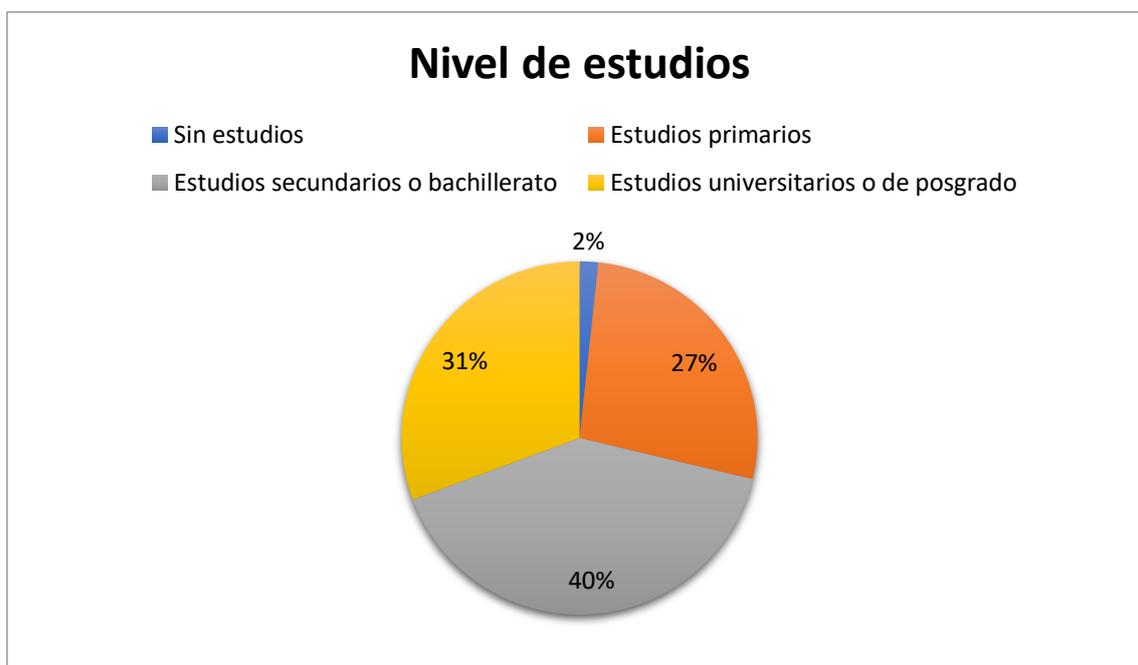


Figura8. Distribución por nivel de estudios.

Atendiendo a la situación laboral se pudo observar que poco más de la mitad de las mujeres estaban trabajando y casi el 27% de ellas estaban en situación de demandante de empleo. El resto se dedicaban al cuidado del hogar. (Tabla 5. Figura9).

Tabla 5. Distribución por situación laboral.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
En paro	111	26.8
Trabajando	232	56
Cuidado del hogar	71	17.3
Total	414	100



Figura9: Distribución por situación laboral.

En relación con los ingresos económicos se pudo observar que casi la mitad de las mujeres tenían unos ingresos medios de entre 1000 y 2000 euros al mes. Un 17% tenían bajos ingresos (menos de 1000 euros al mes) y casi el 28% tenían unos ingresos medio-altos (entre 2000 y 3000 euros al mes). (Tabla 6. Figura10).

Tabla 6. Distribución por ingresos económicos.

Ingresos económicos	Frecuencia	Porcentaje
< 1000 euros al mes	73	17.6
Entre 1000 y 2000 euros al mes	188	45.4
Entre 2000 y 3000 euros al mes	115	27.8
> 3000 euros al mes	38	9.2
Total	414	100

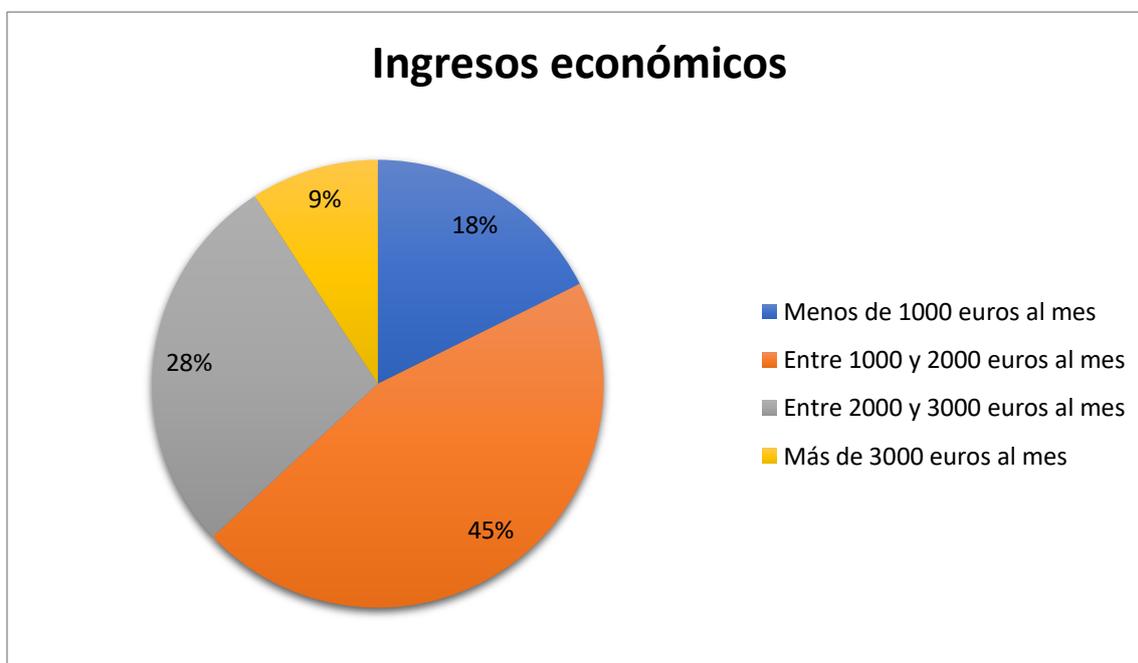


Figura10. Distribución por ingresos económicos.

En referencia al modelo de familia se pudo observar que la mayoría tenían un modelo de familia Heteroparental. (Tabla 7. Figura11).

Tabla 7. Distribución por modelo de familia.

Modelo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Heteroparental	395	95.4
Monoparental	17	4.2
Homoparental	2	0.4
Total	414	100

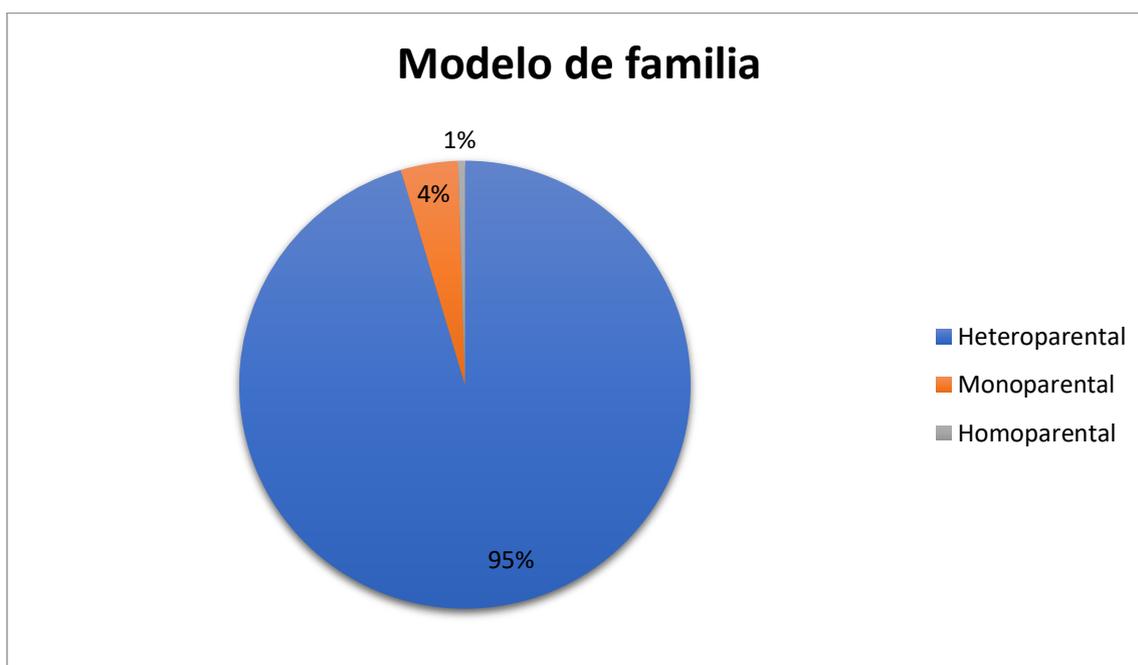


Figura11. Distribución por modelo de familia.

En referencia a haber sufrido algún aborto previo a este embarazo Se pudo observar que casi un tercio de la muestra lo había sufrido. (Tabla 8 - Figura12).

Tabla 8. Distribución por el hecho de haber tenido abortos previos.

Abortos previos	Frecuencia	Porcentaje
Si	128	31
No	286	69
Total	414	100

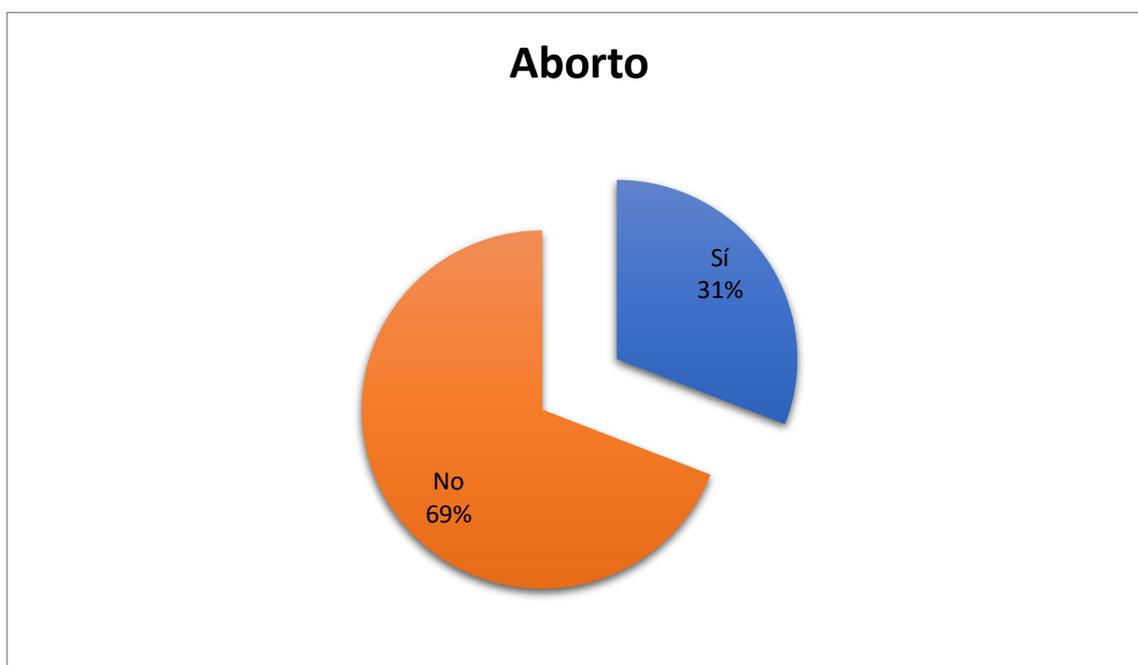


Figura12. Distribución en función de haber tenido algún aborto previo.

Cuando se les preguntó por la asistencia a las clases de preparación al parto se pudo observar que más de la mitad de las mujeres no asistieron a estos cursos. (Tabla 9 – Figura13).

Tabla 9. Distribución por el hecho de haber asistido a clases de preparación al parto.

Asistencia a clases	Frecuencia	Porcentaje
Sí	179	43.3
No	235	56.7
Total	414	100

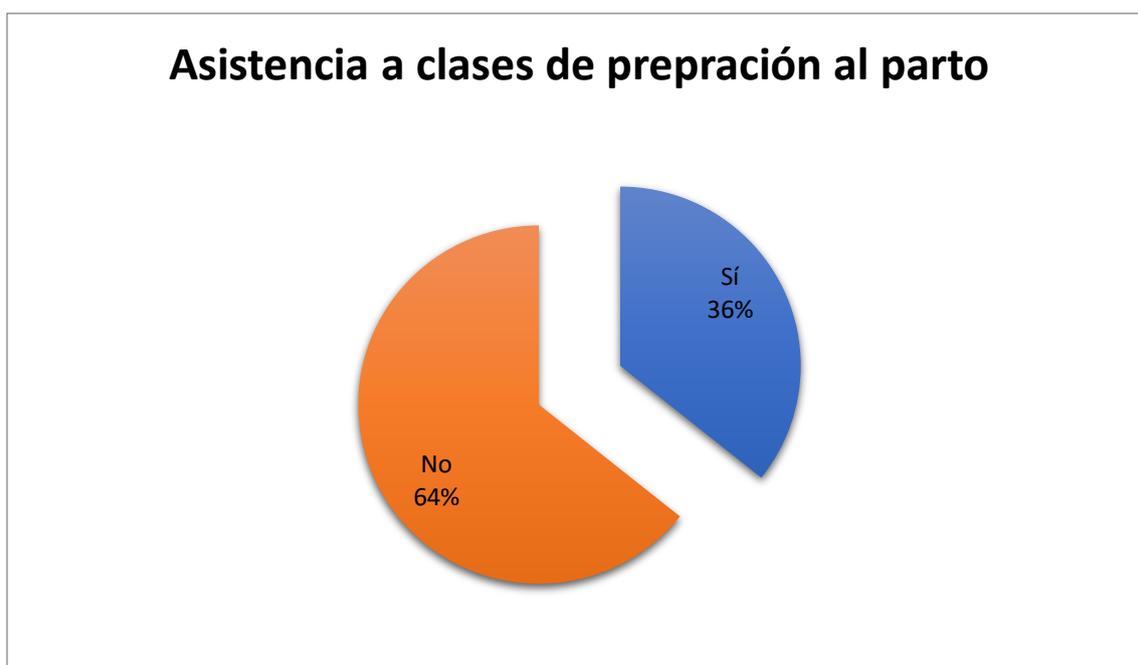


Figura13. Distribución por el hecho de haber asistido a clases de preparación al parto.

Atendiendo al modo en el que se inició el parto se pudo observar que alrededor del 60% se pudo de parto de forma espontánea y casi un tercio de la muestra precisó de una inducción del parto (Tabla 10 – Figura14).

Tabla 10. Distribución por modo por el que se inició el parto.

Modo inicio del parto	Frecuencia	Porcentaje
Espontáneo	248	59.9
Inducido	133	32
Cesárea Programada	33	8.1
Total	414	100

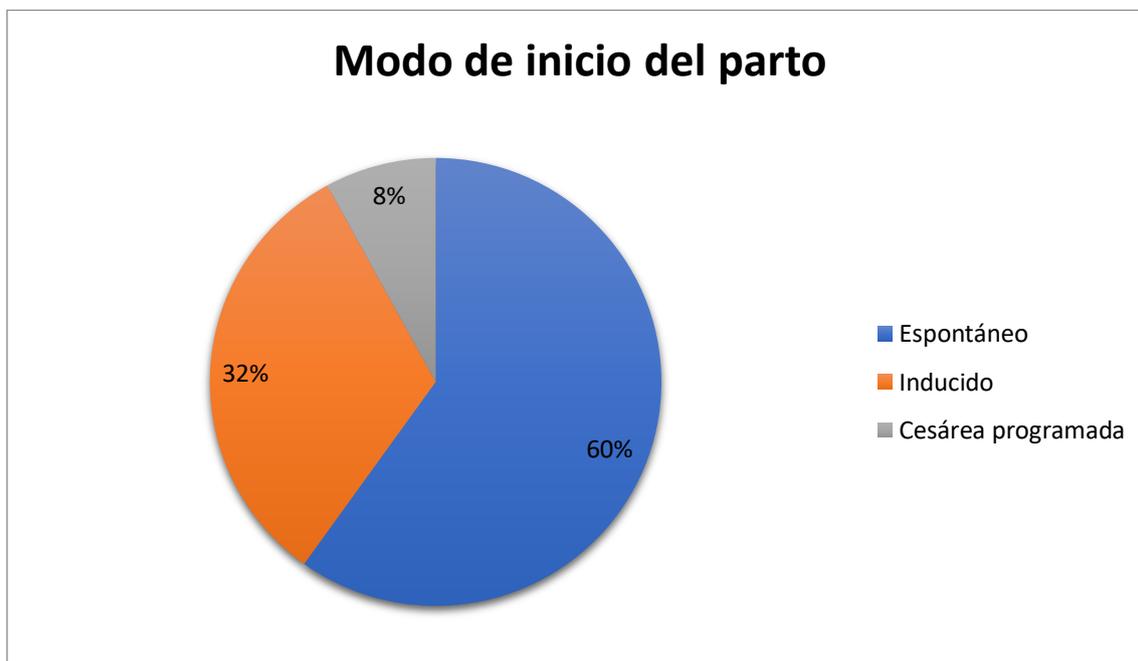


Figura14. Distribución por modo por el que se inició el parto.

Al observar el modo de analgesia elegido para el parto se pudo ver que $\frac{1}{4}$ de la muestra no eligió ningún método para aliviar el dolor del parto mientras que casi un 70% de las mujeres eligieron la analgesia epidural (Tabla 11 – Figura15).

Tabla 11. Distribución por método de analgesia utilizado para el parto.

Analgesia	Frecuencia	Porcentaje
Sin analgesia	103	25
Epidural	277	66.9
Opiáceos	34	8.1
Total	414	100



Figura15. Distribución por método de analgesia utilizado para el parto.

Atendiendo al derecho de la mujer de estar acompañada durante la dilatación y/o el parto se pudo observar que la mayoría sí que estuvo acompañada por un familiar o alguien de su confianza (Tabla 12- Figura 16).

Tabla 12. Distribución por el hecho de haber estado acompañada durante la dilatación y/o el parto.

Acompañada	Frecuencia	Porcentaje
Sí	356	85.9
No	58	14.1
Total	414	100



Figura16. Distribución por el hecho de haber estado acompañada durante la dilatación y/o el parto.

En relación con el tipo de parto se pudo observar que más del 60% tuvieron un parto eutócico mientras que $\frac{1}{4}$ de la muestra tuvo un parto por cesárea (Tabla 13- Figura 17).

Tabla 13. Distribución por tipo de parto.

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Parto normal	255	61.6
Parto instrumentado	56	13.4
Cesárea	103	25
Total	414	100

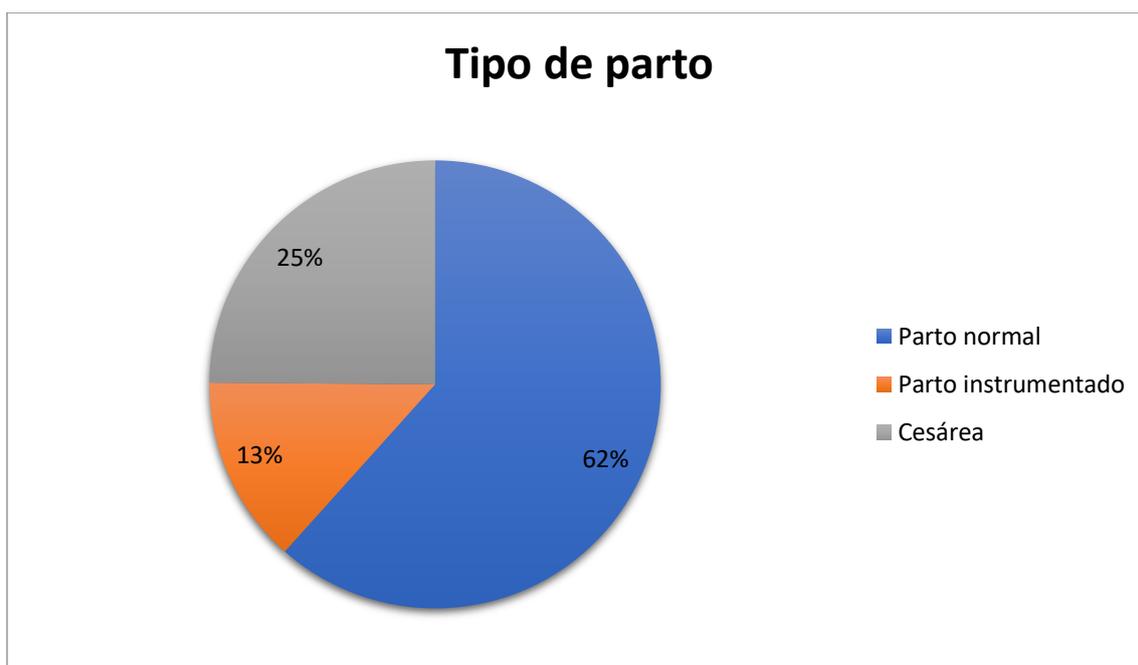


Figura17. Distribución por tipo de parto.

Atendiendo a los puntos de suturas recibidos durante el parto se pudo observar que algo más del 20% de la muestra no necesitó ninguna sutura mientras que más de 1/3 de la muestra tuvo que padecer la sutura de la episiotomía (Tabla 14 – Figura 18).

Tabla 14. Distribución por puntos de sutura recibidos durante el parto.

Puntos de sutura	Frecuencia	Porcentaje
Sin puntos de sutura	89	21.5
Episiotomía	74	18
Desgarros	147	35.6
Los propios de la cesárea	104	25
Total	414	100

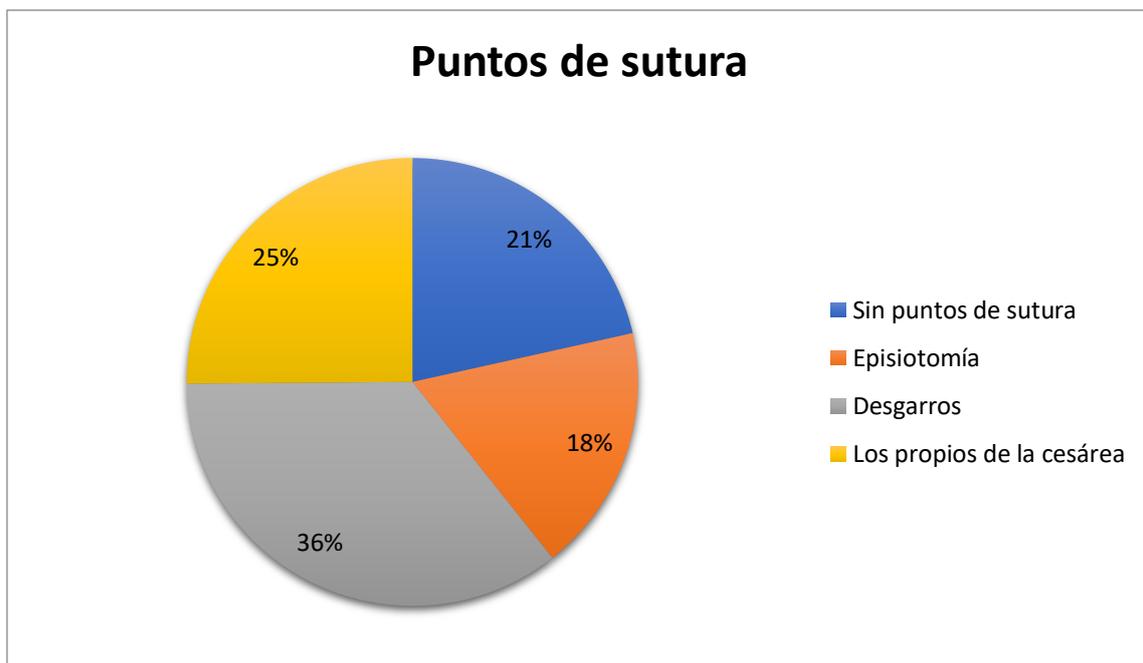


Figura18. Distribución por puntos de sutura recibidos durante el parto.

Para tener una idea de cómo estaban los niveles de miedo en nuestra muestra se categorizó la variable siguiendo las pautas de los creadores de la escala. Se pudo observar Las $\frac{3}{4}$ partes de nuestra muestra presenta unos niveles de miedo al parto que son considerables (Tabla 15- Figura 19).

Tabla 15. Distribución por nivel de miedo al parto.

Miedo al parto	Frecuencia	Porcentaje
Poco miedo	106	25.7
Miedo intermedio	229	55.3
Miedo extremo	79	19
Total	414	100

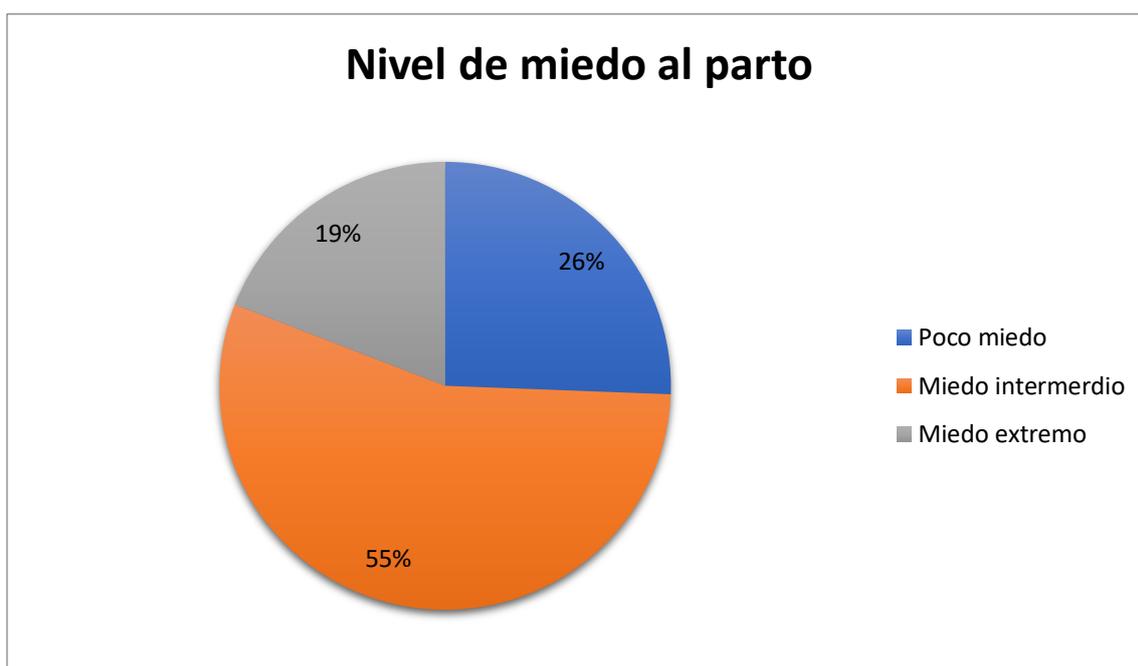


Figura19. Distribución por nivel de miedo al parto.

2. ANÁLISIS BIVARIANTE

2.1 Correlación entre las distintas variables cuantitativas

La edad correlacionó positivamente con el número de hijos, de forma que a más edad mayor era el número de hijos.

La edad correlacionó positiva y significativamente ($p < 0,001$) con el número de hijos, de forma que a más edad mayor era el número de hijos.

La edad correlacionó de forma negativa con la experiencia de parto, de forma que cuanto mayor era la edad peor era la experiencia de parto, si bien esta correlación no fue significativa ($p = 0,46$). También correlacionó de forma negativa y significativa con los dominios capacidad propia, participación y seguridad percibida, ($p < 0,001$), ($p < 0,013$) y ($p < 0,024$), respectivamente. De forma que a mayor edad menor era la capacidad de la mujer para afrontar el parto, menor era la sensación que tenía de poder participar activamente en el proceso del parto y menor era también la sensación de seguridad que sentía la mujer durante el parto.

El número de hijos correlacionó de forma positiva y significativa ($p = 0,008$), con la experiencia de parto, de forma que a mayor número de hijo mejor era la experiencia de parto. También correlacionó de forma positiva y significativa ($p < 0,001$), con el dominio capacidad propia, de forma que a mayor número de hijos mejor era la capacidad de la mujer para afrontar el parto.

El miedo al parto correlacionó de forma negativa y significativa ($p < 0,001$), con la experiencia de parto de forma que cuanto más miedo presentaba la mujer más mala fue la experiencia de parto. A la vez, también correlacionó de forma negativa y significativa con los dominios capacidad propia, participación y seguridad percibida ($p < 0,001$), ($p = 0,002$) y ($p < 0,001$), respectivamente, de forma que, cuanto más miedo tenía la mujer, peor capacidad tenía para afrontar el parto, peor era la capacidad para participar del proceso del parto y menos segura se sentía durante el parto. Tabla 16.

Tabla 16. Correlación entre las distintas variables cuantitativas.

		Número de hijos	Total BAS	Total CEQ-E	Dominio1. Capacidad propia	Dominio 2. Participación	Dominio 3. Apoyo profesional	Dominio 4. Seguridad percibida
Edad	C. correlación	0.2	-0.31	-0.169	-0.153	-0.104	-0.71	-0.94
	Sig.	0,001	0.46	0.001	0.001	0.013	0.089	0.024
Número de hijos	C. correlación		-0.6	0.112	0.164	0.41	-0.04	0.078
	Sig.		0.156	0.008	0.001	0.325	0.341	0.062
Total BAS	C. correlación			-0.267	-0.281	-0.128	-0.067	-0.218
	Sig.			0.001	0.001	0.002	0.113	0.001

*Coeficiente de correlación Rho de Spearman.

2.2 Miedo al parto y experiencia de parto en función del estado civil

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el miedo al parto con el estado civil. Sin embargo, sí que se encontraron estas diferencias al relacionar la experiencia de parto con el estado civil.

Las mujeres casadas tuvieron la media más alta de satisfacción en el parto. Además, también puntuaron por encima de las solteras y las divorciadas en los dominios participación, apoyo profesional y seguridad percibida. De forma que las mujeres casadas sentían que eran las que más podían participar en el proceso del parto, que tenían más apoyo por parte de las matronas y se sentían más seguras con el proceso del parto que el resto. (Tabla 17 - Figura20).

Tabla 17. Miedo al parto y experiencia de parto en función del estado civil.

	E. Civil	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Soltera	16.49	230	4.68	0.13
	Casada	16.15	172	4.99	
	Divorciada	17.75	12	5.53	
Puntuación total CEQ-E	Soltera	66.81	230	12.07	0.043*
	Casada	69.05	172	11.34	
	Divorciada	64	12	12.57	
Puntuación Dominio 2. Participación	Soltera	7.82	230	2.95	0.04*
	Casada	8.78	172	2.86	
	Divorciada	8.38	12	2.83	
Puntuación Dominio 3. Apoyo profesional	Soltera	17.62	230	3.4	0.03*
	Casada	17.93	172	3.6	
	Divorciada	16.25	12	4.89	
Puntuación Dominio 4. Seguridad percibida.	Soltera	15.5	230	2.9	0.001*
	Casada	16.12	172	2.88	
	Divorciada	15.75	12	1.98	

* Test de Kruskal-Wallis

El Test post-hoc para la variable de la experiencia de parto (puntuación CEQ-E) no estableció diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos.

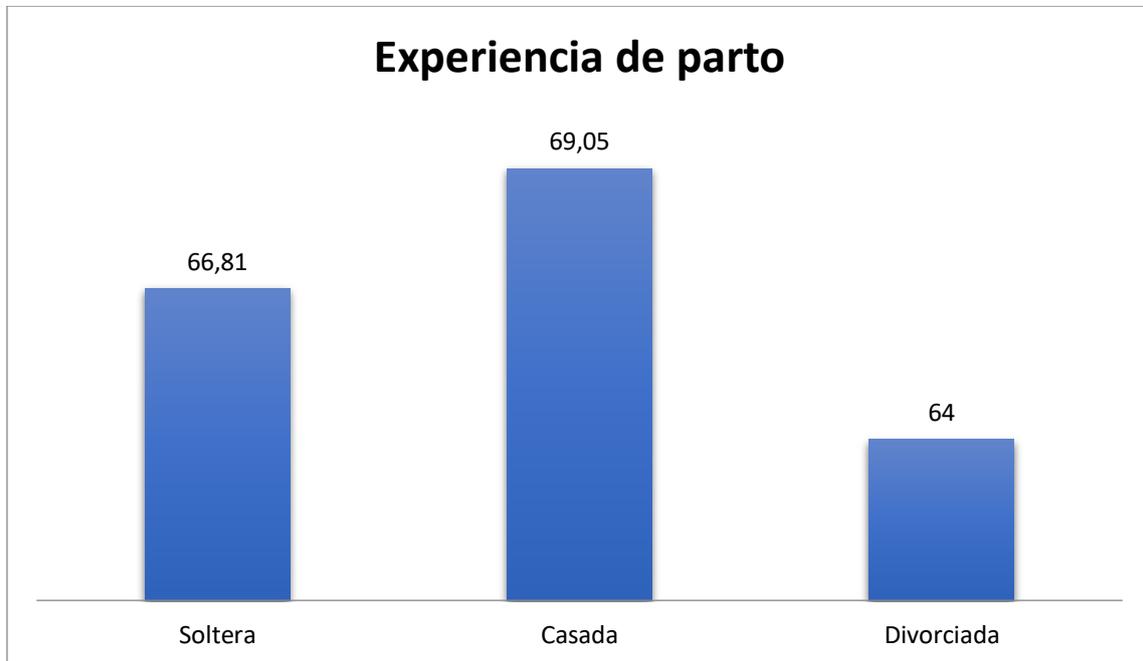


Figura20. Experiencia de parto en función del estado civil.

2.3 Miedo al parto y experiencia de parto en función del nivel de estudios

Atendiendo al nivel de estudios se pudo ver que las mujeres que no tenían estudios fueron las que tuvieron una media más alta en la puntuación de miedo al parto. Cuanto más elevado era el nivel de estudio menor era el nivel de miedo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para estos grupos. Tabla 18 – Figura21.

Para la puntuación de la experiencia de parto se pudo observar que las mujeres que no tenían estudios eran las que tenían una media más baja en la puntuación del test, seguidas de las que tenían estudios de bachillerato o FP. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para estos grupos. Tabla 18.

Tabla 18. Miedo al parto y experiencia de parto en función del nivel de estudios.

	E. Civil	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Sin estudios	17.8	7	4.78	0.005*
	Estudios Primarios	16.95	112	4.93	
	Bachillerato o FP	16.71	168	4.91	
	Universitario o posgrado	15.37	127	4.53	
Puntuación total CEQ-E	Sin estudios	60	7	13.71	0.23
	Estudios Primarios	68.73	112	10.88	
	Bachillerato o FP	67.14	168	12.73	
	Universitario o posgrado	67.85	127	11.18	

* Test de Kruskal-Wallis

El test post-hoc para la variable miedo al parto (puntuación total BAS) no estableció diferencias estadísticamente entre los distintos grupos.

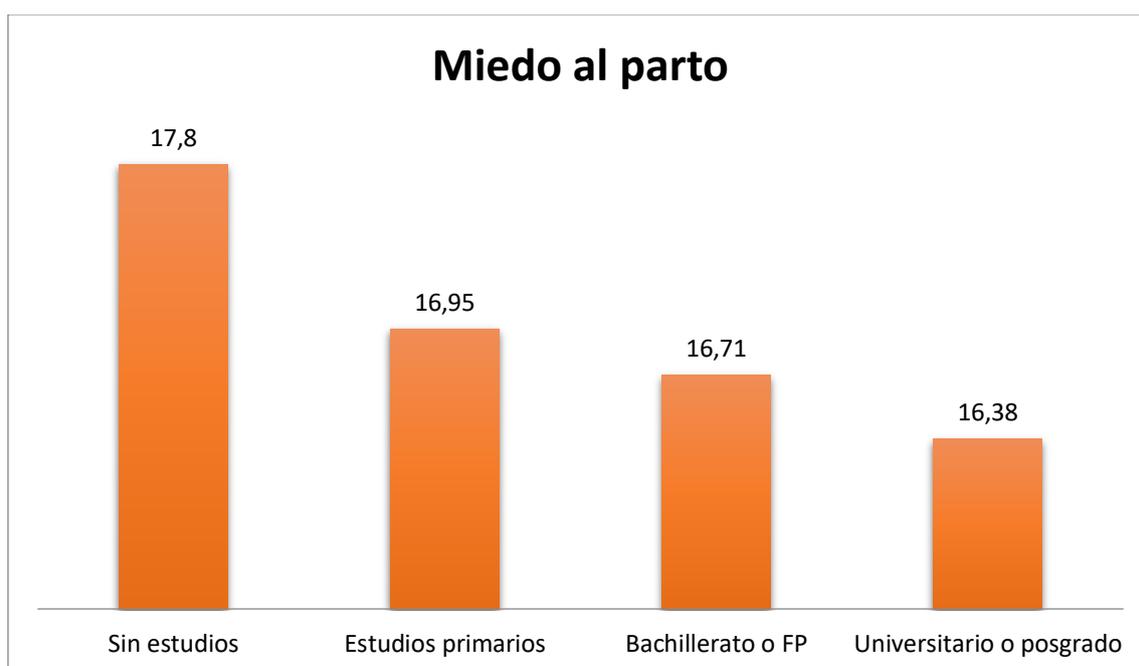


Figura21. Miedo al parto en función del nivel de estudios

2.4 Miedo al parto y experiencia de parto en función de la situación laboral

En cuanto al miedo al parto en función de la situación laboral, fueron las mujeres que se dedicaban al cuidado del hogar las que puntuaron una media más alta en el test, pero, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 19.

Algo similar ocurrió con la experiencia de parto en función de la situación laboral. Fueron las mujeres casadas las que puntuaron con una media más alta en la puntuación del test, pero tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 19.

Tabla 19. Miedo al parto y experiencia de parto en función de la situación laboral.

	Situación laboral	Media	N	D.E	Valor p*
Puntuación total BAS	En paro	16.43	111	5.09	0.57
	Trabajando	16.15	232	4.85	
	Cuidado del hogar	17.06	71	4.36	
Puntuación total CEQ-E	En paro	67.04	111	11.68	0.61
	Trabajando	67.87	232	12	
	Cuidado del hogar	67.94	71	11.59	

*Test de Kruskal-Wallis

2.5 Miedo al parto y experiencia de parto en función de los ingresos económicos

Las mujeres que tuvieron unos ingresos medio-altos (ingresaban entre 2000 y 3000 euros mensuales), fueron las que tuvieron una media más alta en la puntuación del test. Las que menos miedo tuvieron fueron las que tenían los ingresos más altos (más de 3000 euros mensuales. Las diferencias encontradas entre los distintos grupos fueron estadísticamente significativas (Tabla 20 – Figura22).

Para la variable miedo (puntuación BAS), el test post-hoc no estableció diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos.

En cuanto a la experiencia de parto se pudo ver que las mujeres que tuvieron los mayores ingresos tuvieron una puntuación más alta en la media del test, teniendo mejor experiencia de parto que aquellas que tuvieron los ingresos menores, que puntuaron con la media más baja. Para estas relaciones se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos (Tabla 20 – Figura23).

Para la variable experiencia de parto (puntuación CEQ-E), el test post-hoc estableció que la diferencias estadísticamente significativas entre los distintos

grupos se encontraron entre el grupo que ingresaba menos del 1000 euros mensuales con el grupo que tenía unos ingresos de entre 1000 y 2000 euros al mes ($p=0.039$); entre el grupo que ingresaba menos de 1000 euros al mes y el que ingresaba más de 3000 euros al mes ($p=0.006$); y entre el grupo que ingresaba entre 2000 y 3000 euros mensuales con las que ingresaban más de 3000 ($p=0.04$).

En el test de experiencia de parto (CEQ-E) también se encontraron diferencias estadísticamente significativas para cada uno de los 4 dominios que integran el test. Tabla 20.

Tabla 20. Miedo al parto y experiencia de parto en función de los ingresos económicos.

Variables		Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Menos de 1000 euros mensuales	16.58	73	5.12	0.002*
	Entre 1000 y 2000 euros mensuales	16.54	188	4.81	
	Entre 2000 y 3000 euros mensuales	16.78	115	4.56	
	Más de 3000 euros mensuales	14	38	4.72	
Puntuación total CEQ-E	Menos de 1000 euros mensuales	63.06	73	13.17	0.001*
	Entre 1000 y 2000 euros mensuales	68.54	188	11.26	
	Entre 2000 y 3000 euros mensuales	68.23	115	12.03	
	Más de 3000 euros mensuales	70.42	38	9.02	
Dominio 1 CEQ-E. Capacidad propia	Menos de 1000 euros mensuales	24.14	73	6.38	0.004*
	Entre 1000 y 2000 euros mensuales	26.6	188	5.9	
	Entre 2000 y 3000 euros mensuales	25.61	115	6.88	
	Más de 3000 euros mensuales	27.31	38	5.11	
Dominio 2 CEQ-E Participación	Menos de 1000 euros mensuales	7.54	73	3.06	0.002*
	Entre 1000 y 2000 euros mensuales	8.49	188	2.9	
	Entre 2000 y 3000 euros mensuales	8.11	115	2.92	
	Más de 3000 euros mensuales	8.65	38	2.8	
Dominio 3 CEQ-E. Apoyo profesional	Menos de 1000 euros mensuales	16.1	73	4.22	0.018*
	Entre 1000 y 2000 euros mensuales	17.88	188	3.37	
	Entre 2000 y 3000 euros mensuales	18.23	115	3.02	
	Más de 3000 euros mensuales	18.38	38	3.3	
Dominio 4 CEQ-E Seguridad percibida	Menos de 1000 euros mensuales	15.28	73	3.18	0.031*
	Entre 1000 y 2000 euros mensuales	15.57	188	2.86	
	Entre 2000 y 3000 euros mensuales	16.28	115	2.86	
	Más de 3000 euros mensuales	16.08	38	2.22	

*Test de Kruskal-Wallis

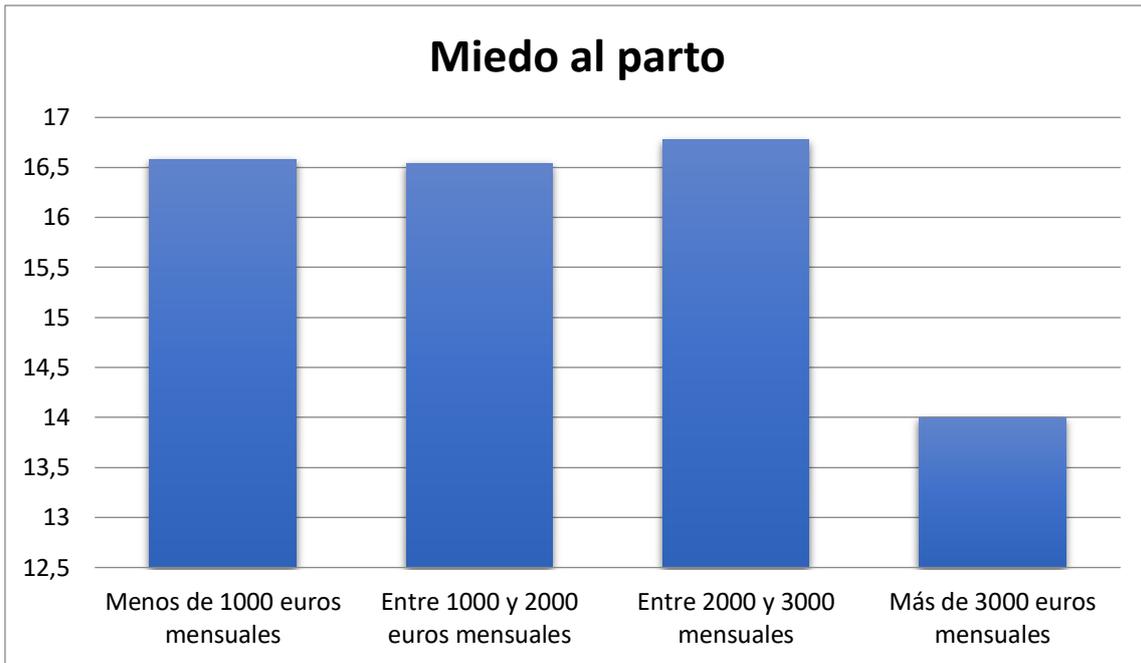


Figura22. Miedo al parto en función de los ingresos económicos.

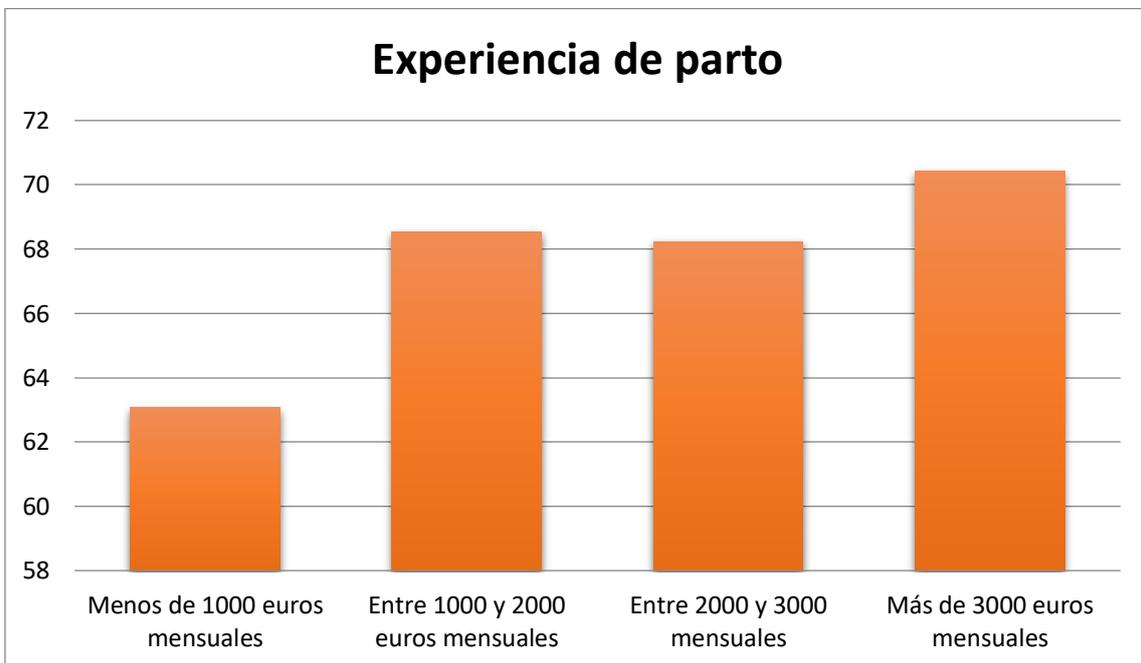


Figura23. Experiencia de parto en función de los ingresos económicos.

6.2.6 Miedo al parto y experiencia de parto en función de haber tenido abortos previos

Las mujeres que padecieron algún episodio de aborto con anterioridad puntuaron con una media ligeramente inferior en el test de miedo al parto (BAS) pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 21.

Sin embargo, al comparar la experiencia de parto con el hecho de haber padecido algún episodio de aborto con anterioridad se pudo ver que las mujeres que sí que lo tuvieron puntuaban con una media inferior en el test de experiencia de parto (CEQ-E), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 21 – Figura24.

Además, se encontraron también estas diferencias para los dominios de capacidad propia, participación y apoyo profesional. De forma que las mujeres que habían sufrido algún aborto previamente sintieron menos capacidad propia para afrontar el parto, sintieron que podían participar más activamente en su proceso de parto y también sintieron más apoyadas por las matronas que aquellas que no habían sufrido ningún aborto previo. Tabla 21.

Tabla 21. Miedo al parto y experiencia de parto en función de haber tenidos abortos previos.

	Abortos previos	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Sí	16.38	128	4.54	0.86
	No	16.4	286	4.97	
Puntuación total CEQ-E	Sí	66.82	128	12.2	0.001*
	No	69.55	286	10.77	
Dominio 1 CEQ-E. Capacidad propia	Sí	22.63	128	6.21	0.049*
	No	25.65	286	6.28	
Dominio 2 CEQ-E. Participación	Sí	8.33	128	2.82	0.008*
	No	8.19	286	2.99	
Dominio 3 CEQ-E. Apoyo profesional	Sí	18.33	128	2.81	0.008*
	No	17.43	286	3.76	

*Test U de Mann-Whitney

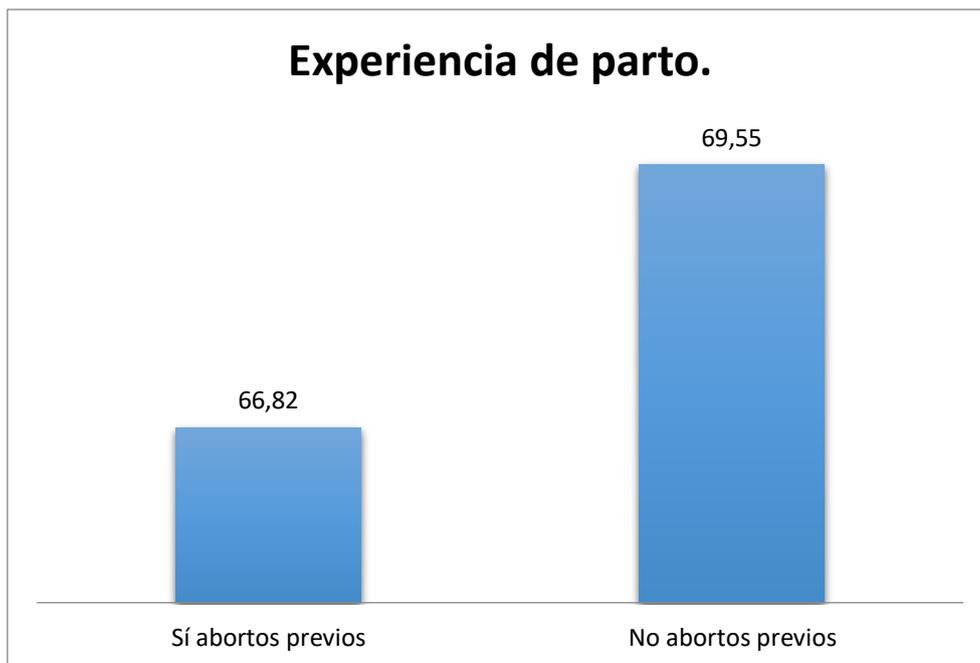


Figura24. Experiencia de parto en función de haber tenido abortos previos.

6.2.7 Miedo al parto y experiencia de parto en función de haber asistido a clases de preparación al parto

Las mujeres que asistieron a los cursos de preparación al parto tuvieron menos miedo al parto, obteniendo una media de puntuación en el test BAS inferior a las que no asistieron a estos cursos de preparación al parto. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tabla 22- Figura25.

Sin embargo, aunque las mujeres que asistieron a los cursos de preparación al parto puntuaron con una media superior que las que no asistieron a los cursos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tabla 22.

Tabla 22. Miedo al parto y experiencia de parto en función de haber asistido a clases de preparación al parto.

	Asistencia a cursos de preparación al parto	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Sí asistencia	15.93	179	4.84	0.02*
	No asistencia	16.73	235	4.81	
Puntuación total CEQ-E	Sí asistencia	68.41	179	10.97	0.52
	No asistencia	67.09	235	12.41	

*Test U de Mann-Whitney

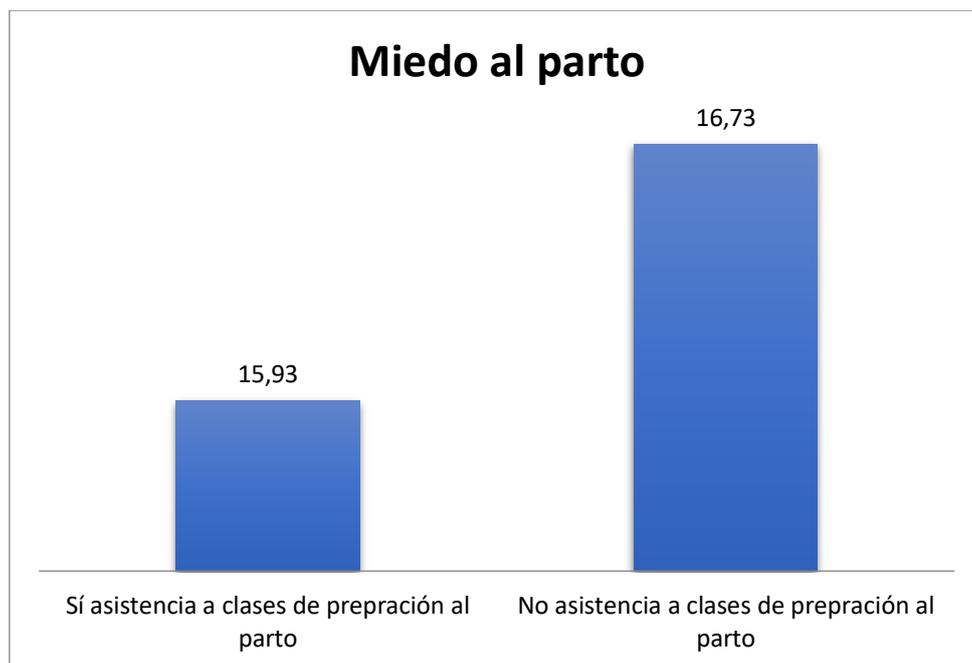


Figura25. Miedo al parto en función de asistencia a clases de preparación al parto.

6.2.8 Miedo al parto y experiencia de parto en función del modo del inicio de parto

Atendiendo al modo de cómo se inició el parto se pudo ver que las mujeres que puntuaban con una media más alta en la variable miedo (puntuación del test BAS) fueron las que estaban programadas para una cesárea, seguidas de las que fueron programadas para una inducción del parto y por último las que menos miedo puntuaban fueron las que iniciaron su parto de forma espontánea. Sin

embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 23.

En relación a la experiencia de parto, se pudo ver que las que tuvieron mejor experiencia de parto fueron aquellas mujeres que comenzaron el proceso de parto de forma espontánea mientras que las que tuvieron menor puntuación en la media del test y por lo tanto tenían cero experiencias de parto fueron aquellas mujeres que tenían una cesárea programada seguidas de aquellas a las que le programaron una inducción. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 23 – Figura 26.

El test post-hoc para la variable experiencia de parto (puntuación del test CEQ-E) estableció que las diferencias estadísticamente significativas se encontraban entre el grupo que comenzó el parto de forma espontánea y el grupo que tuvo una cesárea programada ($p=0,001$).

Además, separando el test CEQ-E por dominios, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los grupos de todos los dominios. De forma que las mujeres que tenían un comienzo de parto espontáneo puntuaban con una media superior en todos los dominios y las que tenían una cesárea programada siempre puntuaron con puntuación media inferior. Tabla 23.

Tabla 23. Miedo al parto y experiencia de parto en función del modo del inicio de parto.

	Modo del inicio del parto	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Espontáneo	16.24	248	4.92	0.29
	Inducido	16.38	133	4.46	
	Cesárea programada	17.48	33	5.58	
Puntuación total CEQ-E	Espontáneo	69.95	248	10.87	0.001*
	Inducido	66.19	133	11.2	
	Cesárea programada	56.61	33	14.01	
Puntuación Dominio 1 CEQ-E. Capacidad propia	Espontáneo	27.05	248	5.83	0.001*
	Inducido	24.8	133	6	
	Cesárea programada	22.43	33	8.2	
Puntuación Dominio 2 CEQ-E. Participación	Espontáneo	8.57	248	2.95	0.001*
	Inducido	8.34	133	2.52	
	Cesárea programada	5.3	33	2.84	
Puntuación Dominio 3 CEQ-E. Apoyo profesional	Espontáneo	18.13	248	3.34	0.001*
	Inducido	17.34	133	3.6	
	Cesárea programada	16.09	33	3.89	
Puntuación Dominio 4 CEQ-E. Seguridad percibida	Espontáneo	16.2	248	2.81	0.001*
	Inducido	15.7	133	2.7	
	Cesárea programada	12.78	33	2.35	

*Test de kruskall-Wallis



Figura26. Experiencia de parto en función del modo de inicio del mismo.

6.2.9 Miedo al parto y experiencia de parto en función de la analgesia recibida durante el mismo

Las mujeres que tenían una media más alta en la puntuación del test BAS (miedo al parto) son las que optaron por los opiáceos como método de alivio del dolor en el parto. Las que tuvieron menos miedo optaron por no utilizar ningún tipo de analgesia para el dolor del parto y el resto (67% de la muestra) optaron por la analgesia epidural como método para aliviar el dolor del parto. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 24 – Figura 27.

El test post hoc para la variable miedo (puntuación del test BAS) no estableció diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos.

En cuanto a la experiencia de parto en función del tipo de analgesia elegida para paliar el dolor del parto se pudo observar que las mujeres que no eligieron ningún tipo de analgesia fueron las que puntuaron con una media superior en el test CEQ-E mientras que las mujeres que utilizaron los opiáceos como método de alivio del dolor fueron las que puntuaron con una media inferior, seguidas de

las que optaron por la analgesia epidural. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 24 - Figura 28.

Tabla 24. Miedo al parto y experiencia de parto en función de la analgesia recibida durante el mismo.

	Tipo de analgesia	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Sin analgesia	15.56	103	4.97	0.001*
	Epidural	16.49	277	4.76	
	Opiáceos	18.04	34	4.63	
Puntuación total CEQ-E	Sin analgesia	71.34	103	11.37	0.001*
	Epidural	66.82	277	11.71	
	Opiáceos	63.26	34	11.64	
Puntuación Dominio 1 CEQ-E. Capacidad propia	Sin analgesia	27.49	103	6.29	0.001*
	Epidural	25.56	277	6.11	
	Opiáceos	24.48	34	6.77	
Puntuación Dominio 2 CEQ-E. Participación	Sin analgesia	9.1	103	2.88	0.001*
	Epidural	8.11	277	2.82	
	Opiáceos	6.61	34	3.28	
Puntuación Dominio 3 CEQ-E. Apoyo profesional	Sin analgesia	17.94	103	3.71	0.001*
	Epidural	17.72	277	3.5	
	Opiáceos	16.96	34	3	
Puntuación Dominio 4 CEQ-E. Seguridad percibida	Sin analgesia	16.8	103	2.81	0.001*
	Epidural	15.44	277	2.84	
	Opiáceos	15.22	34	2.75	

*Test de kruskall-Wallis

El test post-hoc para la variable experiencia de parto (puntuación del test CEQ-E) estableció que las diferencias significativas se encontraban entre el grupo de mujeres que no usaron ninguna analgesia y el grupo de mujeres que usaron los opiáceos como método de alivio del dolor en el parto ($p=0.001$); entre el grupo de mujeres que optaron por lo opiáceos para aliviar el dolor del parto y el grupo de mujeres que eligieron la analgesia epidural ($p=0.02$); y entre el grupo de mujeres que no se puso ningún tipo de analgesia para el parto y el grupo de mujeres que optó por la analgesia epidural ($p=0,001$).

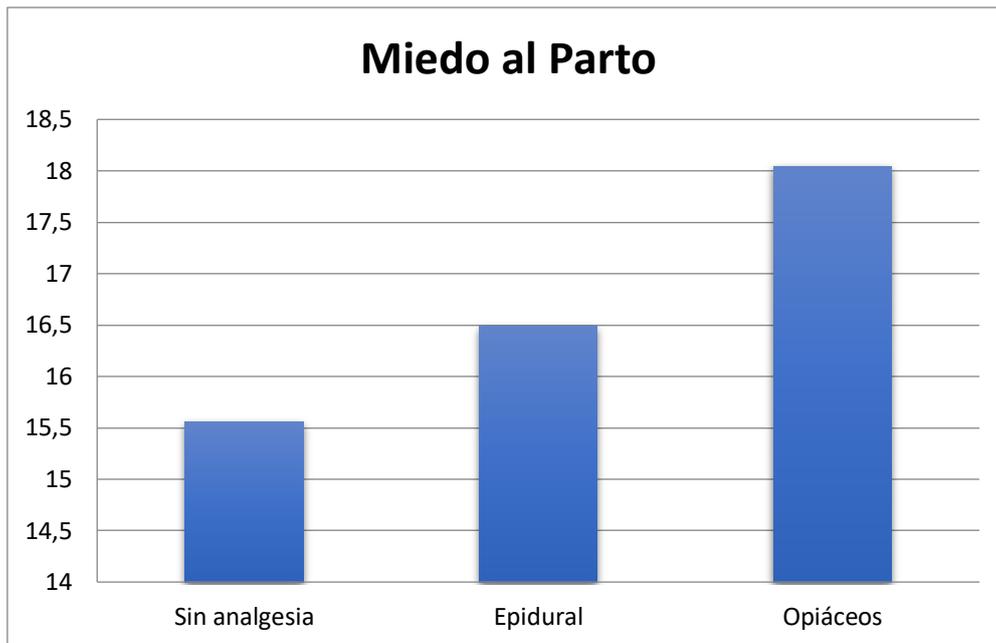


Figura 27. Miedo al parto y en función de la analgesia utilizada para el alivio del dolor.



Figura 28. Experiencia de parto en función de la analgesia utilizada para el alivio del dolor.

Al separar el cuestionario de experiencia al parto en dominios, se pudo observar que había diferencias estadísticamente significativas para todos los grupos en los cuatro dominios, puntuando siempre una media más alta las mujeres que no usaron analgesia durante el parto y una media más baja las mujeres que optaron por los opiáceos como método de alivio del dolor en el parto. Tabla 24.

2.10 Experiencia de parto en función de estar acompañada durante la dilatación y/o el expulsivo

En cuanto a la experiencia de parto se pudo ver puntuaron con una media más alta en test y por lo tanto tuvieron mejor experiencia de parto aquellas mujeres que estuvieron acompañadas durante los periodos de dilatación y/o expulsivo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tabla 25- Figura 29.

Separando el CEQ-E en sus distintos dominios se pudo ver que las mujeres que estuvieron acompañadas puntuaban con una media más alta en cada uno de los cuatro dominios encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tabla 25.

Tabla 25. Experiencia de parto en función de estar acompañada durante la dilatación y/o el expulsivo.

	Acompañamiento	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total CEQ-E	Sí	69.73	356	10.6	0.001*
	No	55.05	58	11.13	
Puntuación Dominio 1 CEQ-E. Capacidad propia	Sí	26.67	356	5.88	0.001*
	No	21.58	58	6.78	
Puntuación Dominio 2 CEQ-E. Participación	Sí	8.71	356	2.72	0.001*
	No	5.32	58	2.59	
Puntuación Dominio 3 CEQ-E. Apoyo profesional	Sí	18.14	356	3.17	0.001*
	No	15.08	58	4.33	
Puntuación Dominio 4 CEQ-E. Seguridad percibida	Sí	16.2	356	2.68	0.001*
	No	13.08	58	2.65	

* Test U de Mann-Whitney



Figura 29. Experiencia de parto en función de haber estado acompañada durante la dilatación y/o el parto.

6.2.11 Miedo al parto y experiencia de parto en función del tipo de parto

Las mujeres que tuvieron una media más alta en la puntuación del test BAS (miedo al parto) tuvieron un parto por cesárea mientras que las que puntuaron con una media más baja tuvieron un parto eutócico. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 26 – Figura30.

El test post-hoc para la variable miedo al parto no estableció diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos.

En cuanto a la experiencia de parto en función con el tipo de parto se pudo observar que las mujeres que tuvieron un parto eutócico fueron las que puntuaron con la media más alta en el test CEQ-E y las mujeres que tuvieron un parto por cesárea puntuaron con la menor media teniendo por tanto una peor experiencia de parto. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 26 - Figura31.

El test post-hoc para la variable experiencia de parto estableció que las diferencias estadísticamente significativas se encontraron entre el grupo de mujeres que tuvo un parto eutócico y el grupo de mujeres que tuvo un parto por cesárea ($p=0.001$); y entre el grupo de mujeres que tuvo un parto eutócico y el grupo que tuvo un parto instrumentado ($p=0.001$).

Al separar el test CEQ-E por dominios se pudo ver que en cada uno de los 4 dominios las mujeres que tuvieron un parto eutócico fueron las que puntuaron la media más alta teniendo por tanto mejor experiencia de parto y las mujeres que tuvieron un parto por cesárea puntuaron con las medias más bajas seguidas de las mujeres que tuvieron un parto instrumentado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para todos los grupos. Tabla 26.

Tabla 26. Miedo al parto y experiencia de parto en función del tipo de parto.

	Tipo de parto	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Eutócico	16.08	255	4.77	0.008*
	Instrumentado	16.61	56	5	
	Cesárea	17.01	103	4.78	
Puntuación total CEQ-E	Eutócico	67.65	255	9.61	0.001*
	Instrumentado	61.26	56	11.44	
	Cesárea	57.04	103	11.25	
Puntuación Dominio 1 CEQ-E. Capacidad propia	Eutócico	27.36	255	5.62	0.001*
	Instrumentado	24.42	56	6.26	
	Cesárea	23.31	103	6.76	
Puntuación Dominio 2 CEQ-E. Participación	Eutócico	8.94	255	2.73	0.001*
	Instrumentado	7.84	56	2.81	
	Cesárea	6.7	103	2.91	
Puntuación Dominio 3 CEQ-E. Apoyo profesional	Eutócico	18.4	255	2.92	0.001*
	Instrumentado	17.55	56	3.49	
	Cesárea	16.1	103	4.29	
Puntuación Dominio 4 CEQ-E. Seguridad percibida	Eutócico	16.63	255	2.55	0.001*
	Instrumentado	14.92	56	2.93	
	Cesárea	14.08	103	2.78	

* Test de Kruskal-Wallis

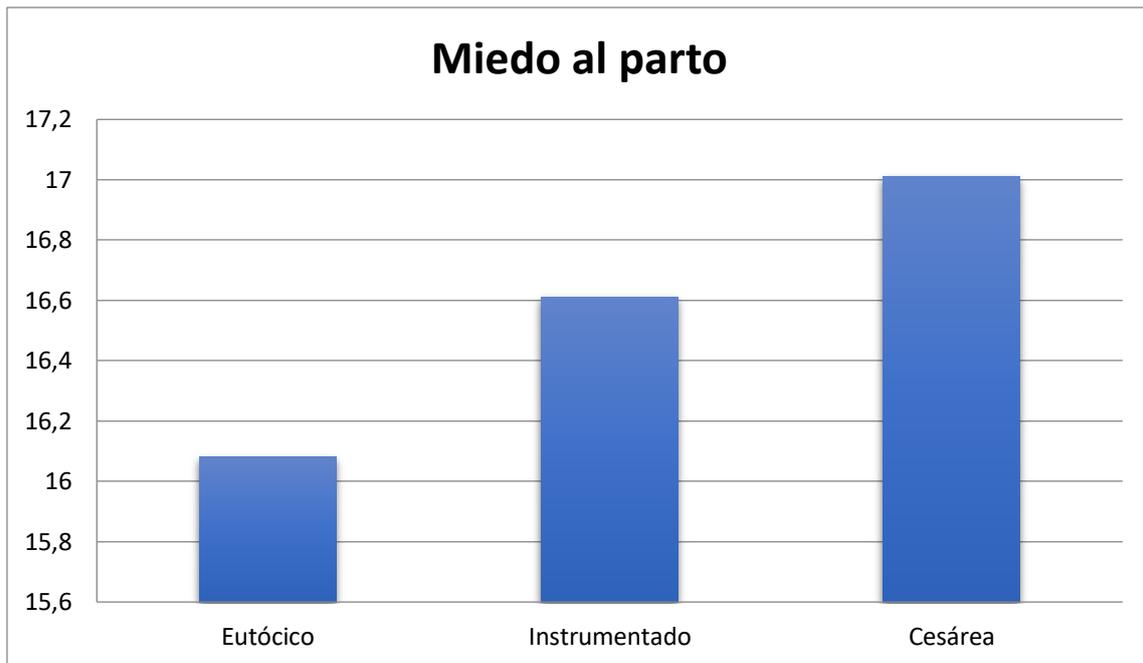


Figura 30. Miedo al parto en función del tipo de parto.



Figura 31. Experiencia de parto en función del tipo de parto.

6.2.12 Miedo al parto y experiencia de parto en función de los puntos de sutura recibidos

Las mujeres que puntuaron la menor media en el cuestionario BAS (miedo al parto) fueron las que consiguieron acabar el parto sin necesidad de puntos de sutura. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 27.

En cuanto a la experiencia de parto, sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Las mujeres que puntuaron con una media más alta en el test CEQ-E fueron las que acabaron el parto sin puntos de sutura. Las mujeres que acabaron su parto por cesárea fueron las que puntuaron con la media más baja. Tabla 27 – Figura32.

El test post-hoc estableció que las diferencias estadísticamente significativas se encontraban entre los siguientes grupos: Entre el grupo de las mujeres que acabaron el parto sin puntos de sutura y el grupo de mujeres que acabó con una episiotomía ($p=0.001$), entre el grupo de mujeres que acabaron el parto sin puntos de sutura y el grupo de mujeres que acabó con una cesárea ($p=0.001$), entre el grupo de las mujeres que acabó con la sutura de un desgarró y el grupo de mujeres que acabó con una cesárea ($p=0.001$) y entre el grupo de mujeres que acabó el parto con una episiotomía y el grupo que acabó en cesárea ($p=0.001$).

Al dividir el cuestionario en los distintos dominios se pudo observar que en cada uno de los 4 dominios en los que se puede dividir este cuestionario, las mujeres que acabaron su parto sin puntos de sutura fueron las que puntuaron con una media más alta y las mujeres que acabaron su parto con cesárea fueron las que puntuaron con las medias más bajas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. Tabla 27.

Tabla 27. Miedo al parto y experiencia de parto en función de los puntos de sutura recibidos.

	Puntos de sutura	Media	N	D.E	Valor p
Puntuación total BAS	Sin puntos de sutura	15.39	89	5.2	0.19
	Episiotomía	16.63	74	4.79	
	Desgarros	16.57	147	4.64	
	Los propios de la cesárea	16.79	104	4.76	
Puntuación total CEQ-E	Sin puntos de sutura	72.59	89	9.51	0.001*
	Episiotomía	68.12	74	10.71	
	Desgarros	69.65	147	11.2	
	Los propios de la cesárea	60.27	104	11.93	
Puntuación Dominio 1 CEQ-E. Capacidad propia	Sin puntos de sutura	28.21	89	5.63	0.001*
	Episiotomía	25.86	74	5.94	
	Desgarros	26.48	147	5.8	
	Los propios de la cesárea	23.34	104	6.77	
Puntuación Dominio 2 CEQ-E. Participación	Sin puntos de sutura	9.21	89	2.63	0.001*
	Episiotomía	8.12	74	2.74	
	Desgarros	8.82	147	2.77	
	Los propios de la cesárea	6.63	104	2.94	
Puntuación Dominio 3 CEQ-E. Apoyo profesional	Sin puntos de sutura	18.36	89	2.61	0.001*
	Episiotomía	18.24	74	3.16	
	Desgarros	18.15	147	3.23	
	Los propios de la cesárea	16.15	104	4.31	
Puntuación Dominio 4 CEQ-E. Seguridad percibida	Sin puntos de sutura	16.8	89	2.49	0.001*
	Episiotomía	15.9	74	2.82	
	Desgarros	16.21	147	2.74	
	Los propios de la cesárea	14.14	104	2.8	

* Test de Kruskal Wallis



Figura 32. Experiencia de parto en función de los puntos de suturas recibidos en el parto.

6.3 Análisis multivariable

Análisis de regresión logística binaria:

Se realizó con la variable recodificada experiencia de parto (puntuación del test CEQ-E) con valores de 1 (valores por encima de la media) y 0 (valores por debajo de la media) y como variables independientes se incluyeron la edad, el número de hijos, el miedo al parto (puntuación del test BAS) además de aquellas variables categóricas que tuvieron significación estadística en el análisis bivariante: estado civil, ingresos económicos, abortos previos, modo del inicio del parto, analgesia utilizada en el parto, acompañamiento durante la dilatación y/o el expulsivo, tipo de parto y puntos de sutura recibidos en el parto.

Tabla 28. Modelo de Regresión Logística Binaria

Variables independientes	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad	1	0.001	0.91	0,88	0.95
Ingresos económicos (menos de 1000 €/mes)	3	0.004	Ref.		
Ingresos económicos (entre 1000 y 2000 € mes)	1	0.002	2.4	1.37	4.23
Ingresos económicos (entre 2000 y 3000 € mes)	1	0.001	2.83	1.52	5.27
Ingresos económicos (más de 3000 € mes)	1	0.002	3.53	1.58	7.89
Abortos	1	0.03	1.58	1.05	2.4
Acompañamiento	1	0.001	3.68	1.91	7.11
Tipo de parto (eutócico)	2	0.001	Ref.		
Tipo de parto (instrumentado)	1	0.001	0.41	0.25	0.68
Tipo de parto (cesárea)	1	0.016	0.51	0.3	0.88
Miedo al parto (puntuación BAS)	1	0.001	0.9	0.87	0.94
Variable dependiente experiencia de parto (0/1). Variables independientes: número de hijos, estado civil, ingresos económicos, abortos previos, modo del inicio del parto, analgesia, acompañamiento durante la dilatación y/o el parto, tipo de parto, puntos de suturas recibidos, miedo al parto (puntuación test BAS).					
Prueba de Hosmer y Lemeshow Chi-cuadrado 16,12 (p=0.04) y R cuadrado de Nagelkerke (0.27)					

La edad se comportó como un factor protector para la experiencia de parto de forma que a más edad peor fue la experiencia de parto.

Las mujeres que tuvieron unos ingresos medios (entre 1000 y 2000 euros al mes) tuvieron un riesgo 2.4 veces mayor de tener una mejor experiencia de parto que aquellas que tuvieron los ingresos más bajos (menos de 1000 euros al mes).

Las mujeres que tuvieron unos ingresos medio-altos (entre 2000 y 3000 euros al mes) tuvieron un riesgo de 2.83 veces mayor de tener una mejor experiencia de parto que aquellas que tuvieron los ingresos más bajos (menos de 1000 euros al mes)

Las mujeres que tuvieron los ingresos más altos (más de 3000 euros al mes) tuvieron un riesgo 3.53 veces mayor de tener una mejor experiencia de parto que aquella que tuvieron los ingresos más bajos (menos de 1000 euros al mes).

Las mujeres que tuvieron abortos previos tuvieron un riesgo de 1,59 veces mayor de tener una mejor experiencia de parto que aquellas que no tuvieron abortos previos.

Las mujeres que estuvieron acompañadas durante el periodo de dilatación y/o expulsivo tuvieron un riesgo de 3.68 mayor de tener una mejor experiencia de parto que las que no estuvieron acompañadas.

Las mujeres que tuvieron un parto instrumentado tuvieron un riesgo de 2.44 veces mayor de tener una peor experiencia de parto que aquellas que tuvieron un parto eutócico.

Las mujeres que tuvieron un parto por cesárea tuvieron un riesgo de 1,96 veces mayor de tener una peor experiencia de parto que aquellas que tuvieron un parto eutócico.

El miedo se comportó como un factor de riesgo para la experiencia de parto, de forma que cuanto mayor era el miedo que tenían las mujeres, mayor era el riesgo de tener una peor experiencia de parto (OR 1.1).

DISCUSIÓN

VII. DISCUSIÓN

Dar a luz a un niño pertenece a las experiencias más impactantes de la vida. Sin embargo, muchas mujeres embarazadas sufren de miedo severo al parto (FOC) y experimentan su parto de maneras muy diferentes, dependiendo de su personalidad, experiencias previas de vida y parto, embarazo y circunstancias de parto(192)(193).La experiencia de parto es por lo tanto un evento propio de la mujer, pero que incluye procesos psicológicos y fisiológicos subjetivos interconectados y condicionados por contextos sociales, ambientales, organizativos y políticos (194). Ello hace interesante aproximarse a esta experiencia desde diferentes puntos de vista, de manera que se puedan aportar diferentes perspectivas. En este sentido, el estudio que hemos planteado puede ofrecer información relevante.

Entre los principales hallazgos de nuestro estudio las mujeres con más edad presentaron más miedo al parto que las mujeres más jóvenes. Parece lógico, pero el resultado puede ser sorprendente. Esto puede deberse a que, por regla general, la edad es un factor de riesgo para tener complicaciones durante el embarazo (195)(196). Además, las mujeres con más edad tienen más probabilidad de haber tenido otros embarazos previos, y por tanto ya han vivido la experiencia de parto anteriormente. Si esta experiencia previa no fue la mejor, es normal que tengan más miedo al nuevo parto que se presenta (197)(198).

Las mujeres casadas presentan una mayor satisfacción durante el parto, pues sienten mayor apoyo, seguridad y capacidad para afrontar todo el proceso, y por lo que tienen una mejor experiencia de parto (199). Nuestro estudio coincide con Arantes do Souto, S.P. y otros (200) en que encontramos una asociación significativa entre el nivel educativo más bajo, el estado civil soltero/divorciado y la experiencia de parto.

El nivel de estudios en la mujer se relaciona con el miedo al parto y con la experiencia de éste. La presencia de formación y estudios en la mujer va a disminuir el miedo y mejorar la experiencia de parto, mientras que la inexistencia de estudios o formación básica va a llevar a un mayor nivel de miedo y con ello a una mala experiencia de parto. Pertile y su equipo (201) relacionan la probabilidad de no asistir a clases de preparación, con variables

sociodemográficas, entre ellas el nivel educativo y el estado civil. Esta asociación lleva a establecer que el déficit de conocimientos sobre el parto y la ignorancia de los sucesos que puedan ocurrir durante el embarazo, parto y postparto, determina la mala evolución del periodo prenatal y postnatal. La mujer desempleada, ama de casa sin estudios o medios-bajos, no dispone de la posibilidad de aprender o/y dejarse asesorar sobre el parto, o incluso no tener consciencia de la importancia de la educación maternal, debido a sus circunstancias económicas, laborales o socioculturales, para conseguir una buena experiencia y desarrollo de parto.

En cuanto a los ingresos económicos en la unidad familiar, nuestra investigación coincide con estudios recientes de que es un factor predictivo del miedo al parto presente en la embarazada (FOC) (196). Las mujeres que poseen unos ingresos medios-altos tienen menos miedos y mejor experiencia de parto que aquellas que tienen ingresos bajos, por lo tanto, el miedo está relacionado con el estatus socioeconómico bajo (202).

La experiencia de parto va a ser diferente, para mujeres que padecieron un aborto con anterioridad. La capacidad de la mujer para afrontar el parto se ve disminuida, puesto que temen a un resultado adverso del parto para ellas o su hijo; sin embargo, su participación y la sensación de sentirse apoyadas en todo trabajo de parto se aumenta en aquellas mujeres con aborto previo. Es por ello, que, igual que otros estudios coincidimos en que no existe una relación significativa entre el aborto y la experiencia de parto, ni el miedo al parto(203).

El acompañamiento durante todo el trabajo de parto, dilatación y/o expulsivo permite a la mujer tener menor miedo a todo el proceso, y con ello una mejor experiencia de parto, facilitando un mayor control, capacidad y seguridad de la embarazada. Según Weeks, F. y otros y coincidiendo con nuestro estudio, el estar acompañada durante todo el trabajo de parto por una persona de nuestra elección se asoció con una mayor satisfacción en relación a todo el proceso(204). Las mujeres que reciben un apoyo continuo de un compañero durante todo el trabajo de parto y parto de forma activa, pueden mejorar sus resultados de parto(66).

Otro hallazgo importante que se encontró en nuestro estudio fue que las mujeres que tenían más miedo al parto tuvieron una peor experiencia de parto. En la literatura científica se ha publicado de forma consistente que un FOC más alto se ha asociado con resultados de parto desfavorables y peores experiencias de parto subjetivas (193).

El autor Grundström (205) establece que la presencia de miedo al parto en la mujer durante el embarazo no solo lleva a un parto complicado y a una experiencia angustiosa, sino que se relaciona con un deterioro de la calidad de vida de la mujer e influir en su estado de salud mental. También Martins (206) dice que la transición a la maternidad supone grandes cambios físicos, sociales y emocionales complejos, que vinculados a otros factores estresantes o negativos relacionados al parto y a la experiencia de parto pueden provocar una disminución de la calidad de vida en la mujer.

Las mujeres que asistieron a los cursos de preparación al parto tuvieron menos FOC y como consecuencia una mejor experiencia de parto, muy probablemente debido a la información recibida en esos cursos. Estos hallazgos coinciden con otros estudios publicados recientemente (207)(208)(209). A pesar de ello, no hemos podido demostrar que las mujeres que asistieron a los cursos de preparación tuvieran mejor experiencia de parto ya que, pese a que tuvieron unas puntuaciones más altas en experiencia de parto (CEQ-E), las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

No obstante, si se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en mujeres que estuvieron acompañadas durante todo el periodo de dilatación y/o periodo expulsivo. Las mujeres acompañadas presentaban menos miedo al parto que las mujeres que no estaban acompañadas y mostraron una mejor experiencia de parto, reflejada en una fuerte capacidad para afrontarlo, buena participación en todo el proceso, y sintiéndose apoyada y segura por el personal sanitario que le atendía. El acompañante brinda apoyo emocional y físico a la embarazada durante todo el trabajo de parto y tiene un papel muy efectivo en la disminución del nivel de ansiedad en relación a los resultados del parto, puesto que ayuda a la mujer a controlar el estrés, las preocupaciones y los dolores ocasionados por el parto (64)(69).

El modo en que se inició el parto también fue determinante en el nivel de miedo al parto. Hemos podido comprobar que las mujeres tenían programada una cesárea eran las que más miedo declaraban. Probablemente esto se debe a que el parto vaginal se entiende como un proceso más natural mientras que el parto por cesárea implica una intervención quirúrgica con los riesgos que esto pueda suponer. De hecho, también tuvieron más miedo las mujeres que fueron programadas para una inducción del parto que aquellas que tuvieron un parto normal. Estos resultados coinciden con otros estudios como el desarrollado por Sydsjö y su equipo (210). A su vez nuestro estudio concuerda con lo descrito por Carlhäll (211) sobre la correlación existente entre la inducción al parto con el aumento del riesgo a tener una experiencia de parto negativa.

Está demostrado que el FOC influye negativamente en el dolor que siente la mujer durante el parto (212). Para paliar el dolor en el parto, el método más utilizado en España es la analgesia epidural (213). Nuestros resultados coinciden con estas afirmaciones ya que las mujeres que tuvieron más FOC fueron las que más solicitaron este tipo de analgesia. Esto puede deberse a que las mujeres con más miedo toleran peor el dolor y tienen más ansiedad durante el proceso de parto y el hecho de sentir menos dolor las tranquiliza. Sin embargo, pudimos observar que las mujeres que solicitaron la analgesia epidural tuvieron peor experiencia de parto que aquellas que no la solicitaron. Hay estudios que afirman que un buen manejo del dolor durante el parto hace que la experiencia de parto sea más satisfactoria (214). Sin embargo, la experiencia de parto depende de múltiples factores, como, por ejemplo, el tiempo que dure el proceso, la dificultad del expulsivo, el trato del personal sanitario a la señora... y no solamente del manejo del dolor (209).

En este sentido, es preciso discernir entre la forma en la que se inició el proceso de parto y como finalmente terminó dicho proceso. Una mujer pudo comenzar el parto de forma espontánea o incluso inducido y finalmente pudo terminar como un parto eutócico, como un parto instrumentado o mediante cesárea. En nuestro estudio hemos observado que las mujeres con unos niveles más altos de FOC acabaron en un parto por cesárea mientras que las que tuvieron menos FOC acabaron con un parto eutócico. El miedo al parto (FOC) y el miedo al dolor, llevan a la demanda frecuente de analgesia epidural y a la

solicitud por parte de la mujer de una cesárea innecesaria, pudiendo ocasionar un parto traumático y un deficiente desarrollo neuro emocional del recién nacido (215).

Consideramos interesante tener en cuenta estos hallazgos, en concordancia con los de la revisión sistemática de Molgora et al (216), sobre todo porque muchos estudios avalan que un alto nivel de miedo al parto se relaciona con una mayor frecuencia de cesáreas (posiblemente porque el miedo al parto induce a preferir este procedimiento) (217)(218)(219).

Sería interesante, incluir un breve cuestionario rápido y sencillo, como es la Escala de Anticipación del Nacimiento (BAS) en las consultas de seguimiento del embarazo del tercer trimestre, de manera protocolaria. Ya que, si el miedo está presente en el 80% de las gestantes y es un factor significativo para la experiencia y desarrollo de parto en la mujer, es de gran importancia detectar la presencia de éste en las embarazadas.

De esta forma se conseguiría captar a estas mujeres y poder ofrecerles ayuda de profesionales cualificados para reducir el problema. Puesto que actualmente, el miedo en la embarazada no se contempla en las consultas durante la gestación, y puede llevar a complicaciones durante el parto y el postparto. Los recursos se han centrado en reducir la mortalidad perinatal pero no se presta atención a otros aspectos en la embarazada, que se evitarían mediante una buena gestión.

Además, durante el puerperio es importante conocer como fue la experiencia de parto de la mujer, ya que va a aportarnos información sobre su estado psicológico, si presenta ansiedad, depresión o cualquier estado anímico que pueda verse agravado o provocado por las experiencias vividas durante el parto, así como las consecuencias sobre embarazos futuros y relación de pareja-familia. Es por ello, que, si poseemos las herramientas, como el cuestionario que mide dicha experiencia (CEQ-E) solo necesitamos los conocimientos de su existencia y su inclusión en el ámbito sanitario, y con todo ello, la información y valoración de su importancia por parte los profesionales materno-infantil, con la finalidad de prevenir complicaciones, identificar las mujeres en riesgos y permitir una mejoría de la salud mental en aquellas mujeres víctimas del miedo durante el

parto y postparto y que como consecuencia presenten síndrome de estrés postraumático.

Hoy en día existe poca investigación acerca del uso de intervenciones no clínicas para reducir el miedo al parto. Se conoce la presencia de la psicoeducación y su relación con la disminución de FOC, así como la elaboración de un plan de parto para mejorar los resultados de este, pero no se llevan a cabo en la mayoría de los casos (215). Además, el FOC no tratado es un factor de riesgo de parto traumático (220)(221) y la ansiedad específica del embarazo, incluido el miedo al parto, se asocia con un desarrollo neuro emocional deficiente en los recién nacidos causado por altos niveles de cortisol materno (222)(223).

Estos hallazgos pueden ser útil para reflexionar y poder aplicar durante la práctica clínica una serie de acciones encaminadas de disminuir el miedo que la mujer pueda tener al parto. Entre estas acciones cabe el fomentar que las mujeres acudan a los cursos de preparación al parto, que se les informe en cada consulta de forma individualizada, de forma que la mujer pueda explicarse y expresar sus miedos y sus sentimientos. En dicho estudio se ha visto que, las mujeres que asistieron a clases de preparación al parto tienen menos miedos y con ello una mejor experiencia de parto. Autores como Larissa G. (161) afirman que una atención y educación plena y centrada mental-físicamente en el parto (la mente en el trabajo de parto (MIL), puede llegar a conseguir una mayor autoeficacia en éste, reducir el miedo, control del dolor y una variedad de resultados negativos durante el parto (224).

Hay varias limitaciones en el presente estudio. Una de ellas podría ser que la muestra se tomara sólo dos hospitales del sur de España, que se encuentran muy cerca geográficamente. Aunque el tamaño de la muestra se calculó para que fuera representativo en número, no se debe descartar un sesgo de muestreo debido a la pequeña dispersión geográfica, aunque las características de la muestra no deben de diferir mucho del resto de la población de nuestro país.

Otro aspecto a mencionar es que los datos fueron obtenidos por las participantes, lo que podría dar lugar a sesgos como el olvido, la memoria selectiva o la exageración. También se les ofreció un enlace al cuestionario que podían completar desde cualquier dispositivo conectado a Internet.

Por otro lado, este estudio también cuenta con algunas fortalezas. Una de ellas es que se utilizaron cuestionarios validados para las medidas. Para la experiencia de parto ya existía uno validado en español (CEQ-E), pero sin embargo el BAS utilizado para medir el miedo, no estaba validado en nuestro medio y hubo que validarlo, haciendo la adaptación transcultural y el análisis factorial pertinente. Además, el cuestionario para medir el FOC se evaluó durante el tercer trimestre, momento en el que se informa de que los niveles de FOC en la embarazada son más elevados que al principio del embarazo (176).

CONCLUSIONES

VIII. CONCLUSIONES

Los miedos presentes en la mujer embarazada van a determinar su propia experiencia de parto. Es decir, el miedo se considera un factor de riesgo importante en la evolución y desarrollo de todo el proceso de parto, ya que cuanto mayor sea el miedo peor será la experiencia vivida.

Las mujeres que presentaron más miedo al parto durante el tercer trimestre toleraron peor el dolor, eligiendo los opiáceos como primera opción y a continuación la epidural. Por otro lado, se vio que las mujeres que optan por un parto sin analgesia tuvieron mejor experiencia de parto.

Las mujeres casadas, las que tienen más formación académica y las que tienen unos ingresos económicos más altos son las que presentaron menos miedo y mejor experiencia de parto.

Las mujeres que participan en los cursos de educación maternal o preparación al parto tuvieron menos miedo que aquellas que no fueron a estos cursos.

Las mujeres que inician su parto de forma espontánea tienen menos miedo que aquellas que por el motivo que sea tienen programadas una inducción del parto o una cesárea.

Las mujeres que presentaron más miedo presentaron menos tolerancia al dolor, solicitando más analgesia, teniendo unos peores resultados obstétricos y por tanto peor experiencia de parto.

Por todos estos motivos, sería muy interesante que los profesionales sanitarios, en nuestra práctica clínica diaria, prestemos especial atención al miedo al parto que puedan presentar las mujeres para así poder mejorar los resultados obstétricos que de él dependen y mejorar la experiencia de parto.

BIBLIOGRAFÍA

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Esteban R. Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Clínica y Salud. Investigación Empírica en Psicología*. 2021; 2(3): p. 257-269.
2. Sarduy -Nápoles M, Molina- Peñate L, Tapia- Llody G, Medina-Arencibia C, Chiong- Hernández D. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*. 2018; 44(2).
3. González-Merlo J, González-Bosquet E. Evolución histórica y advenimiento de la especialidad. Concepto actual de la obstetricia y ginecología: Criterio unitario. Contenido. Características y evolución actual. In Cabero-Roura L, Cabrillo-Rodríguez E. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.; 2003. p. 1-13.
4. Sedano L, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2014 septiembre; 6(25): p. 866-873.
5. Crespo-Antepara ND. Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. *Pol.Con*. 2019 diciembre; 4(12).
6. Bello Hernández MJ, Rodríguez Frías L, Rodríguez Fernández AA. Matronas en la antigüedad: Antiguo Egipto(I). *REVISTA EGLE (ISSN-E: 2386-9267)*. 2018 Julio 13; 11: p. 39-47.
7. Conde Fernández F. Parteras, comadres, matronas evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. In *Discursos Académicos 49*. Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote.; 2011; Arrecife (Lanzarote). p. 7-56.
8. Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L. Enfermería de la Mujer y de la Familia. Parte 3. In Ministerio de Sanidad SSeI, editor. *Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)*.; 2015. p. 311-348.
9. Lugones Botell M, Ramírez Bermúde M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2012 julio 26; 38(1): p. 134-145.
10. Bielsa Miñana M, Pinto Rodríguez B, Alloza García E, Pérez Mateo S. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. [Online].; 2017 [cited 2022 Jun 4. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/matronas-historia-cuidar-enfermeria/>.
11. Manrique Tejedor J, Fernández Cuesta AI, Echevarría Amado-Loriga P, Figuerol Calderó MI, Teixidó Badia J, Barranco Moreno MP. *Historia de la profesión de matrona*. Colegio Oficial de Enfermería de Lleida. 2014: p. 26-28.
12. Lattus J. *Fórceps. Embryulcia el fórceps en Obstetricia*. Santiago; 2012.

13. Lattus- Olmo J. El fórceps, su exótica e interesante historia. Rev. Obstet. Ginecol. 2008; 3(2): p. 155-168.
14. Zayas- Fundora E, Tome- Díaz P. Albores y evolución de la Obstetricia. Revista estudiantil 16 de abril. 2021 abril 16; 60(280): p. 1-7.
15. O´Dowd MJ, Phillip EE. Narrativa-Panorámica histórica. Antigüedad. In O´Dowd MJ, Phillip EE. Historia de la Ginecología y Ostetricia. Barcelona: Edika Med.; 1995. p. 1-46.
16. Ricardo-Arencibia J. ResearchGate. [Online].; 2002 [cited 2022 Jul 15. Available from: https://www.researchgate.net/publication/228482539_Operacion_Cesarea_Recuento_Historico.
17. Protocolos SEGO. Fórceps. Prog Obstet Ginecol. 2004; 47(7): p. 355-8.
18. O'Dowd MJ, Philipp EE. The History of Obstetrics and Gynaecology London: CRC Press; 2000.
19. O´Dowd MJ, Phillip EE. Las matronas en la historia. In O´Dowd MJ, Phillip EE. Historia de la Ginecología y Ostetricia. Barcelona: Edika Med.; 1995. p. 141-150.
20. Montes Muñoz M, Esteban Galarza M. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral. Antropología Social y Cultural. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili Facultat de Lletres, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social; 2007.
21. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia Práctica. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol. 2018; 61(5): p. 510-527.
22. Rychitý A, Strete GE, Suciú L, Ghiga D, Salcudeán A, Marginean C. Psychological Stress Perceived by Pregnant Women in the Last Trimester of Pregnancy. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022 Jul; 19(14): p. 8315.
23. Gómez López ME, Aldana Calva E, Carreño Meléndez J, Sánchez Bravo C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. Psicología Iberoamericana. 2006 Dec; 14(2): p. 28-35.
24. Romeu Martínez M, Rodríguez Díaz L, Vázquez Lara JM, Dios Pérez MI, Díaz Lozano P, Romeu Martínez B. Aspectos psicosociales en la gestación. Influencias culturales y religiosas. El significado y la repercusión del embarazo en la pareja y en el entorno familiar y social. Cambios psicológicos en la gestación. Vínculo afectivo. In Ministerio de Sanidad SSeI, editor. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona). Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 2. Madrid: Colección Editorial de Publicacions del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.; 2017. p. 295-311.
25. Maldonado-Durán JM, Brockington I. La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011.

26. Maldonado-Durán M, Saucedo-García J, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum*. 2008 Jan-Mar; 22(1): p. 5-14.
27. El parto es nuestro. Comienza el vínculo. [Online].; 2022 [cited 2022 Jun 10. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/comienza-el-vinculo>.
28. Pearson RM, Lightman SL, Evans J. Emotional sensitivity for motherhood: Late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces. *Hormones and Behavior*. 2009 Sep; 56: p. 557-563.
29. Alba-Romero C, Ale-Gay I, Olza-Fernández I. *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.; 2011.
30. Jasnow AM, Schulkinb J, Pfaff DW. Estrogen facilitates fear conditioning and increases corticotropin-releasing hormone mRNA expression in the central amygdala in female mice. *Hormones and Behavior*. 2006; 49: p. 197 – 205.
31. Vargas-Rueda A, Chaskel R. Neurobiología del apego. *AVANCES EN PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA*. 2007; 8: p. 45-56.
32. De Almeida Schiavo R. Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal / Producción Científica en Psicología Obstétrica / Perinatal. *Brazilian Journal of health Review*. 2020; 3(6): p. 16204-16212.
33. Bydlowski M. *La deuda de vida : Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid APd, editor. Madrid: Biblioteca Nueva; 2007.
34. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE*. 2020 July; 15(7).
35. Romeu Martínez M, Rodríguez Díaz L, Vázquez Lara JM, Dios Pérez MI, Díaz Lozano P, Romeu Martínez B. Programas de educación para la maternidad. Historia.Objetivos. Tendencias actuales. Contenido teórico y práctico. Ejercicios físicos, ejercicios del suelo pélvico y estática corporal. Ejercicios respiratorios. Ejercicios de relajación. In Ministerio de Sanidad SSeI, editor. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). *Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 2*. Madrid: Colección Editorial de Publicacions del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.; 2017. p. 312-337.
36. Sserwanja Q, Nuwabaine L, Gatasi G, Wandabwa JN, Musaba MW. Factors associated with utilization of quality antenatal care: a secondary data analysis of Rwandan Demographic Health Survey 2020. Sserwanja et al. *BMC Health Services Research*. 2022; 22(812): p. 2-10.
37. Ricchi, A; La Corte,S; Molinazzi, M.T; Messina,M.P; Banchelli,F; Neri,I. *Clin Ter*. 2020; 171(1): p. e78-86.
38. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedy S, Mohammad-Alizadeh-Charandab S, Mirghafourvand M. Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their

- attendance at childbirth preparation classes. *Nursing Open*. 2021 Jan 21; 8: p. 2558–2566.
39. Cuadros G, Gelves V, Mendoza C. Psicoprofilaxis para un parto sin temor. Estudio de investigación. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas.; 2016.
 40. Osorio-Chestnut J, Carvajal-Carrascal G, Rodriguez-Gazquez M. Preparation for Motherhood during Pregnancy: a Concept Analysis. *Invertir. Educ. Enferm*. 2017 Aug; 35(3): p. 295-305.
 41. Doaltabadi Z, Amiri-Farahani L, Batool Hasanpoor-Azghady S. Implementation of Virtual and Face-to-Face Childbirth Preparation Training for the Spouses of the Primiparous Women to Reduce the Fear of Childbirth, Improve the Pregnancy Experience, and Enhance Mother- and Father-Infant Attachment: Protocol for a Q.C.T. *Obstetrics and Gynecology International*. 2021 Apr; 2021: p. 7.
 42. Guspianto, Ibnu IN, Asyary A. Associated Factors of Male Participation in Antenatal Care in Muaro Jambi District, Indonesia. *Journal of Pregnancy*. 2022 May 18; 2022: p. 6842278.
 43. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. 2010; 26(3): p. 357-366.
 44. Doaltabadi Z, Amiri-Farahani L, Batool Hasanpoor-Azghady S, Haghani S. The effect of face-to-face and virtual prenatal care training of spouses on the pregnancy experience and fear of childbirth of primiparous women: A controlled quasi-experimental study. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2021 May; 1(10).
 45. Gagnon A, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (Review). *The Cochrane Library* 2007 I3, editor.: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.; 2011.
 46. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. *Matronas Prof*. 2014; 15(4): p. 137-141.
 47. Fernández R, López E, Armelles M. Guía para embarazadas. 2018th ed. Pública. SdS, editor. Generalidad de Cataluña.: Departamento de Salud; 2018.
 48. World Health Organization. Pregnant women must be able to access the right care at the right time says who. [Online].; 2016 [cited 2022 Jun 7. Available from: <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
 49. Ministerio de Sanidad. Plan de parto. [Online].; 2022 [cited 2022 Aug 29. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/saludSexualReproduccion/planPartoNacimiento.htm>.

50. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA.
51. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.; 2019.
52. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). [Online].; 2020 [cited 2022 julio 11. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/>.
53. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Plan de parto y nacimiento Sistema Sanitario Público de Andalucía. 4th ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.; 2014.
54. Gonzalez-Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6th ed. Barcelona: Elsevier. Masson.; 2013.
55. Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L, Palomo Gómez R, Romeo Martínez M, Jiménez García MA, Pérez Marín S, et al. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. 2nd ed. Sanitaria INdG, editor. Madrid: Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: 2.039; 2017.
56. Rivero Gutiérrez C, Palomo Gómez R, Mora Morillo JM, et.al. Volumen3. Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 3. Parto.Puerperio y lactanci. Recién nacido. In Sanitaria. INdG, editor. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Madrid: Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: 1.957; 2014.
57. Gonzalez-Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
58. Abalos E, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Souza JP. Progression of the first stage of spontaneous labour. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Aug; 67: p. 19-32.
59. Rhoades JS, Cahill AG. Defining and Managing Normal and Abnormal First Stage of Labor. *Obstet Gynecol Clin*. 2017; 44(4): p. 535–545.
60. Hofmeyr GJ, Singata-Madliki M. The Second stage of Labor. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Aug 28; 67: p. 53-64.
61. Weeks AD, Fawcus S. Management of the third stage of labour. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2020 Mar; 67: p. 65-79.
62. Handelzalts JE, Levy S, Ayers S, Krissi H, Peled Y. Two are better than one? The impact of lay birth companions on childbirth experiences and PTSD. *Archives of Women's Mental Health*. 2022 Jun 13; 25: p. 797-805.

63. Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *Redshaw and Henderson BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13(70): p. 2-15.
64. Salehi A, Fahami F, Beigi M,.. The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iranian J Nursing Midwifery Research*. 2016; 21: p. 611-5.
65. Lunda P, Minnie CS, Benadé P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(167): p. 2-11.
66. Afulani P, Kusi C, Kirumbi L, Walker D. Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018 May; 18: p. a50.
67. Wang M, Song Q, Xu J, Hu Z, Gong Y, Lee AC, et al. Continuous support during labour in childbirth: a Cross-Sectional study in a university teaching hospital in Shanghai, China. Wang et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(480): p. 2-7.
68. Rhodes A, Smith AD, Llewellyn CH, Croker H. Investigating partner involvement in pregnancy and identifying barriers and facilitators to participating as a couple in a digital healthy eating and physical activity intervention. Rhodes et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021; 21(450).
69. Alharbi A, Alodhayani A, Aldegether M, Batais M, Almigbal T, Alyousefi N. Attitudes and barriers toward the presence of husbands with their wives in the delivery room during childbirth in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018; 7: p. 1467-75.
70. Eu KS, Chung CD. Impact of suspending labour companionship during the COVID-19 pandemic on intrapartum care and delivery outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2022 Jan 22; 62: p. 413–419.
71. Bohren M, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa R, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*. ;(7): p. 130.
72. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; 3: p. CD012449.
73. Rungreangkulkij S, Ratinthorn A, Lumbiganon P, al. e. Factors influencing the implementation of labour companionship: formative qualitative research in Thailand. *BMJ Open*. 2022 May 4; 12: p. 1-13.
74. Assfaw HM, Abuhay M, Asratie MH. Desire for Birth Companionship Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Debremarkos City, Northwest Ethiopia: Magnitude and Associated Factors. *Front. Glob. Womens Health*. 2022 April 7; 3(823020): p. 10.
75. Dahlen HG. It is time to consider labour companionship as a human rights issue. *Evid Based Nurs*. 2020 Jul; 23(3): p. 78.

76. Molin B, Sand A, Berger AK, Georgsson S. Raising awareness about chronic pain and dyspareunia among women – a Swedish survey 8 months after childbirth. *Scand J Pain*. 2020 May 8; 20(3): p. 565-574.
77. Martínez-Burnes J, Muns R, Barrios-García H, Villanueva-García D, Domínguez-Oliva A, Mota-Rojas D. Parturition in Mammals: Animal Models, Pain and Distress. *Animals*. 2021 Oct; 11: p. 2960.
78. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Fisiología del trabajo de parto. In Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetricia*. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.; 2019. p. 1-38.
79. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Capítulo 25: Analgesia obstétrica y anestesia. In *Williams Obstetricia*, 25e.: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.; 2019. p. 31.
80. Khalatbari-Soltania S, Blyth FM. Socioeconomic position and pain: a topical review. *Pain*. 2022 Oct; 163(10): p. 1855-1861.
81. Molina Fernández MI. Expectativas y Satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili, Departament d'Infermeria.; 2014.
82. SEGO. Protocolos. Analgesia del parto. *Prog Obstet Ginecol*. 2008; 51(6): p. 374-83.
83. Orte EM, Giménez LA, Moreno V, Cebollada MC, Sanjuán R, Serrano B. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. [Online].; 2017 [cited 2022 Aug 14. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/dolor-parto/>].
84. Lázaro Alcay JJ, Borrás Verdadera M, Mazarico Gallego E, Laílla Vicens JM. Analgesia y anestesia en Obstetricia. In González-Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6ª. 6th ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. p. 218-229.
85. Altınayak SÖ, Özkan H. The effects of conventional, warm and cold acupuncture on the pain perceptions and beta-endorphin plasma levels of primiparous women in labor: A randomized controlled trial. *Explore*. 2022 Sep-Oct.; 18(5): p. 545-550.
86. Ozdemir S, Chen T, Tan CW, Wong WH, Tan HS, Finkelstein EA, et al. Parturients' Stated Preferences for Labor Analgesia: A Discrete Choice Experiment. *Dove Medical Press Limited*. 2022 Apr; 16: p. 983–994.
87. Rantala A, Hakala M, Pölkki T. Women's perceptions of the pain assessment and non-pharmacological pain relief methods used during labor: A cross-sectional survey. *European Journal of Midwifery*. 2022 Apr; 6(21).
88. Van-der-Gucht N, Lewis K. Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*. 2015 Mar; 31(3): p. 349-358.

89. Kopf A, Patel NB. Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recurso. IASP. Asociación Internacional para el Estudio de Dolor.; 2010.
90. Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brazil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. Complementary therapies in labor: randomized clinical trial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019; 40: p. e20190026.
91. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 3: p. CD009290.
92. Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, et al. Acupuncture or acupressure for pain management during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; 2: p. CD009232.
93. Nájera GFR, Baquero FACyBAU. Analgesia obstétrica para el parto vaginal: eficacia y efectos adversos. *Revista Médica Sinergia*. 2020 Jan; 5(1).
94. Fernández Rodríguez V, Merchán Naranjo J, Vaillo Gordo E. Manejo del dolor en el parto. In Rodríguez Muñoz MF, Caparros-Gonzalez R. *Psicología perinatal en entornos de salud*. Madrid: Pirámide; 2022. p. 402.
95. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health*. 2019; 16(71): p. 2-20.
96. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, et.al. Relaxation techniques for pain management in labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 3: p. CD009514.
97. Corrigan L, Moran P, McGrath N, Eustace-Cook J, Daly D. The characteristics and effectiveness of pregnancy yoga interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22(250).
98. Chethana B, Raghunandan C, Saili A, Mondal S, Saxena P. Prenatal Yoga: Effects on Alleviation of Labor Pain and Birth Outcomes. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2018; 00(00): p. 1-8.
99. Gupta R, Kaur G, Kaur J, Chawla S, Kaur S, al. e. Evaluating the effectiveness of TENS for maternal satisfaction in laboring parturients – Comparison with epidural analgesia. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 2021 Jan 18; 36: p. 500-5.
100. Njogu A, Qin S, Chen Y, Hu L, Luo Y. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021; 21(164): p. 2-8.
101. Palomares MS, Villalba AF, De-Buen SP, Cuartero MD, Sánchez MR. Métodos no farmacológicos en el alivio del dolor en el trabajo de parto. 2020; 15(20): p. 1024.

102. Richardson MG, Raymond BL, Baysinger CL, Kook BT, Chestnut DH. A qualitative analysis of parturients' experiences using nitrous oxide for labor analgesia: It is not just about pain relief. *Birth*. 2018 Jun 17; 1(8).
103. Deepak D, Kumari A, Mohanty R. Effects of Epidural Analgesia on Labor Pain and Course of Labor in Primigravid Parturients: A Prospective Non-randomized Comparative Study. *Cureus*. 2022 Jun; 14(6).
104. Altermatt C. F, De La Cuadra F. J, Kychenthal L. C, Irrarrázaval M. M, Lacassie Q. H. Anestesia espinal parte IV. Técnica de la anestesia espinal y sus variaciones. *Rev Chil Anest*. 2021; 50: p. 533-540.
105. García-Lausin L, Perez-Botella M, Durán X, Mamblona-Vicente MF, Gutiérrez-Martín MJ. Relation between Length of Exposure to Epidural Analgesia during Labour and Birth Mode. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019 August; 16: p. 2928.
106. Tan DJA, Sultana R, Han NLR, Sia ATH, et.al. Investigating determinants for patient satisfaction in women receiving epidural analgesia for labour pain: a retrospective cohort study. *BMC Anesthesiology*. 2018; 18(50): p. 2-8.
107. Borrelli S, Evans K, Pallotti P, Evans C, Eldridg J, Spiby H. Mixed-methods systematic review: Childbearing women's views, experiences, and decision-making related to epidural analgesia in labour. *JAN Adv Nurs*. 2020 Aug 10; 00: p. 1-20.
108. Zhi M, Diao Y, Liu S, Huang Z, Su X, Geng S, et al. Sufentanil versus fentanyl for pain relief in labor involving combined spinal-epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2020 Jan 07.
109. Cortés F, Merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. *Rev Chil Anest*. 2020; 49: p. 614-624.
110. O'Connell M, Khashan A, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill S. Interventions for fear of childbirth including tocophobia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; 7: p. CD013321.
111. 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: p. 97-115.
112. Wigerta H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, al. e. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2020; 15: p. 1704484.
113. O'Connell MA, Khashanb 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 and Birth*. 2021; 34: p. e309–e321.

114. Aguilera-Martín A, 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 Sep;: p. 1-31.
115. Deng Y LYLLQFBLHea. 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 Sep; 8(4): p. 380-38.
116. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand. AOGS.* 2017; 96: p. 907-920.
117. Richens Y, Campbell M, Lavender T. Fear of birth—A prospective cohort study of primigravida in the UK. *Midwifery.* 2019 Jun; 77: p. 101-109.
118. Xiao X, Ding M, Zhang YQ. Role of the Anterior Cingulate Cortex in Translational Pain Research. *Neurosci. Bull.* 2021 Mar; 37(3): p. 405-422.
119. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedy S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Women's Health.* 2020; 20(180): p. 2-8.
120. Junge C, Von Soest T, 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 Feb; 00: p. 1-9.
121. García R. Neurobiology of fear and specific phobias. *Learning & Memory.* 2017; 24: p. 462–471.
122. Walter MH, Abele H, Plappert CF. The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth:Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Front. Endocrinol.* 2021 Oct; 12(742236).
123. Maldonado-Durán M, Lartigue T. Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Roprod Hum.* 2008; 22(2): p. 100-110.
124. Roos A, Robertsonb F, Lochner C, Vythilinguma B, Stein DJ. Altered prefrontal cortical function during processing of fear-relevant stimuli in pregnancy. *Behavioural Brain Research.* 2011; 222: p. 200-205.
125. International Confederation of Midwives. Definiciones de la ICM. [Online].; 2018 [cited 2022 Sep 15. Available from: <https://www.internationalmidwives.org/es/nuestro-trabajo/pol%C3%ADtica-y-pr%C3%A1ctica/definiciones-de-la-icm.html>.
126. Larssona B, Rubertsson C, Hildingsson I. A modified caseload midwifery model for women with fear of birth,women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2020 Feb 23; 24(100504).

127. González-Mesa E, Jiménez-López J, Blasco-Alonso M, Lubián-López D. Obstetricians' Attitude towards Childbirth. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021 Oct; 18(20).
128. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2018 Feb 12; 16: p. 50-55.
129. Onchonga D, Várnagy A, Keraka M, Wainaina P. Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth. A qualitative interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2020; 25(100512).
130. Dharni N, Essex H, Bryant MJ, Cronin de Chavez A, Willan K, Farrar D, et al. The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021; 21(205): p. 2-11.
131. Shahinfar S, Abedi P, Najafian M, Abbaspoor Z, Mohammadi E, al. e. Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021; 21(173).
132. Zhang Y, Xu K, Gong L, Sun Y, Ren F. The effect of continuous midwifery services on the delivery mode, labor progress, and nursing satisfaction of primiparas during natural deliveries. *Am J Transl Res*. 2021 Jun 30; 13(6): p. 7249-7255.
133. Corte García P. Importancia de la educación maternal durante la gestación. *NPunto*. 2022 Aug; 5(53): p. 23-89.
134. Rodríguez Díaz L, Vázquez Lara J, Fernández Carrasco FJ, Gómez Salgado J. Aspectos psicológicos maternos durante el puerperio inmediato. In Rodríguez Muñoz MF, Caparros-Gonzalez RA. *Psicología perinatal en entornos de salud*. Madrid: Pirámide; 2022. p. 402.
135. Cárdenas EC, Kujawa A, Humphreys K. Neurobiological changes during the peripartum period: implications for health and behavior. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2020 Jul;: p. 1097–1110.
136. Grant AD, Erickson EN. Birth, love, and fear: Physiological networks from pregnancy to parenthood. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*. 2022 Apr 26; 11: p. 1-13.
137. Ebner NC, Horta M, Lin T, Feifel D, Fischer H, Cohen RA. Oxytocin modulates meta-mood as a function of age and sex. *Front. Aging Neurosci*. 2015 Sep; 7(175).
138. Draper ES, Gallimore ID, Smith LK, Matthews RJ, Fenton AC, Kurinczuk JJ, et al. MBRRACE-UK Perinatal Mortality Surveillance Report. MBRRACE-UK Perinatal Mortality Surveillance Report, UK Perinatal Deaths for Births from January to December 2020. Leicester: University of Leicester., Department of Health Sciences; 2022.
139. Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *Am Fam Physician*. 2019 Oct; 100(8): p. 485-491.

140. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Rubio-Alvarez A, et al. Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019 January; 16(253): p. 1-9.
141. Barba-Müller E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Archives of Women's Mental Health*. 2019; 22: p. 289–299.
142. Anido P, Derico M, Leguiza M, Otero C, Presta EG, Samaniego L. Puerperio normal y patológico. *Guía de Práctica Clínica. Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá"*; 2021.
143. Sánchez A, Martínez-Carrasco MT, Hernández Pérez MC. El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. *Matronas Profesión*. 2004: p. 12-18.
144. Muñoz M, Poo AM, Baeza B, Bustos M. L. Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev Chil Pediatr*. 2015: p. 25-31.
145. Beltrán-Calvo C, Martín-López JE, Solà-Arnau I, Aceituno-Velasco L, Alomar-Castell M, Barona-Vilar C, et al. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. *GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*; 2014.
146. Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G. The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*. 2020; 142: p. 104956.
147. Davis AMB, Sclafani V. Birth Experiences, Breastfeeding, and the Mother-Child Relationship: Evidence from a Large Sample of Mothers. *Canadian Journal of Nursing*. 2022; 54(4): p. 518–529.
148. Roncallo CP, Sánchez de Miguel M, Arranz Freijo E. Maternal-foetal bonding: implications for psychological development and proposal for early intervention. *Escritos de Psicología*. 2015 May-Aug; 8(2): p. 14-23.
149. Yaniv AU, Salomon R, Waidergoren S, Shimon-Raz O, Djalovskia A, Feldman R. Synchronous caregiving from birth to adulthood tunes humans' social brain. *PNAS*. 2020 June; 118(14): p. 1-11.
150. Martucci M, Aceti F, Giacchetti N, Sogos C. The mother-baby bond: a systematic review about perinatal depression and child developmental disorders. *Riv Psichiatr*. 2021; 56(5): p. 223-236.
151. McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth*. 2021 Sep; 34(5): p. 407-416.
152. Larkin P, Begley C, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009 Apr; 25(2): p. e49-59.

153. 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 Apr; 96(4): p. 438-446.
154. Fontein-Kuipers Y. Reducing maternal anxiety and stress in pregnancy: what is the best approach? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015 Apr; 27(2): p. 128-132.
155. Klabbers G, Heuvel MMA, Hedwig B, Vingerhoets A. Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, de-terminants, consequences and possible treatments. *Psychol Top*. 2016; 25(1): p. 107-127.
156. Raudasoja M, Sorkkila M, Vehviläinen-Julkunen K, Tolvanen A, Aunola K. The role of self-esteem on fear of childbirth and birth experience. *J Reprod Infant Psychol*. 2022 Sep 4;: p. 1-9.
157. Yoosefi-Lebni J, Khalajabadi-Farahani F, Solhi M, Ebadi-Fard-Azar F. Causes and Grounds of Childbirth Fear and Coping Strategies Used by Kurdish Adolescent Pregnant Women in Iran: A Qualitative Study. *J Reprod Infertil*. 2021; 22(1): p. 47-56.
158. Smith V, Gallagher L, Carroll M, Hannon K, Begley C. Antenatal and intrapartum interventions for reducing caesarean section, promoting vaginal birth, and reducing fear of childbirth: An overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2019 Oct; 14(10): p. e02243.
159. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdotti rH. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*. 2015 Mar; 42(2): p. 48-55.
160. Thomson G, Stoll K, Hall WA. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2017; 38(1): p. 37-44.
161. 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 and Childbirth*. 2017; 17(140): p. 2 of 11.
162. Rondung E TJSÖ. Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016 Dec; 44: p. 80-91.
163. Sheen K SP. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis.. *J Clin Nurs*. 2018 Jul; 27(13-14): p. 2523-2535.
164. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*. 2013 Nov 28; 3(11): p. e004047.
165. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res*. 2004 Jan-Feb; 53(1): p. 28-35.

166. Beck CT WS. Subsequent childbirth after a previous traumatic birth.. *Nurs Res.* 2010 Jul-Aug; 59(4): p. 241-9.
167. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth.* 2000 Jun; 27(2): p. 104-11.
168. 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 Jun; 82(1): p. 10-7.
169. Kingston D, Tough S. Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic re-view. *Matern Child Health J.* 2014 Sep; 18(7): p. 1728-41.
170. Bailham D JS. Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice.. *Psychol Health Med.* 2003; 8(2): p. 159–168.
171. Nicholls K AS. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *Br J Health Psychol.* 2007; 12: p. 491–509.
172. 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 and Childbirth.* 2019; 19(96): p. 2-12.
173. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017; 17(203): p. 2-19.
174. Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Identifying fear of childbirth in a UK population: qualitative examination of the clarity and acceptability of existing measurement tools in a small UK sample. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2020; 20(553): p. 2-11.
175. 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 and Childbirth.* 2018; 18(28): p. 2 of 15.
176. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2008 December; 116: p. 67-73.
177. Fairbrother N, Thordarson DS, Stoll K. Fine tuning fear of childbirth: the relationship between Childbirth Fear Questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 2018 Oct; 36(1): p. 15-29.
178. Ortega-Cejas CM, Roldán-Merino J, Biurrun-Garrido A, Castrillo-Pérez MI, Vicente-Hernández MM, et al. e. Miedo al parto: revisión bibliográfica de los instrumentos de medida. *Matronas Prof.* 2019 Mar; 20(2): p. e36-e42.

179. Slade P, Pais T, Fairlie F, Simpson A, Sheen K. The development of the Slade–Pais Expectations of Childbirth Scale (SPECS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2016 April 27; 34(5): p. 495-510.
180. Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear. Findings from the First Baby Study. NIH Public Access. *Birh*. 2013 December; 40(4).
181. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *JOGNN*. 2010 Jan; 39: p. 298-309.
182. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010; 10(81): p. 2-8.
183. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker AaRM. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16(1): p. 372.
184. Gourounti K, Kouklaki E, Lykeridou K. Validation of the Childbirth Attitudes Questionnaire in Greek and psychosocial characteristics of pregnant women with fear of childbirth. *Women and Birth*. 2015 February.
185. Vázquez MB, Míguez MC. Spanish Brief Version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire: PRAQ-20. *Clínica y Salud*. 2021; 32(1): p. 15-21.
186. Gong Y, Zhou H, Zhang Y, Zhu X, al. e. Validation of the 7-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) as a screening tool for anxiety among pregnant Chinese women. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 282: p. 98-103.
187. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, al. e. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009; 30(3): p. 168–174.
188. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, al. e. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J. Perinat. Med*. 2018; 46(2): p. 151-154.
189. Figueiredo B, Costa R. Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Arch Womens Ment Health*. 2009; 12: p. 143–153.
190. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006; 113: p. 638-646.
191. Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff K. Birth Experience in Women with Low, Intermediate or High Levels of Fear: Findings from the First Baby Study. *BIRTH*. 2013 December; 40(4): p. 289-296.
192. O'Connell MA, Martin CR, Jomeen J. Reconsidering fear of birth: Language matters. *Midwifery*. 2021 Nov; 102: p. 103079.

193. 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 Apr; 32(2): p. 99-111.
194. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, al. e. Developing of a new guideline for improving birth experiences among Iranian women: a mixed method study protocol. *Reproductive Health*. 2020; 1(17): p. 2-10.
195. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik-Velikonja V. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med*. 2018 Feb; 46(2): p. 151-154.
196. Phunyammalee M, Buayaem T, Boriboonthirunsarn D. Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *J Obstet Gynaecol*. 2019 Aug; 39(6): p. 763-767.
197. Nguyen LD, Nguyen LH, Ninh LT, Nguyen HTT, Nguyen AD, Vu LG, et al. Fear of Childbirth and Preferences for Prevention Services among Urban Pregnant Women in a Developing Country: A Mul-ticenter, Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May; 18(10): p. 5382.
198. Rublein L, Muschalla B. Childbirth fear, birth-related mindset and knowledge in non-pregnant women without birth experience. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Mar; 22(1): p. 249.
199. O'Connell M, Leahy-Warren P, Kenny L, O'Neill S, Khashan A. The prevalence and risk factors of fear of childbirth among pregnant women: A cross-sectional study in Ireland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019 Aug; 98(8): p. 1014-1023.
200. Arantes do Souto SP, Prata AP, Sartori de Albuquerque R, Almeida S. Prevalence and predictive factors for fear of childbirth in pregnant Portuguese women: A cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc*. 2022 Mar; 31: p. 100687.
201. Pertile R, Pedron M, Berlanda M, Piffer S. Antenatal course attendance among primiparous mothers, with physiological pregnancy and birth at term in Trentino (Northern Italy): characteristics of non-attender women and benefits among attender women in pregnancy behaviours, type of birth delivery and. *E&P*. 2015; 39(2): p. 88-97.
202. Mortazavi F, Agah J. Childbirth Fear and Associated Factors in a Sample of Pregnant Iranian Women. *Oman Med J*. 2018 Nov; 33(6): p. 497-505.
203. Bicking Kinsey C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff K. Effect of previous miscarriage on the maternal birth experience in the First Baby Study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013 Jul; 42(4): p. 442-50.
204. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Womens Health*. 2017 Mar; 62(2): p. 196-203.
205. Grundström H, Malmquist A, Ivarsson A, Torbjörnsson E, Walz M, Nieminen K. Fear of childbirth postpartum and its correlation with post-traumatic stress symptoms and

- quality of life among women with birth complications — a cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*. 2022 March; 25: p. 485-491.
206. Martins CA. Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enferm Clin*. 2018.
207. 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 Oct; 113: p. 103438.
208. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik-Velikonja V. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med*. 2018 Feb; 46(2): p. 151-154.
209. Fernández-Carrasco FJ, Silva-Muñoz GA, Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Rodríguez-Díaz L. Satisfaction with the Care Received and the Childbirth and Puerperium Experience in Christian and Muslim Pregnant Women. *Healthcare*. 2022 Apr; 10(4): p. 725.
210. 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 Jan; 91(1): p. 44-49.
211. Carlhäll S, Nelson M, Svenvik M, Axelsson D, Blomberg M. Maternal childbirth experience and time in labor: a population-based cohort study. *Scientific Reports* |. 2022; 12: p. 11930.
212. 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. *Encephale*. 2016 Apr; 42(2): p. 191-196.
213. 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 Sep-Oct; 33(5): p. 427-433.
214. Cheng WJ, Hung KC, Ho CH, Yu CH, Chen YC, Wu MP, et al. Satisfaction in parturients receiving epidural analgesia after prenatal shared decision-making intervention: a prospective, before-and-after cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jul; 20(2): p. 413.
215. Veringa-Skiba IK, I. de Bruin E, J. A. van Steensel F, 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*. 2021 June; 49: p. 40-51.
216. 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 Sep; 38(4): p. 346-454.

217. Kananikandeh S, Amin-Shokravi F, Mirghafourvand M, Jahanfar S. Factors of the childbirth fear among nulliparous women in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Jul; 22(1): p. 547.
218. Kanellopoulos D, Gourounti K. Tocophobia and Women's Desire for a Caesarean Section: a Systematic Review. *Maedica*. 2022 Mar; 17(1): p. 186-193.
219. Bakhteh A, Jaberghaderi N, Rezaei M, Naghibzadeh ZA, Kolivand M, Motaghi Z. The effect of interventions in alleviating fear of childbirth in pregnant women: a systematic review. *J Reprod Infant Psycho*. 2022 Apr; 18: p. 1-17.
220. Garthus-Niegel S, von-Soest T, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14(1): p. 191.
221. Hollander MHvHE, van-Dillen J, van-Pampus MG, Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health*. 2017; 20(4): p. 515-523.
222. Erickson NL, Gartstein MA, Dotson JAW. Review of prenatal maternal mental health and the development of infant temperament. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017; 46(4): p. 588-600.
223. Van-den-Bergh BRH, Mulder EJH, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005; 29(2): p. 237-258.
224. Sbrilli MD, Duncan LG, Laurent HK. Effects of prenatal mindfulness-based childbirth education on child-bearers' trajectories of distress: a randomized control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(263): p. 2 of 13.
225. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, al. e. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16(372).
226. Afulani P KCKLWD. Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 May; 18(1): p. 150.
227. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2019 Jun 14; 21: p. 33-38.
228. Bicking-Kinsey C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff KH. Effect of miscarriage history on maternal-infant bonding during the first year postpartum in the first baby study: a longitudinal cohort study. *BMC Womens Health*. 2014 Jul; 14(83): p. 2 of 8.

ANEXOS

X. ANEXOS

Anexo I. Escala de Anticipación del Nacimiento (BAS) CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL MIEDO AL PARTO

Respondiendo este cuestionario usted está participando en un estudio de gran interés para la comunidad científica.

Le agradezco de antemano su participación.

Responder al cuestionario le va a llevar menos 2 minutos y lo puede rellenar cómodamente desde su teléfono o desde cualquier ordenador. Consta de 33 preguntas.

Las respuestas serán volcadas a bases de datos de forma anónima, es decir, nunca irán asociadas a su nombre. Por lo tanto le pido que responda con total sinceridad.

Este estudio está avalado por la Universidad de Almería y por el Comité de Ética de Andalucía.

Para participar en el estudio necesitamos que rellene es cuestionario ahora y posteriormente, unos días después del parto, le volveremos a contactar para poder hacerle algunas preguntas con respecto a la experiencia del parto. Por este motivo y con la única finalidad, al final de estas líneas le vemos a solicitar su dirección de correo electrónico

Si tiene algún problema o alguna duda a la hora de responder al cuestionario no dude en contactar conmigo

Muchas gracias

Azahara Rúger Navarrete
Enfermera
arugernavarrete89@gmail.com

***Obligatorio**

1. Teléfono móvil *

Datos sociodemográficos

2. 1. Edad *

3. 2. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- casada
- soltera
- divorciada
- viuda

4. 3. Nivel de estudios *

Marca solo un óvalo.

- sin estudios
- estudios primarios
- bachillerato o Formación Profesional
- universitarios o Posgrado

5. 4. Situación laboral *

Marca solo un óvalo.

- trabajando
- baja maternal
- desempleada (en paro)
- cuidado del hogar

6. 5. Ingresos que entran en casa, totales *

Marca solo un óvalo.

- menos de 1000 euros
- entre 1000 y 2000 euros
- entre 2000 y 3000 euros
- más de 3000 euros

7. 6. Modelo de familia *

Marca solo un óvalo.

- heteroparental (un papá y una mamá)
- homoparental (dos mamás)
- monoparental (únicamente una mamá)

8. 7. Número de hijos que ya presenta la familia (antes del nuevo nacimiento) *

9. 8. Semana de embarazo en la que se encuentra *

10. 9. Antes de este embarazo ¿tuvo usted algún aborto? *

Marca solo un óvalo.

- sí
- no

11. 10. ¿Ha asistido a clases de educación maternal o algún tipo de formación antes del parto?

Marca solo un óvalo.

sí

no

12. 11. Fecha probable del parto *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

13. 12. ¿Fuma?

Marca solo un óvalo.

sí

no

Sentimientos de cara al parto

14. 13. ¿Cómo se siente de nerviosa cuando piensa en el parto?

Marca solo un óvalo.

Extremadamente nerviosa

bastante nerviosa

moderadamente nerviosa

un poco nerviosa

no me siento nerviosa

15. 14. ¿Se siente preocupada por el parto?

Marca solo un óvalo.

- extremadamente preocupada
- bastante preocupada
- moderadamente preocupada
- un poco preocupada
- nada preocupada

16. 15. En función de tus conocimientos sobre el parto, ¿te sientes tranquila para llevarlo a cabo?

Marca solo un óvalo.

- extremadamente tranquila
- bastante tranquila
- moderadamente tranquila
- poco tranquila
- no estoy tranquila

17. 16. ¿Presenta temor cuando piensas en cómo puede acabar el parto?

Marca solo un óvalo.

- me siento extremadamente temerosa
- bastante temerosa
- moderadamente temerosa
- un poco temerosa
- no siento ningún temor

18. 17. ¿Le aterroriza la idea del parto?

Marca solo un óvalo.

- me aterroriza extremadamente pensar en el parto
- me aterroriza bastante pensar en el parto
- me aterroriza moderadamente pensar en el parto
- me aterroriza un poco pensar en el parto
- no me aterroriza en absoluto pensar en el parto

19. 18. ¿Crees que afrontarías el momento del parto de forma relajada?

Marca solo un óvalo.

- extremadamente relajada
- bastante relajada
- moderadamente relajada
- un poco relajada
- nada relajada

Anexo II. Cuestionario que mide la experiencia de parto (CEQ-E)

The Childbirth Experience Questionnaire – CEQ (Spanish version)

Cuestionario sobre tus experiencias durante el parto

¡Para ti que acabas de ser madre!

Uno de los objetivos de los profesionales es, en el área materno-infantil de tu departamento de salud, el de ofrecer una experiencia positiva durante el parto. Así pues, 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 marcar con una cruz la casilla y respuestas en las que debes marcar con una cruz una línea:

Ejemplo 1. Lee la frase y marca con una cruz la casilla que mejor describa tu respuesta.

Como fruta cada día.

Totalmente
de acuerdo

Bastante
de acuerdo

Bastante
en desacuerdo

Totalmente
en desacuerdo

Ejemplo 2. Lee la frase y marca con una cruz el tramo de línea que mejor describa tu respuesta.

¿Te gustan las manzanas?

●—————X—————●

Nada,
en absoluto

Son lo mejor
que hay

El cuestionario empieza en la próxima página.

¡Gracias por darnos tu punto de vista y por colaborar con tus respuestas!

The Childbirth Experience Questionnaire – CEQ (Spanish version)

1. El parto fue como esperaba.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Me sentí fuerte durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Tenía miedo durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Me sentí capaz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Me sentí cansada durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Me sentí feliz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Childbirth Experience Questionnaire – CEQ (Spanish version)

7. Tengo muchos recuerdos positivos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tengo muchos recuerdos negativos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Me ponen triste algunos recuerdos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Childbirth Experience Questionnaire – CEQ (Spanish version)

13. La matrona me dedicó la atención necesaria.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. La matrona entendió mis necesidades.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Me sentí muy bien atendida por la matrona.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Me dio seguridad la competencia de los profesionales.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Childbirth Experience Questionnaire – CEQ (Spanish version)

19. Me sentí capaz de manejar bien la situación.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. En general, durante el parto, ¿sentiste dolor?

●—————●

Ningún dolor El peor dolor imaginable

21. En general, durante el parto, ¿sentiste que tenías control?

●—————●

Nada de control El máximo control posible

22. En general, durante el parto, ¿te sentiste segura?

●—————●

No me sentí nada segura Me sentí segura del todo

Escribe aquí otros comentarios que quieras hacer:

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Article

Antenatal Fear of Childbirth as a Risk Factor for a Bad Childbirth Experience

Azahara Rúger-Navarrete ¹, Juana María Vázquez-Lara ^{2,*}, Irene Antúnez-Calvente ³, Luciano Rodríguez-Díaz ², Francisco Javier Riesco-González ³, Rocío Palomo-Gómez ⁴, Juan Gómez-Salgado ^{5,6,*} and Francisco Javier Fernández-Carrasco ^{3,7}

¹ Department of Surgery, Hospiten Estepona, 29689 Estepona, Spain

² Nursing Department, Faculty of Health Sciences of Ceuta, University of Granada, 51001 Ceuta, Spain

³ Department of Obstetrics, Hospital Universitario Punta de Europa, 11207 Algeciras, Spain

⁴ Department of Obstetrics, La Línea de la Concepción Hospital, 11300 La Línea de la Concepción, Spain

⁵ Department of Sociology, Social Work and Public Health, Faculty of Labour Sciences, University of Huelva, 21007 Huelva, Spain

⁶ Safety and Health Postgraduate Programme, University of Espíritu Santo, Guayaquil 092301, Ecuador

⁷ Department of Nursing and Physiotherapy, Faculty of Nursing, University of Cádiz, 11207 Algeciras, Spain

* Correspondence: juani.vazquez@andaluciajunta.es (J.M.V.-L.); salgado@uhu.es (J.G.-S.);

Tel.: +34-959219703 (J.G.-S.); +34-956526116 (J.M.V.-L.)

Citation: Rúger-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. Antenatal Fear of Childbirth as a Risk Factor for a Bad Childbirth Experience. *Healthcare* **2023**, *11*, 297. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030297>

Academic Editors: Raquel Rodríguez-Blanco, Juan Carlos Sánchez-García and Abdel-Latif Mohamed

Received: 18 December 2022

Revised: 12 January 2023

Accepted: 16 January 2023

Published: 18 January 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Giving birth is one of the most impressive experiences in life. However, many pregnant women suffer from fear of childbirth (FOC) and experience labour in very different ways, depending on their personality, previous life experiences, pregnancy, and birth circumstances. The aim of this study was to analyse how fear of childbirth affects the childbirth experience and to assess the related consequences. For this, a descriptive cross-sectional study was carried out in a sample of 414 women between 1 July 2021 and 30 June 2022. The Birth Anticipation Scale (BAS) was used to measure fear of childbirth and the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) was applied to measure satisfaction with the childbirth experience. Fear of childbirth negatively and significantly predicted the childbirth experience. In addition, women who were more fearful of childbirth were found to have worse obstetric outcomes and a higher likelihood of having a caesarean delivery ($p = 0.008$ C.I. 95%). Fear behaved as a risk factor for the birth experience, so the greater the fear, the higher the risk of having a worse birth experience (OR 1.1). Encouraging active listening and support strategies may increase pregnant women's confidence, thus decreasing their fear of the process and improving their childbirth experience.

Keywords: fear of childbirth; childbirth experience; obstetrics; pregnancy; childbirth

1. Introduction

Childbirth is a decisive, meaningful, and life-changing experience. In this sense, a joyful and positive experience is expected, but fear related to childbirth (or some kind of fear) cannot be ruled out as it is difficult to predict how the process will unfold. Thus, fear of childbirth (FOC) can fluctuate during pregnancy, with up to 80% of women experiencing some form of childbirth-related fear at some point, which becomes more intense in the last weeks of pregnancy [1,2].

FOC is a problem that occurs among nulliparous, primiparous, and multiparous women, and that has health consequences and implications for labour and the puerperium [1,2]. O'Connell et al. found that more than 40% of new mothers and more than 30% of multiparous women had a high level of fear of childbirth [1].

FOC exists on a spectrum from low to high. Its extreme expression is phobic fear, which involves avoidance behaviours that typify a phobic condition. Women with an extreme fear of childbirth may be scrupulous about contraception or resort to voluntary termination of pregnancy to avoid having to face childbirth at all costs. This phobic fear is known as tokophobia, a severe fear of pregnancy and childbirth [3,4]. However, even when FOC is not a phobic disorder, it can encompass a wide range of emotions during pregnancy, such as anxiety and stress, which also reflect a spectrum of maternal distress [5,6]. In addition, FOC can cause significant problems during labour which may translate into increased pain and a prolongation of the first and second stages of labour, together with a strong sense of dissatisfaction [7–9]. Furthermore, fear has a stronger association with pain and duration of labour than stress [4]. Epidural anaesthesia initially reduces pain, but interestingly, women who request it are more fearful [10]. This problem is also found in 7–22% of elective caesarean sections chosen by the mother without a medical justification, which increases the caesarean section rate [11]. Ryding et al. also found that severe fear can cause labour to result in an emergency caesarean section [12].

Possible causes of FOC are related to several factors, such as women's personal, internal, and external conditions, i.e., mental health problems (such as anxiety disorders) and previous experiences of trauma and abuse. Additionally, social circumstances, such as poor social support, unemployment, and economic problems, have an effect on the likelihood of developing FOC [13,14]. To this, cultural beliefs about childbirth as a risky medical event are added, as they may also influence the development of FOC [15,16].

Women's experiences of pregnancy, labour, and childbirth are multidimensional [17] and can include everything from joy and satisfaction to anxiety and horror. Some pregnant women are gripped by negative feelings and may develop a fear of childbirth, which can have consequences for their wellbeing and health [18].

Fear of childbirth experiences in women appear to be related to their emotional wellbeing, stress symptoms, impacts on daily life, and desire for a caesarean section at their next birth [13]. Women who fear childbirth may feel a lack of confidence in childbirth, be influenced by negative stories about childbirth, fear labour pain or loss of control, and fear physical injury during childbirth. Women who give birth after a previous negative birth experience often fear another bad birth experience [19].

The emotional and psychological wellbeing of women significantly contributes to their perceptions and experiences of pregnancy and childbirth. Poor emotional health is associated with increased fear of childbirth and risk of depression [20], birth trauma [21–24], inability to interact positively with the baby and meet the child's developmental needs [25,26], and can also act as a stressor for the couple's relationship [26,27].

The aim of this research was to analyse how fear of childbirth (FOC) affects the childbirth experience and to assess how it influences the other obstetric and socio-demographic variables.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

A descriptive cross-sectional study was designed using questionnaires.

The study variables were 'fear of childbirth' (FOC) using the Birth Anticipate Scale (BAS) score [28] and 'childbirth experience' using the Childbirth Experience Questionnaire in its validated Spanish version (CEQ-E) [29].

In addition, sociodemographic variables were taken into account: age, marital status, educational level, and income. Furthermore, obstetric variables were included, such as having attended antenatal classes, mode of onset of labour, analgesia received during delivery, type of delivery, and receiving stitches after delivery [30].

2.2. Population and Sample

The study population consisted of a total of 3269 pregnant women under follow-up and who gave birth in two public hospitals of Andalusia: Hospital Punta de Europa in Algeciras (Cadiz) and Hospital Costa del Sol in Marbella (Malaga), between July 2021 and June 2022.

Establishing a confidence level of 95% and with a maximum error of 5%, the optimal sample should consist of at least 344 subjects. Finally, a total of 414 subjects were recruited to allow for possible losses, estimated at around 20%.

The sample selection process was carried out systematically, randomly selecting women who visited any of the hospitals for a follow-up of their pregnancy, who met the inclusion criteria and wished to voluntarily participate in the study.

The inclusion criteria were women who attended the pregnancy follow-up consultation in the 35th week of amenorrhoea and who subsequently gave birth in any of the two study hospitals by eutocic, dystocic, and/or caesarean delivery without peripartum pathologies, such as placental abruption, prolapsed cord, or acute foetal distress. In addition, the newborns must have been born healthy and without any neonatal pathology and should have not required more time than usual in hospital.

The exclusion criterion was the existence of a language barrier (patient could not write, read, or even speak in Spanish). In many cases, the companion or direct relative did understand Spanish, but even so, this requirement was maintained as an exclusion criterion.

2.3. Instruments

Two validated questionnaires were used for data collection: the Birth Anticipation Scale (BAS) [28] and the Childbirth Experience Questionnaire in its validated Spanish version (CEQ-E) [29]. In addition to these two tools, sociodemographic data were collected from the patients.

The BAS includes a six-item scale to measure fear of birth. Participants express whether they feel nervous, worried, fearful, relaxed, terrified, or calm regarding the birth of the baby, using 'extremely', 'quite a lot', 'moderately', 'a little', and 'not at all' as response options. The total score is the sum of the responses; the higher the score, the more fearful the woman is of the upcoming birth. The total score can range from 6 (no fear) to 30 (extreme fear) and the overall Cronbach's Alpha obtained for this scale was 0.82. Scores are classified into three categories: between 6 and 13—'low fear'; between 14 and 20—'intermediate fear'; and between 21 and 30—'high fear' [28].

Given that this questionnaire was validated in the United States by Elvander et al. [28], in order to use it in the present study environment and specific population, the corresponding cross-cultural adaptation was carried out. The reliability analysis using Cronbach's alpha for this resulting version was slightly higher than that of the original test, with a value of 0.87.

The CEQ-E includes 22 items referring to the childbirth experience. Responses to the first 19 items are scored on a 4-point Likert scale (1. strongly agree; 2. mainly agree; 3. mainly disagree; 4. strongly disagree) and the last three items are assessed using a visual analogue scale, i.e., pain memory, perceived safety, and control.

The CEQ-E questionnaire consists of 4 domains: 'own capacity' (8 items related to sense of control, personal feelings, and labour pain); 'professional support' (5 items about professional care); 'perceived safety' (6 items regarding sense of security and memories from the childbirth); and 'participation' (3 items related to own possibilities to influence position, movements, and pain relief during labour and birth). The internal consistency reliability of the CEQ-E was good for the overall scale (0.88) and for all the subscales (0.80, 0.90, 0.76, 0.68 for 'own capacity', 'professional support', 'perceived safety', and 'participation', respectively), similar values to the ones in the original version [18].

2.4. Data Collection

Data were collected from 1 July 2021 to 30 June 2022. Data were obtained from the retrospective patient management database of the Andalusian Public Health System (Spain).

Once the patient was selected, a member of the research team contacted her by telephone to inform her of the characteristics of the study and invite her to participate. When the patient gave her consent, she was sent a Google forms link via WhatsApp so that she could access the virtual questionnaire conveniently and securely from her own phone.

2.5. Data Analysis

The descriptive analysis of quantitative variables was performed using measures of central tendency and dispersion. Categorical variables were described in absolute numbers and percentages. In the bivariate statistical analysis, to compare quantitative variables and after performing the Kolmogorov–Smirnov normality test, non-parametric tests were used: Mann–Whitney U test and Kruskal–Wallis test. Finally, a multivariate binary logistic regression model was developed to establish associations between the different independent variables and the dependent variable (childbirth experience). Confidence intervals (CI) were obtained at 95% and a significance level of $p < 0.05$. The statistical study was carried out using the IBM SPSS Statistics version 26.

For the validation of the BAS questionnaire, the original questionnaire was translated into Spanish by two native translators. It was then evaluated by a group of experts to check whether the items were adapted to the target context. The questionnaire was then pilot-tested with a group of 30 women to confirm the correct understanding of the questions. The next step was to administer the questionnaire to the study sample and to carry out a subsequent factor analysis of all its components. Finally, this factor analysis was validated using the AMOS programme, confirming the construct validity.

2.6. Ethical Aspects

The general principles of the Declaration of Helsinki, updated in 2013 in Fortaleza (Brazil), were considered throughout this study by the entire research team. In addition, the provisions of current Spanish legislation on biomedical research (Law 14/2007, of 3 July, on Biomedical Research) and Law 41/2002, of 14 November, on patient autonomy and rights and obligations regarding clinical information and documentation were followed. All personal data were protected in accordance with Organic Law 15/1999, of 13 December, on the Protection of Personal Data. Permission to conduct this study was obtained from the Andalusian Biomedical Research Ethics Committee (code 47-N-20).

3. Results

3.1. Validation of the BAS Questionnaire

A factor analysis was carried out for the validation of the BAS questionnaire.

The results of the validation were as follows: The Kaiser–Meyer–Olkin measure of sampling adequacy was 0.84 and Bartlett’s test of sphericity had a significance of 0.001. As in the original questionnaire, only a single domain was obtained which explained 62% of the variance. When applying the test–retest reliability analysis using Cronbach’s alpha, a value of 0.87 was obtained. This value was somewhat higher than that of the original scale.

3.2. Descriptive Analysis

The mean age of the women was 32 years, with a minimum age of 16 years and a maximum age of 44 years. The median value for the Birth Anticipation Scale (BAS) was 16, with a SD of 4.84; the median value for the Childbirth Experience Scale (CEQ-E) was 64, with a SD of 11.27.

The descriptive analysis of the qualitative variables is shown in Table 1.

Table 1. Descriptive analysis of qualitative variables.

Variable	Values	Frequency	Percentage
Marital status	Single	230	55.6
	Married	172	41.5
	Divorced	12	2.8
	Total	414	100
Level of studies	No studies	7	1.8
	Primary studies	112	27.1
	Higher secondary studies or vocational training	168	40.5
	University or postgraduate	127	30.6
Total	414	100	
Employment situation	Unemployed	111	26.8
	Working	232	56
	Household care	71	17.3
	Total	414	100
Economic level (income)	EUR <1000	73	17.6
	Between EUR 1000 and 2000	188	45.4
	Between EUR 2000 and 3000	115	27.8
	EUR >3000	38	9.2
Total	414	100	
Previous miscarriages	Yes	128	31
	No	286	69
	Total	414	100
Attendance to antenatal classes	Yes	179	43.3
	No	235	56.7
	Total	414	100
Mode of onset of labour	Spontaneous	248	59.9
	Induced	133	32
	Planned caesarean	33	8.1
	Total	414	100
Analgesia used during labour	No analgesia	103	25
	Epidural	277	66.9
	Opioids	34	8.1
	Total	414	100
Accompanied during dilation and/or delivery	Yes	356	85.9
	No	58	14.1
	Total	414	100
Type of delivery	Eutocic	255	61.6
	Instrumental	56	13.4
	Caesarean	103	25
	Total	414	100
Stitches after delivery	No stitches	89	21.5
	Episiotomy	74	18
	Tearing	147	35.6
	Caesarean-related	104	25
	Total	414	100
Fear of Childbirth	Low	106	25.7
	Intermediate	229	55.3
	Extreme	79	2

	Total	414	100
--	-------	-----	-----

3.3. Correlational Analysis

Age was positively correlated with number of children ($p = 0.001$), and negatively with childbirth experience ($p = 0.001$). Number of children was positively and significantly correlated with childbirth experience, so the higher the number of children, the better the experience ($p = 0.008$).

Fear of childbirth was negatively correlated with the childbirth experience, so the more fearful the woman was, the worse the experience ($p = 0.001$). Although the correlations were significant on some occasions, they were generally very low, i.e., below 0.6 (Table 2).

Table 2. Correlation between the different quantitative variables.

		Number of Children	Total BAS	Total CEQ-E
Age	Correlation coefficient	0.2 **	-0.31	-0.169 **
	Sig (bilateral)	0.001	0.46	0.001
Number of children	Correlation coefficient		-0.6	0.112 *
	Sig (bilateral)		0.156	0.008
Total BAS	Correlation coefficient			-0.267 **
	Sig (bilateral)			0.001

* The correlation is significant at 0.05 level (bilateral); ** The correlation is significant at 0.001 level (bilateral) (Spearman's Rho correlation coefficient).

3.4. Comparisons of Medians (–) and Bivariate Analysis

3.4.1. Fear of Childbirth (BAS) and Childbirth Experience (CEQ-E) Related to the Different Sociodemographic Variables

Statistically significant differences were found between the different groups when relating fear of childbirth to level of education ($p = 0.005$) and income ($p = 0.002$). Similarly, these differences were also found when relating childbirth experience to marital status ($p = 0.04$) and income ($p = 0.001$). However, no statistically significant differences were found regarding the other associations (Table 3).

Table 3. Comparison of medians of fear of childbirth (BAS) and childbirth experience (CEQ-E) with sociodemographic variables.

		BAS Test			p Value *	CEQ-E Test		
		N	Median	Range		Median	Range	p Value *
Level of studies	No studies	7	19	14.22–23.78	0.005	62	48.89–75.11	0.23
	Primary studies	112	16	11.07–20.93		67	56.74–77.26	
	Higher secondary studies or vocational training	168	16	11.09–20.91		65	52.92–77.18	
	University or post-graduate	127	14	9.47–18.53		67	56.36–77.64	
Marital status	Single	230	16	11.32–20.68	0.13	65	53.46–76.54	0.04
	Married	172	15	10.01–19.99		67	56.25–77.75	
	Divorced	12	19	13.87–24.13		63	51.25–74.75	
Economic level (income)	EUR <1000	73	16	10.88–21.12	0.002	61	48.46–73.54	0.001
	Between EUR 1000 and 2000	188	16	11.19–20.81		66	55.43–76.57	
	Between EUR 2000 and 3000	115	16	11.44–20.56		65	53.47–76.53	
	EUR >3000	38	14	9.28–18.72		69	60.33–68.67	

* Kruskal–Wallis test.

3.4.2. Fear of Childbirth (BAS) and Childbirth Experience (CEQ-E) Related to Obstetric Factors

Statistically significant differences were found when relating childbirth experience (CEQ-E) to having had previous miscarriages. Thus, women who had had miscarriages had a better experience ($p = 0.001$). No such differences were found when relating this variable to fear of childbirth (BAS) (Table 4). Relevant differences were also found when relating the variable ‘attendance to antenatal classes’ to fear of childbirth (BAS), so women who attended these courses were less fearful of childbirth ($p = 0.02$). However, no differences were found when relating this variable to childbirth experience (CEQ-E). When analysing the influence that being accompanied during dilation and/or delivery may have on the outcomes, statistically significant differences were observed in relation to fear of childbirth (BAS) ($p = 0.001$) and childbirth experience (CEQ-E). Thus, accompanied women had a better childbirth experience ($p = 0.001$) (Table 4).

Table 4. Comparison of medians of fear of childbirth (BAS) and childbirth experience (CEQ-E) with dichotomous obstetric variables.

		BAS Test				CEQ-E Test		
		N	Median	Range	<i>p</i> value *	Median	Range	<i>p</i> value *
Previous miscarriages	Yes	128	15	10.46–19.54	0.15	67	56.6–77.4	0.001
	No	286	16	11.03–20.97		65	53.43–76.57	
Attendance to antenatal classes	Yes	179	15	10.16–19.84	0.02	65	54.54–75.56	0.21
	No	235	16	11.19–20.81		63	51.16–74.84	
Accompanied during dilation and/or delivery	Yes	356	16	11.11–20.89	0.001	67	56.88–77.12	0.001
	No	58	17	12.44–21.56		51	40.5–61.5	

* Mann–Whitney U test.

No statistically significant differences were found when relating the mode of onset of labour to the ‘fear of childbirth’ variable (BAS). However, significant differences were found when relating this variable to childbirth experience (CEQ-E), with women who started labour spontaneously having a better experience ($p = 0.001$) (Table 5).

Table 5. Comparison of medians of fear of childbirth (BAS) and childbirth experience (CEQ-E) with polytomous obstetric variables.

		BAS Test				CEQ-E Test		
		N	Median	Range	<i>p</i> Value *	Median	Range	<i>p</i> Value *
Mode of onset of labour	Spontaneous	248	15	10.08–19.92	0.09	67	56.65–77.35	0.001
	Induced	133	16	11.54–20.46		64	53.33–74.67	
	Elective caesarean	33	17	11.42–22.58		53	39.78–66.22	
Analgesia used during labour	No analgesia	103	15	10.03–19.97	0.001	71	60.17–81.83	0.001
	Opioids	277	17	12.37–21.63		61	49.92–72.08	
Type of delivery	Epidural	34	16	11.24–20.76	0.08	65	53.87–76.13	0.001
	Eutocic	255	15	10.23–19.77		70	60.4–79.6	
Stitches after delivery	Instrumental	56	16	11.22–20.78	0.19	63	51.56–74.44	0.001
	Caesarean	103	16	11–21		59	47.75–70.25	
	No stitches	89	14	8.8–19.2		70	60.87–79.13	
	Episiotomy	74	16	11.21–20.79		66	55.83–76.17	
	Tearing	147	16	11.36–20.64	0.001	67	56.31–77.69	0.001
	Caesarean-related	104	16	11.24–20.76		59	47.73–70.27	

* Kruskal–Wallis test.

The post hoc test showed statistically significant differences between the group in which labour had begun spontaneously and the group that had a planned caesarean section ($p = 0.001$).

Statistically significant differences were also found when relating the type of analgesia used during labour to fear of childbirth (BAS). Women who did not request any type of analgesia had the lowest levels of fear of childbirth ($p = 0.001$) (Table 5). The post hoc test for the 'fear of childbirth' variable (BAS) did not establish statistically significant differences between the different groups. Regarding the childbirth experience according to the type of analgesia chosen to alleviate labour pain, it could be observed that women who did not choose any type of analgesia were those who had a better childbirth experience (CEQ-E). On the other hand, the post hoc test for the 'childbirth experience' variable (CEQ-E) established that significant differences were found between the group of women who did not use any analgesia and the group of women who used opioids as a method of pain relief in labour ($p = 0.001$); between the group of women who chose opioids for labour pain relief and the group of women who chose epidural analgesia ($p = 0.02$); and between the group of women who did not use any analgesia for labour pain and the group of women who chose epidural analgesia ($p = 0.001$).

When relating the type of delivery to the 'fear of childbirth' scale (BAS), statistically significant differences were found. Women who had a eutocic birth were the least fearful (Table 5). Yet, the post hoc test for the 'fear of childbirth' variable did not establish statistically significant differences between the different groups.

Statistically significant differences were also observed for the association between the experience of childbirth and the type of delivery, so women who had a eutocic birth were the ones who obtained scores indicating a better childbirth experience. The post hoc test established that statistically significant differences were found between the group of women who had a eutocic birth and the group of women who had a caesarean ($p = 0.001$); and between the group of women who had a eutocic birth and the group who had an instrumental birth ($p = 0.001$).

No statistically significant differences were found when relating the 'stitches received at delivery' variable to the fear of childbirth scale (BAS). However, statistically significant differences were found between the different groups when relating the childbirth experience to the 'stitches received at delivery' variable, with women who had had no stitches at birth having the best childbirth experience. The post hoc test also showed statistically significant differences between the following groups: between the group of women who ended labour with no stitches and the group of women who ended labour with an episiotomy ($p = 0.001$); between the group of women who ended labour without stitches and the group of women who had a caesarean section ($p = 0.001$); between the group of women who ended the birth with stitches and the group of women who had a caesarean section ($p = 0.001$); and between the group of women who ended the birth with an episiotomy and the group of women who had a caesarean section ($p = 0.001$).

3.5. Multivariate Analysis (—) and Binary Logistic Regression Analysis

The multivariate analysis was performed with the 'childbirth experience' recoded variable (CEQ-E test score), with values of 1 (values above the mean) and 0 (values below the mean). The independent variables included were age, number of children, fear of childbirth (BAS test score), as well as those categorical variables that were statistically significant in the bivariate analysis: marital status, economic income, previous miscarriages, mode of onset of labour, analgesia used in labour, accompaniment during dilation and/or delivery, type of delivery, and stitches received after labour (Hosmer and Lemeshow Chi-square Test 16.12 ($p = 0.04$); Nagelkerke's R² (0.47)) (Table 6).

Table 6. Binary logistic regression model.

Independent Variables	Sig.	OR	95% C.I. for EXP (B)	
			Lower	Upper
Age	0.001	0.91	0.88	0.95
Income (<1000 euros/month)	0.004	Ref.		
Income (1000–2000 euros/month)	0.002	2.4	1.37	4.23
Income (2000–3000 euros/month)	0.001	2.83	1.52	5.27
Income (>3000 euros/month)	0.002	3.53	1.58	7.89
Miscarriages	0.03	1.58	1.05	2.4
Accompaniment	0.001	3.68	1.91	7.11
Type of delivery (eutocic)	0.001	Ref.		
Type of delivery (instrumental)	0.001	0.41	0.25	0.68
Type of delivery (caesarean)	0.016	0.51	0.3	0.88
Fear of childbirth (FBS score)	0.001	0.9	0.87	0.94

Regarding age, it behaved as a risk factor for the ‘childbirth experience’ variable in such a way that the older the woman, the worse the childbirth experience.

Women with the highest income (over EUR 3000 per month) were 3.53 times more likely to have a better experience than those with the lowest income (less than EUR 1000 per month). Similarly, middle-income women (income between EUR 1000 and 2000 per month) were 2.4 times more likely to have a better childbirth experience than those with lower incomes (Table 6). Additionally, women who had had previous miscarriages were 1.59 times more likely to have a better childbirth experience than those who had had no previous miscarriages. Finally, women who were accompanied during dilation and/or delivery were 3.68 times more likely to have a better childbirth experience than those who were unaccompanied (Table 6).

Dependent variable: childbirth experience (0/1); independent variables: number of children, marital status, income, previous miscarriages, mode of onset of labour, analgesia, accompaniment during dilation and/or delivery, type of delivery, stitches received, fear of childbirth (FBS test score).

4. Discussion

Many pregnant women suffer from severe fear of childbirth (FOC) and experience this in very different ways, depending on their personality, previous life and birth experiences, pregnancy, and birth circumstances [1,9]. This variability highlights the interest in approaching this experience from different points of view, so that different perspectives can be provided. In this sense, the present study may offer relevant information to be considered in the process.

Among the main findings of the present study, women who were more fearful of childbirth were found to have a worse childbirth experience. It has been consistently published in the scientific literature that a higher FOC has been associated with unfavourable birth outcomes and worse subjective childbirth experiences [9].

Older women were more fearful of childbirth than younger women and, though this seems logical, the result can be surprising. It can be due to the fact that, as a general rule, age is a risk factor for complications during pregnancy [31,32]. In addition, older women are more likely to have had previous pregnancies, and therefore to have experienced childbirth before. If this previous experience was not the best, it can be expected that they will be more fearful of the new upcoming birth [33,34].

Women who attended antenatal classes had lower levels of FOC and, as a consequence, a better childbirth experience, most likely due to the information received in these courses. These findings are consistent with other recently published studies [30–36]. How-

ever, the fact that women who attended antenatal classes had a better experience of childbirth has not been statistically proven as, although they obtained higher childbirth experience scores (CEQ-E), the differences identified were not statistically significant.

The way in which labour was initiated was also a determinant as regards the level of fear of childbirth. Thus, women who had a planned caesarean section were the most fearful. This was probably due to the fact that vaginal birth is understood as a more natural process, whereas delivery by caesarean section implies a surgical intervention, with the risks that this may entail. In fact, women who were scheduled for induction of labour were also more fearful than those who had a normal delivery. These results are consistent with other studies, such as the one by Sydsjö et al. [37].

In Spain, epidural analgesia is the most commonly used method to relieve pain during labour [38]. FOC has been shown to negatively influence women's pain during labour [7], and the present study results are in line with these statements as women who had higher levels of FOC were mostly those who requested this type of analgesia. This may be due to the fact that women with more fear have decreased tolerance to pain and more anxiety during the labour process, so the fact of enduring less pain reassures them. However, it was also observed that women who requested epidural analgesia had a worse childbirth experience than those who did not. Studies have shown that appropriate pain management during labour makes the childbirth experience more satisfying [39]. However, the experience depends on many factors, such as the length of the process, the difficulty of the second stage of labour, the way the woman is treated by the health personnel, etc., and not only on pain management [36]. In this sense, it is necessary to distinguish between the way in which the delivery process began and how it ended. A woman may have gone into labour spontaneously or even induced, but may eventually end up having a eutocic birth, an instrumental birth, or caesarean section. In the present study, women with higher levels of FOC had a caesarean section while those with lower levels of FOC had a eutocic birth. All in all, it is interesting to note these findings, which are consistent with the ones found in the systematic review by Molgora et al. [40], especially as many studies support that having high levels of fear of childbirth is associated with a higher frequency of caesarean sections, possibly because fear of childbirth results in a preference for caesarean section [41–43].

Untreated FOC is a risk factor for traumatic delivery [44,45], and pregnancy-specific anxiety, including fear of childbirth, which is associated with poor neuro-emotional development in newborns caused by high maternal cortisol levels [46,47].

These findings may be useful as a basis for reflection and for the application of a series of actions in clinical practice, aimed at reducing women's fear of childbirth. These actions may include encouraging women to attend childbirth preparation classes and providing them with individualised information at each consultation, so that women can also explain and express their fears and feelings. In this way, health professionals can help to reduce women's fears.

There are several limitations to the present study. One of them could be that the sample was taken from only two hospitals in the south of Spain which are geographically very close to each other. Thus, although the sample size was calculated so as to be representative in number, sampling bias should not be ruled out due to the limited geographical dispersion. Another aspect to mention is that data were self-reported by the participants, which could lead to biases, such as forgetfulness, selective memory, or exaggeration. Participants were also offered a link to the questionnaire that they could fill out from any device with internet access, so having a smartphone or similar was required. This method may have reduced the possibility for researchers to control the sample during the response process. On the other hand, this study also has some strengths. One of them is that validated questionnaires were used for the measures. For the childbirth experience, there was already a validated questionnaire in Spanish (CEQ-E), but the BAS used to measure fear was not validated in our context and had to be validated by cross-cultural adaptation and factor analysis.

5. Conclusions

FOC negatively affects the childbirth experience. It is therefore imperative that healthcare providers actively listen to women during the follow-up of pregnancy and encourage their self-expression. This will allow professionals to integrate women's feelings, experiences, and expectations into subsequent check-ups, during labour, and also in the postpartum period.

Antenatal training is essential for women to be reassured by healthcare professionals by listening to them and giving them hope, fostering feelings of control and confidence, and supporting them to enter the unknown of pregnancy and childbirth. This will increase women's trust in their healthcare providers, reduce their fear, and enable them to have a more positive childbirth experience.

Author Contributions: Conceptualization, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Data curation, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Formal analysis, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Investigation, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Methodology, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Project administration, A.R.-N., J.M.V.-L., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Resources, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Software, A.R.-N., J.M.V.-L., F.J.R.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Supervision, A.R.-N., J.M.V.-L., L.R.-D., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Validation, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Visualization, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Writing—original draft, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C.; Writing—review and editing, A.R.-N., J.M.V.-L., I.A.-C., L.R.-D., F.J.R.-G., R.P.-G., J.G.-S., and F.J.F.-C. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The general principles of the Declaration of Helsinki, updated in 2013 in Fortaleza (Brazil), were considered throughout this study by the entire research team. In addition, the provisions of current Spanish legislation on biomedical research (Law 14/2007, of 3 July, on Biomedical Research) and Law 41/2002, of 14 November, on patient autonomy and rights and obligations regarding clinical information and documentation were followed. All personal data were protected in accordance with Organic Law 15/1999, of 13 December, on the Protection of Personal Data. Permission to conduct this study was obtained from the Andalusian Biomedical Research Ethics Committee (code 47-N-20).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data available on request from the authors.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

- O'Connell, M.; Martin, C.; Jomeen, J. Reconsidering fear of birth: Language matters. *Midwifery* **2021**, *102*, 103079. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103079>.
- Nilsson, C.; Hessman, E.; Sjöblom, H.; Dencker, A.; Jangsten, E.; Mollberg, M.; Patel, H.; Sparud-Lundin, C.; Wigert, H.; Begley, C.; et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* **2018**, *18*, 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>.
- O'Connell, M.; Leahy-Warren, P.; Khashan, A.S.; Kenny, L.C. Tocophobia—The new hysteria? *Obstet. Gynaecol. Reprod. Med.* **2015**, *25*, 175–177.
- Deng, Y.; Lin, Y.; Yang, L.; Liang, Q.; Fu, B.; Li, H.; Zhang, H.; Liu, Y. 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*, 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.09.003>.
- O'Connell, M.A.; Khashan, A.S.; 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* **2021**, *34*, 309–321.
- Fontein-Kuipers, Y. Reducing maternal anxiety and stress in pregnancy: What is the best approach? *Curr. Opin. Obs. Gynecol.* **2015**, *27*, 128–132.
- Gosselin, P.; Chabot, K.; Béland, M.; Goulet-Gervais, L.; Morin, A.J.S. Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms. *Encephale* **2016**, *42*, 191–196.

8. Lebni, J.Y.; Farahani, F.K.; Solhi, M.; Azar, F.E.F. Causes and Grounds of Childbirth Fear and Coping Strategies Used by Kurdish Adolescent Pregnant Women in Iran: A Qualitative Study. *J. Reprod. Infertil.* **2021**, *22*, 47–56. <https://doi.org/10.18502/jri.v22i1.4995>.
9. Dencker, A.; Nilsson, C.; Begley, C.; Jangsten, E.; Mollberg, M.; Patel, H.; Wigert, H.; Hessman, E.; Sjöblom, H.; Sparud-Lundin, C. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women Birth* **2019**, *32*, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>.
10. Duncan, I.G.; Cohn, M.A.; Chao, M.T.; Cook, J.G.; 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. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3>.
11. Smith, V.; Gallagher, L.; Carroll, M.; Hannon, K.; Begley, C. Antenatal and intrapartum interventions for reducing caesarean section, promoting vaginal birth, and reducing fear of childbirth: An overview of systematic reviews. *PLoS One* **2019**, *14*, e0224313. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224313>.
12. Ryding, E.L.; Lukasse, M.; Van Parys, A.-S.; Wangel, A.-M.; Karro, H.; Kristjansdottir, H.; Schroll, A.-M.; Schei, B.; the Bidens Group. Fear of Childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. *Birth* **2015**, *42*, 48–55. <https://doi.org/10.1111/birt.12147>.
13. Klabbers, G.; Heuvel, M.M.A.; Hedwig, B.; Vingerhoets, A. Severe fear of childbirth: Its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychol Top.* **2016**, *25*, 107–127.
14. Rondung, E.; Thomtén, J.; Sundin, Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J. Anxiety Disord.* **2016**, *44*, 80–91. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007>.
15. Thomson, G.; Stoll, K.; Downe, S.; Hall, W.A. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* **2017**, *38*, 37–44. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2016.1216960>.
16. Stoll, K.; Hall, W.; Janssen, P.; Carty, E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery* **2014**, *30*, 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017>.
17. Iarkin, P.; Begley, C.M.; Devane, D. Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery* **2009**, *25*, e49–e59.
18. Nieminen, K.; Wijma, K.; Johansson, S.; Kinberger, E.K.; Ryding, E.-L.; Andersson, G.; Bernfort, L.; Wijma, B. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstet. et Gynecol. Scand.* **2017**, *96*, 438–446. <https://doi.org/10.1111/aogs.13091>.
19. Sheen, K.; Slade, P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J. Clin. Nurs.* **2018**, *27*, 2523–2535.
20. Räisänen, S.; Lehto, S.M.; Nielsen, H.S.; Gissler, M.; Kramer, M.R.; Heinonen, S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open* **2013**, *3*, e004047. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>.
21. Beck, C.T. Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nurs. Res.* **2004**, *53*, 28–35.
22. Beck, C.T.; Watson, S. Subsequent Childbirth After a Previous Traumatic Birth. *Nurs. Res.* **2010**, *59*, 241–249. <https://doi.org/10.1097/nnr.0b013e3181e501fd>.
23. Rn, D.K.C.; Shochet, I.M.; Horsfall, J. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth* **2000**, *27*, 104–111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>.
24. Ryding, E.L.; Persson, A.; Onell, C.; Kvist, L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **2003**, *82*, 10–17.
25. Kingston, D.; Tough, S. Prenatal and Postnatal Maternal Mental Health and School-Age Child Development: A Systematic Review. *Matern. Child Heal. J.* **2014**, *18*, 1728–1741. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1418-3>.
26. Bailham, D.; Joseph, S. Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol. Heal. Med.* **2003**, *8*, 159–168. <https://doi.org/10.1080/1354850031000087537>.
27. Nicholls, K.; Ayers, S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *Br. J. Health Psychol.* **2007**, *12*, 491–509.
28. Elvander, C.; Nnattingius, S.; Kjerulff, K.H. Birth Experience in Women with Low, Intermediate or High Levels of Fear: Findings from the First Baby Study. *Birth* **2013**, *40*, 289–296. <https://doi.org/10.1111/birt.12065>.
29. Soriano-Vidal, F.J.; 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*, 2–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1100-z>.
30. Kuo, T.C.; Au, H.K.; Chen, S.R.; Chipojola, R.; Lee, G.T.; Lee, P.H.; Kuo, S.Y. 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.
31. Demšar, K.; Svetina, M.; Verdenik, I.; Tul, N.; Blickstein, I.; Velikonja, V.G. Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *J. Périnat. Med.* **2018**, *46*, 151–154. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282>.
32. Phunymmalee, M.; Buayaem, T.; Boriboonthirunarn, D. Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *J. Obstet. Gynaecol.* **2019**, *39*, 763–767. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1584885>.

33. Nguyen, L.; Nguyen, L.; Ninh, L.; Nguyen, H.; Nguyen, A.; Vu, L.; Nguyen, C.; Vu, G.; Doan, L.; Latkin, C.; et al. Fear of Childbirth and Preferences for Prevention Services among Urban Pregnant Women in a Developing Country: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Heal.* **2021**, *18*, 5382. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105382>.
34. Rublein, L.; Muschalla, B. Childbirth fear, birth-related mindset and knowledge in non-pregnant women without birth experience. *BMC Pregnancy Childbirth* **2022**, *22*, 249. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04582-6>.
35. Raudasoja, M.; Sorkkila, M.; Vehviläinen-Julkunen, K.; Tolvanen, A.; Aunola, K. The role of self-esteem on fear of childbirth and birth experience. *J. Reprod. Infant Psychol.* **2022**, 1–9 (Online ahead of print) <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2115989>.
36. Fernández-Carrasco, F.J.; Silva-Muñoz, G.A.; Vázquez-Lara, J.M.; Gómez-Salgado, J.; García-Iglesias, J.J.; Rodríguez-Díaz, L. Satisfaction with the Care Received and the Childbirth and Puerperium Experience in Christian and Muslim Pregnant Women. *Healthcare* **2022**, *10*, 725. <https://doi.org/10.3390/healthcare10040725>.
37. 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. et Gynecol. Scand.* **2012**, *91*, 44–49. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x>.
38. García-de-Diego, J.M.; Serrano-Del-Rosal, R. Universalization, parity and evolution of the demand of epidural analgesia in labor in Andalusia (Spain). *Gac. Sanit.* **2019**, *33*, 427–433.
39. Cheng, W.-J.; Hung, K.-C.; Ho, C.-H.; Yu, C.-H.; Chen, Y.-C.; Wu, M.-P.; Chu, C.-C.; Chang, Y.-J. Satisfaction in parturients receiving epidural analgesia after prenatal shared decision-making intervention: A prospective, before-and-after cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2020**, *20*, 413. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03085-6>.
40. 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*, 436–454. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1636216>.
41. Kananikandeh, S.; Shokravi, F.A.; Mirghafourvand, M.; Jahanfar, S. Factors of the childbirth fear among nulliparous women in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth* **2022**, *22*, 547. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04870-1>.
42. Kanellopoulos, D.; Gourounti, K. Tocophobia and Women's Desire for a Caesarean Section: A Systematic Review. *Maedica* **2022**, *17*, 186–193.
43. Bakhteh, A.; Jabberghaderi, N.; Rezaei, M.; Naghibzadeh, Z.A.-S.; Kolivand, M.; Motaghi, Z. The effect of interventions in alleviating fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *J. Reprod. Infant Psychol.* **2022**, *18*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2059458>.
44. Garthus-Niegel, S.; von Soest, T.; Knoph, C.; Simonsen, T.B.; Torgersen, L.; Eberhard-Gran, M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2014**, *14*, 191.
45. Hollander, M.H.; van Hastenberg, E.; van Dillen, J.; van Pampus, M.G.; de Miranda, E.; Stramrood, C.A.I. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch. Women's Ment. Heal.* **2017**, *20*, 515–523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>.
46. Erickson, N.L.; Gartstein, M.A.; Dotson, J.A.W. Review of Prenatal Maternal Mental Health and the Development of Infant Temperament. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* **2017**, *46*, 588–600. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.03.008>.
47. Van den Bergh, B.R.H.; Mulder, E.J.H.; Mennes, M.; Glover, V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neurosci. Biobehav. Rev.* **2005**, *29*, 237–258.

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.