



Ansiedad y miedo al parto primario en gestantes del área norte de Tenerife.

Autora: Rosinés Castillejo Branni

Tutor: Prof. Dr. D. Felipe Santiago Fernández Méndez

GRADO EN ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Curso académico 2020/2021

RESUMEN

El embarazo y el parto, procesos fisiológicos, forman parte de una poderosa experiencia para las mujeres. La mayoría de las mujeres embarazadas sienten preocupación por vivir la experiencia del parto. Sin embargo, un porcentaje menor experimenta miedo al parto severo e, incluso, ansiedad. El miedo al parto puede desembocar en una experiencia de parto negativa y, por tanto, resultados obstétricos desfavorables.

Objetivo: Determinar la relación entre ansiedad y miedo al parto en las mujeres primigestas del área norte de Tenerife.

Este proyecto cuantitativo analítico longitudinal se llevará a cabo tras la aprobación del Comité Ético de investigación y la autorización de la Dirección de Área de Salud y Gerencias de Atención Primaria implicadas. En aquellos centros de salud del área norte de Tenerife seleccionados, se realizará una entrevista semiestructurada y se hará entrega de un cuestionario de ansiedad (STAI) y una versión traducida del inglés del cuestionario de miedo al parto (Childbirth Fear Questionnaire) a mujeres embarazadas que cumplan los criterios de inclusión, serán seleccionadas 142 gestantes mediante muestreo estratificado aleatorizado. Las variables de estudio serán registradas en un cuaderno de datos para su posterior análisis con el programa informático IBM Statistical Package for Social Sciences en su última versión para Microsoft Windows 10.

Se espera encontrar miedo severo al parto en aquellas mujeres con niveles más altos de ansiedad. Por lo que, se pretende enfocar la preparación al parto para que las mujeres gestionen sus miedos y ansiedades adecuadamente.

Palabras clave: Parto, Embarazo, Miedo, Ansiedad y Resultados perinatales.

ABSTRACT

Pregnancy and labor are two physiological processes which are a part of a big and powerful experience for women. Most of the pregnant women feel worried about living through the experience of labor. However, a minor percentage experience severe fear of childbirth. Even development anxiety. The fear of childbirth can end in a negative labor experience and obtain unfavorable perinatal outcomes.

Objective: Establish the connection between anxiety and fear of childbirth in primiparous women who give birth in the North Tenerife area

This longitudinal analytical quantitative project which is going to take place after favourable dictum of the ethic committee of research, the authorization of the Health Area Directorate and Primary Care Managements involved. Each selected health centre from the North Tenerife area will conduct a semi-structured interview, an anxiety questionnaire (STAI) and a translated from English version of the questionnaire of childbirth fear (Childbirth fear questionnaire) will be given to those pregnant women who meet the inclusion criteria. Will be selected 142 pregnant women by stratified sampling. The study varieties would be collected in a data notebook for its posterior analysis with the latest version of the informatic program IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Microsoft Window 10.

It is expected to find severe fear of childbirth in women with high level of anxiety. Thus, the intention is to focus the preparation for childbirth in learning how to manage fear and anxiety adequately

Key words: Labor, Pregnancy, Fear, Anxiety and Perinatal outcomes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. EL PROBLEMA	1
1.2. MARCO TEÓRICO	2
1.2.1. ¿QUÉ ES EL MIEDO?	2
1.2.1.1. MIEDO PSICOLÓGICO.....	2
1.2.1.2. LA BIOLOGÍA DEL MIEDO	3
1.2.1.3. MIEDO CULTURAL.....	4
1.2.2. EL EMBARAZO Y EL PARTO	5
1.2.3. EL MIEDO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO	8
1.2.3.1. ¿QUÉ ES EL MIEDO AL PARTO?.....	8
1.2.3.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL MIEDO AL PARTO.....	9
1.2.3.3. DETERMINANTES DEL MIEDO AL PARTO	10
1.2.3.4. ANSIEDAD Y MIEDO AL PARTO	12
1.2.3.5. INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL CONTROL DEL MIEDO AL PARTO.....	14
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	15
1.4. OBJETIVOS.....	15
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2. METODOLOGÍA	16
2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO	16
2.2. TIPO DE ESTUDIO.....	18
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	19
2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	20
2.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	20
2.4. MATERIALES Y MÉTODOS	20
2.4.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS	20
2.4.2. FACTORES DEL ESTUDIO.....	21
2.5. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS	22
2.6. ASPECTOS ÉTICOS	23
2.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	24
2.7.1. Análisis descriptivo.....	24
2.7.2. Análisis inferencial	24
2.8. CRONOGRAMA	25
2.9. PRESUPUESTO	26
2.10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	27
2.11. RESULTADOS ESPERADOS	27
3. BIBLIOGRAFÍA	29
4. ANEXOS	33
ANEXO 1. GLOSARIO.....	33
ANEXO 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	34
ANEXO 3. CUADERNO DE REGISTRO DE DATOS.....	35
ANEXO 4. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	36
ANEXO 5. MODELO DEL CHILDBIRTH FEAR QUESTIONNAIRE (CFQ).....	39
ANEXO 6. CUESTIONARIO STAI	40
ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO	41

ABREVIATURAS

CFQ: Childbirth Fear Questionnaire

FOC: Fear of Childbirth

TEPT: Trastorno de estrés post traumático

W-DEQ: Wijma Delivery/Experience Questionnaire

FOBS: Fear of childbirth Scale

FBS: First Baby Study

CAQ: Childbirth Attitudes Questionnaire

DFS: Delivery Fear Scale

RPIS: Restringir la participación interna sensible

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal

CAEs: Centros de Atención Especializada

ISTAC: Instituto Canario de Estadística

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

STAI-S: Subescala de Ansiedad Estado

STAI-T: Subescala de Ansiedad Rasgo

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA

El miedo es una emoción innata, compleja y común a todos los seres vivos, desarrollada por el instinto de supervivencia. El miedo da nombre a la incertidumbre ante lo desconocido, citando a Bauman “miedo es el nombre que damos a nuestra ignorancia con respecto a la amenaza y a lo que hay que hacer para detenerla en seco, o para combatirla, si pararla es algo que está más allá de nuestro alcance” ⁽¹⁾. El miedo tiene, además, un efecto paralizante que ocasiona que se permanezca en estado de alerta, pero sin capacidad de actuación ⁽²⁾.

Por lo tanto, se podría decir que un individuo que siente miedo se encuentra en un estado de vulnerabilidad. Por lo que el miedo al parto lleva a la mujer a experimentar dicho estado ⁽³⁾.

Es por esto por lo que, los conceptos de embarazo y parto están ligados a miedos y dudas. Estas inseguridades, que deben ser solventadas o disipadas para proporcionar seguridad y empoderamiento a la madre, suelen ser mayores en progenitores primerizos. A pesar de que actualmente se puede obtener información de diversos medios, la figura de los profesionales de la salud es muy importante en esta etapa de la vida de las mujeres. No se debe dudar de que la orientación personal de estos será la mejor solución a los problemas que surjan y sus consejos ayudarán a llevar un embarazo más tranquilo y satisfactorio. La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales ⁽⁴⁾.

La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados y con un mínimo de procedimientos médicos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés. Para ello es importante que las mujeres desarrollen confianza en sus capacidades de afrontar el parto y que las matronas y obstetras contribuyan a la mejor evolución de este proceso ⁽⁴⁾.

Cabe mencionar que el miedo influye en la satisfacción del parto. Miedo a morir en el parto, a no ser capaz de dar a luz o de ser madre, de hacer daño a su hijo o al dolor son algunos de los miedos más citados ^(5, 6, 7). Con relación a este último, es cierto que el parto está considerado una de las experiencias más dolorosas e intensas para la mujer. No obstante, se ha nombrado el término “parto orgásmico” que hace referencia a sentir placer durante el parto ⁽⁸⁾. Entonces la siguiente pregunta queda en el aire: si los hay, ¿cuáles son los miedos más comunes al parto en mujeres sin experiencia previa?

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. ¿QUÉ ES EL MIEDO?

El miedo, descrito como una experiencia extremadamente intensa ⁽⁹⁾, se trata de un sistema de alarma que nuestro cerebro activa cuando detecta una posible amenaza ⁽¹⁰⁾ y puede clasificarse en dos grupos: miedos básicos y miedos adquiridos. Mientras que los primeros los compartimos con los animales, los segundos están ligados a experiencias llenas de sufrimiento físico o psicológico ⁽¹¹⁾.

Así pues, el miedo es una emoción normal y beneficiosa siempre que se mantenga dentro de una proporción adecuada a los estímulos que lo producen ⁽¹¹⁾, facilita un mejor desempeño de ciertas actividades debido a que se aumenta la atención y la motivación ⁽¹²⁾. Por lo tanto, a pesar de ser catalogado como una emoción negativa, desempeña un papel positivo en la supervivencia del individuo como persona física y social ⁽¹¹⁾.

La intensidad del miedo depende de la interacción de varios factores: de la inminencia del riesgo de que ocurra algo, de la gravedad del daño que produce ese suceso y de la actitud del sujeto hacia el sufrimiento. Normalmente, cuando un sujeto siente miedo suele conocer la causa que lo produce. A la sensación de miedo que una persona siente sin conocer su causa se la denomina angustia ⁽¹¹⁾.

1.2.1.1. MIEDO PSICOLÓGICO

El miedo es psicológico porque una reacción mental viene junto con las corporales y, además, porque cada persona tiene sus propios miedos y su manera de reaccionar frente a estos. Sin embargo, mientras las reacciones corporales son casi iguales para todos los seres humanos, la reacción psicológica no depende de factores genéticos, sino más bien culturales. Es decir, el miedo es un sentimiento que heredamos, pero aprendemos a qué tener miedo. Por esa razón, el aspecto social del miedo es muy importante. Es a través del aprendizaje, las relaciones sociales y nuestra cultura como aprendemos a cómo reaccionar frente al miedo y de qué debemos tener miedo ⁽¹¹⁾.

Asimismo, el miedo es una de las emociones primarias y universales, con un fuerte determinante biológico y, por tanto, con un fuerte carácter instintivo. Nacemos con un rechazo natural al sufrimiento que conlleva un sentido de supervivencia. Así, el miedo nos informa de cómo nos afecta el mundo que nos rodea. En general, todo aquello que hace sentir a una persona en situación de indefensión produce miedo. Esta emoción se acentúa si la persona se encuentra sola ⁽¹¹⁾.

Por otro lado, cuando el miedo es excesivo, la persona no tiene fuerza de voluntad suficiente para enfrentar los riesgos que teme, con lo que, durante el tiempo que le dura el miedo, su libertad está disminuida o incluso anulada ⁽¹¹⁾. Durante este tiempo, el miedo puede nublar la razón y dificultar el juicio y la voluntad. Además, tiene un fuerte componente subjetivo en función de experiencias emocionales previas que puede producir una severa distorsión de la realidad ⁽¹³⁾.

Así, los afectos humanos son un territorio psicológico delimitado por tres dimensiones afectivas básicas que llama “primitivos afectivos”, estos hacen referencia a los elementos más básicos presentes en todos los afectos y forman la triada agradable/desagradable, inquietante/tranquilizante, atractivo/repulsivo. Los afectos negativos, entre ellos el miedo, son desagradables, inquietantes y repulsivos ⁽¹⁴⁾.

1.2.1.2. LA BIOLOGÍA DEL MIEDO

Para empezar, el cerebro, centro de control de las funciones psíquicas, es el órgano que recibe todos los estímulos sensoriales internos y externos. Así, los estímulos externos los recibe a través de los cinco sentidos, éstos se encargan de informar del mundo exterior, mientras que los estímulos internos los recibe a través de múltiples receptores sensoriales que se encargan de comunicar la situación interna. Dichos estímulos son analizados por neuronas agrupadas en núcleos que constituyen el sistema límbico, éste también es conocido como “cerebro emocional” ⁽¹⁰⁾. Este “cerebro emocional” está encargado de generar las emociones y sentimientos, que se hacen conscientes cuando estos núcleos envían la información a la corteza sensorial y prefrontal, sede de la conciencia de las vivencias afectivas ⁽¹¹⁾.

En este sentido, el primer centro analizador de los estímulos es el tálamo, que tiene un núcleo cercano, la amígdala, situada en el lóbulo temporal. La amígdala tiene una función muy importante en la adaptación al estrés y en la modulación de las emociones, especialmente del miedo y desempeña un papel clave en la búsqueda y detección de señales de peligro ⁽¹⁰⁾. Además, también juega un papel importante en el aprendizaje de los miedos adquiridos y en el control de las reacciones de miedo y ansiedad, y concretamente en los procesos de aprendizaje emocional implícito ⁽¹³⁾. Si no tuviéramos amígdala, probablemente no sentiríamos miedo ⁽¹⁰⁾.

El segundo centro analizador de los estímulos es la corteza cerebral frontal que juzga si los estímulos son peligrosos a corto o a largo plazo. El sujeto toma conciencia de la emoción de miedo cuando el tálamo y la amígdala informan a la corteza cerebral de que existe un peligro fuera o dentro de él, para que decida la conducta adecuada y, a la vez,

controle la reacción de miedo para que no llegue a la intensidad de pánico ya que el pánico puede bloquear la capacidad de actuación o producir conductas desorganizadas e irracionales sin posibilidad de evitar el peligro ⁽¹¹⁾.

Para terminar, hay dos caminos o circuitos del miedo, uno corto y otro largo. El corto estaría formado por el estímulo peligroso, tálamo, amígdala y respuesta de miedo. Este es el circuito de los estímulos muy peligrosos que requieren de una actuación inmediata, automática y refleja. En cambio, el circuito largo está formado por el estímulo, el tálamo, la corteza frontal, la amígdala y la respuesta de miedo. Este circuito permite explicar el funcionamiento de los miedos de origen psíquico no producidos por un estímulo presente en la realidad externa, sino nacidos de la imaginación de un peligro futuro, o de la memoria de un daño pasado (como ocurre con el síndrome de estrés postraumático), o de un juicio falso de la razón sobre la realidad (como ocurre con los delirios paranoides o de celos) ⁽¹¹⁾.

1.2.1.3. MIEDO CULTURAL

La expresión “cultura del miedo” trata de explicar el hecho de que el miedo se haya extendido por toda nuestra sociedad hasta el punto de que actualmente es un fenómeno cultural ⁽¹⁵⁾.

Nuestra sociedad cree que una de las tantas posibles catástrofes tiene que afectarnos tarde o temprano. Bauman llama esta forma de pensar “síndrome Titanic”. Dicha expresión surge tras el análisis realizado por Jacques Attali de la exitosa película Titanic, y llega a la conclusión de que es un reflejo de nosotros y nuestra sociedad. Escribe que: “Titanic somos nosotros [...] Todos suponemos que, oculto en algún recoveco del difuso futuro, nos aguarda un iceberg contra el que colisionaremos y que hará que nos hundamos al son de un espectacular acompañamiento musical” ⁽¹⁾.

El miedo se trata de una vivencia individual que, sin embargo, se corrobora o se desmiente en función del veredicto de la sociedad ⁽¹⁶⁾. De esta forma, se acentúa la importancia que posee el resto del mundo en la formación de los miedos individuales ⁽²⁾.

Por otra parte, la cultura también juega un papel importante en la representación simbólica de aquellos elementos que producen miedo. Históricamente, en nuestra cultura se han representado aquellas situaciones causantes de miedo real o simbólico. Un claro ejemplo de esto es visualizar la muerte como un esqueleto que carga una guadaña ⁽²⁾.

Por último, cabe mencionar las teorías de la sociedad del riesgo. Estas teorías mantienen que la sensación de peligro inminente aumenta a medida que avanza el tiempo

a pesar de que la cantidad de riesgos no necesariamente haya incrementado. Lo que explica este fenómeno, son los conocimientos de los riesgos que hay. Es decir, la ciencia y la tecnología han dado a la humanidad más conocimientos sobre los riesgos que existen, y cada persona a su vez tiene más conocimientos de estos riesgos ahora cuando vivimos en una “sociedad de la información”. En dicha sociedad tenemos miedo porque nos sentimos amenazados, inseguros y sin control, y se trata de una combinación de varios factores, todos contribuyendo a la ya mencionada “cultura del miedo” ⁽¹⁵⁾.

1.2.2. EL EMBARAZO Y EL PARTO

El embarazo o gestación se define como un proceso fisiológico durante el que el embrión se desarrolla y crece en el interior del cuerpo de la madre. La duración de dicho periodo comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto ⁽¹⁷⁾.

El embarazo puede clasificarse en dos tipos: embarazo de alto riesgo y embarazo de bajo riesgo. El primero hace referencia a aquel embarazo que se desarrolla dentro de los parámetros normales sin cambios inesperados o patologías, y finaliza con un recién nacido sano con un adecuado crecimiento. En cambio, un embarazo de alto riesgo se define como aquel caso que, por acompañarse de circunstancias médicas o biopsicosociales, tiene una mayor probabilidad de que presente morbilidad perinatal y/o materna mayor a la de la población general ⁽¹⁸⁾. Sin embargo, cada embarazo tiene sus peculiaridades y el hecho de que se encuentre dentro de la catalogación de embarazo de bajo riesgo no implica que requiera una atención menos eficiente o un menor control asistencial. Los cribados de distintas patologías que pueden surgir en la gestación permiten realizar una individualización del riesgo materno y/o fetal y, de esta forma, conseguir una atención precisa para cada gestación ⁽¹⁹⁾.

Así, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia califica el Parto Normal como “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica” ⁽²⁰⁾

Tipos de parto:

- Parto eutócico: parto vaginal en presentación cefálica y a término (37-42 semanas) de inicio espontáneo o inducido y que no ha requerido instrumentación ni manipulación fetal ⁽²¹⁾.

- Parto distócico. Hace referencia a la aparición de cualquier anomalía en el desarrollo del parto que obstaculice la evolución fisiológica del mismo ⁽²²⁾ dentro de este, encontramos los partos vaginales distócicos (fórceps y ventosa) y partos abdominales distócicos (cesáreas).

En concreto, la cesárea es la extracción fetal a través de una incisión en la pared abdominal y del útero, y se trata de una forma de actuación en este último caso. Se suele realizar por complicaciones durante el proceso de parto o de forma electiva, es decir, de forma programada antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal ⁽²³⁾.

Por otro lado, el término “parto humanizado” hace referencia a acoger con dignidad a la mujer, familia y recién nacido. En este sentido, dicho término incluye el hecho de adoptar medidas y procedimientos favorables para el acompañamiento del parto y nacimiento, de forma que se eludan aquellas técnicas intervencionistas innecesarias que, a pesar de que se hayan realizado tradicionalmente, no benefician ni a la mujer ni al recién nacido. Así, se tendría en cuenta los deseos y necesidades de la mujer a la hora de parir, lo que aumentaría su grado de satisfacción ⁽²⁴⁾. Normalmente, el concepto de humanización difiere entre profesionales. Para las matronas, este concepto va íntimamente vinculado a la satisfacción de la mujer en su esfera espiritual, psicológica y social, tal como se define el concepto de humanización. Con respecto a los médicos obstetras, por otro lado, se basa en el concepto de humanidad, pero dejando claro que el intervencionismo podría estar presente si fuera necesario ⁽²¹⁾.

La satisfacción del paciente es un concepto psicológicamente complicado. A pesar de esto, es considerada una forma de medir la calidad de los procedimientos y el resultado obtenido del proceso sanitario. Además, la satisfacción va ligada con el nivel de expectativas alcanzadas ⁽²⁵⁾.

Los elementos que pueden influenciar la satisfacción con la experiencia de parto incluyen las expectativas personales, el apoyo de los profesionales sanitarios, la calidad de la relación paciente-médico, la participación en la toma de decisiones y la cantidad del control experimentado durante el parto. Dichos factores tienen tal importancia que anulan otros como la edad, preparación materna, nivel socioeconómico, dolor, entorno social y la continuidad de cuidados ⁽²⁶⁾. Por otro lado, elementos como el dolor, la ansiedad, la duración y tipo de parto, el apoyo de la pareja, el contacto inmediato entre el recién nacido y la madre y otros factores sociodemográficos son claves en la evaluación de la calidad de la experiencia de parto de las mujeres ⁽²⁷⁾.

Los paradigmas de salud actuales sostienen que los usuarios tienen la oportunidad de expresar sus puntos de vista de los aspectos negativos y positivos de sus experiencias. Así, la necesidad de recibir información es un punto importante para mejorar la habilidad de la toma de decisiones compartidas entre la mujer y los profesionales de salud. De esta manera, se construye un proceso dinámico e interactivo que mejora la autonomía de la mujer durante éste. Además, es importante que los profesionales del equipo sanitario que participen sean empáticos y comprometidos con el desarrollo del parto y nacimiento, garantizando la información a la mujer y así se incremente el sentido de control en el parto ⁽²⁷⁾.

En las expectativas del parto juega un papel fundamental el plan de parto, que es un documento donde se detallan las preferencias y las expectativas de las mujeres en relación con el embarazo y parto. Su objetivo es mejorar la satisfacción de las mujeres promoviendo la participación, toma de decisiones informadas previamente y su empoderamiento. Se trata de un documento de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto ya que facilita la comprensión del proceso y la participación tanto de la mujer como de su pareja o acompañante y evita tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en el que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial. Cabe mencionar que este documento no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal ⁽²⁸⁾.

Además, este documento no sustituye la información que proporciona el equipo profesional que atiende durante el parto y su objetivo no es planificar el desarrollo del parto y nacimiento. Por este motivo, durante el parto, la gestante podrá modificar cualquiera de las preferencias escritas, según estado y desarrollo de los acontecimientos. Por lo tanto, si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, y la realizará tras informar adecuadamente y pedir el consentimiento ⁽²⁸⁾. Es por esto por lo que el plan de parto puede generar una relación hostil entre la mujer y los profesionales de la salud ya que, si la mujer no quiere desviarse de las condiciones que eligió en su plan de parto, se podría promover un falso sentido del control hacia la mujer o decepcionarla, lo que puede tener consecuencias adversas y contribuir a una experiencia de parto negativa ⁽²⁹⁾.

1.2.3. EL MIEDO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

1.2.3.1. ¿QUÉ ES EL MIEDO AL PARTO?

El embarazo, parto y puerperio, etapas del proceso perinatal, son parte de una poderosa experiencia para las mujeres y se caracteriza por un particular sentido de fragilidad, vulnerabilidad, estrés psíquico y cambios emocionales que marcan la vivencia de la mujer ⁽³⁰⁾.

La experiencia del parto es un proceso complejo e individual que acompaña a la mujer a lo largo de su vida. De esta forma, una experiencia de parto positiva está asociada con una actitud favorable de cara a la maternidad, contribuyendo a la mejoría de su autoestima. Sin embargo, una experiencia de parto negativa ha sido relacionada con trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión postparto, riesgo elevado de depresión prenatal en partos futuros, más solicitudes de cesáreas electivas y una posible trascendencia en decisiones reproductivas futuras ⁽²⁷⁾.

La mayoría de las mujeres embarazadas se sienten preocupadas por vivir la experiencia del parto. Sin embargo, un porcentaje menor experimenta miedo al parto más fuerte e, incluso, ansiedad. El miedo al parto se puede clasificar, a su vez, en miedo leve al parto, miedo moderado al parto y miedo severo al parto ⁽⁶⁾. El concepto miedo severo al parto hace referencia a la ansiedad relacionada con la situación donde el bebé nació o está por nacer. Ocurre cuando una mujer siente tanto miedo al parto que afecta considerablemente a su vida personal, social, ocupacional, a sus relaciones, a su tendencia de convertirse en madre y/o a su habilidad para dar a luz ⁽³¹⁾. Aquellas mujeres con riesgo de experimentar trauma durante el parto tienen altos niveles de intervención médica, partos dolorosos, largos y percepción de falta de apoyo ⁽³²⁾.

Actualmente no hay un consenso sobre la definición exacta del miedo al parto ni sobre su diagnóstico ⁽⁷⁾. En sus manifestaciones más extremas, el miedo al parto supone una amenaza a la vida tanto para la mujer como para su hijo. Incluso en sus formas más comunes, la ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo pueden afectar la salud de la mujer, la habilidad para conectar con su hijo, la relación con su pareja y el desarrollo y salud a largo plazo de su hijo ⁽³²⁾. Cuando el miedo a morir durante el parto se vuelve tan abrumador que se evita completamente la opción de someterse a él, se denomina *tocofobia* o miedo patológico al parto ^(33,34). A lo largo de los años, se utilizaron los términos generales “miedo al parto” o FOC por sus siglas en inglés “fear of childbirth” más a menudo ⁽³⁴⁾. El miedo severo al parto se puede clasificar en tres tipos ⁽³⁵⁾:

1. Miedo al parto primario: condición caracterizada por miedo al parto que precede al embarazo. Suele empezar en la adolescencia o la madurez temprana.
2. Miedo al parto secundario: ocurre tras experimentar un parto estresante o traumático.
3. Miedo al parto como un síntoma de depresión prenatal: Algunas mujeres desarrollan fobia y evasión del parto como síntoma de depresión en el periodo prenatal.

1.2.3.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL MIEDO AL PARTO

-Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ). Es un cuestionario unidimensional desarrollado en Suecia para evaluar el miedo al parto durante el tercer trimestre de embarazo y tras el parto. Consta de 2 versiones (A y B): la versión A mide el miedo al parto según las expectativas de parto de la mujer. La versión B mide el miedo al parto mediante la experiencia vivida durante dicho proceso. Ambas versiones están formadas por 33 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 6 puntos (del 0 al 5) y son válidas para medir el miedo tanto en mujeres nulíparas como en multíparas, antes y después del parto. Así, la puntuación total mínima es de 0 y la máxima de 165. De esta forma, calificaciones superiores a 85 indican miedo severo al parto, y las situadas por encima de 100 muestran signos clínicos de miedo al parto. El α de Cronbach para ambas versiones fue de 0,87 ^(36, 37).

-Fear of childbirth scale (FOBS). Esta escala unidimensional se originó en Polonia para evaluar el miedo al parto. Gracias a dicha escala, se valoraron los cambios en la intensidad de miedo en dos grupos de mujeres embarazadas de entre 17-32 semanas de gestación: el primer grupo formó parte de un programa de ejercicio físico para gestantes y el segundo participó en clases de preparación al parto tradicionales. Está formada por 14 ítems y se puntúa mediante 4 posibles respuestas que van de 0 (definitivamente en desacuerdo) a 4 (definitivamente de acuerdo). El α Cronbach fue 0,92 ^(37, 38).

-Fear of Childbirth Questionnaire. Se trata de un cuestionario sueco unidimensional de 19 ítems. Su fin es evaluar el miedo al parto en mujeres embarazadas durante el tercer trimestre. Cada ítem se responde de forma afirmativa o negativa. En caso de respuesta afirmativa, se considera positivo ⁽³⁶⁾.

-Childbirth Fear Questionnaire (CFQ). Este cuestionario está formado por 40 ítems divididos en 9 subescalas que evalúan el miedo a distintas particularidades. La puntuación total varía entre 0 y 160. El α de Cronbach para la escala general de 40 ítems fue de 0,94 y para la escala de interferencia de 0,85 ^(36, 39).

-First baby study (FBS). Este instrumento se utilizó con mujeres nulíparas de 18 a 35 años durante el tercer trimestre de gestación y un mes después del parto y trata de estudiar la influencia que puede ejercer el modo del primer parto en los posteriores. Este estudio se realizó durante los 3 años siguientes al parto y está formado por 6 ítems para medir el miedo al parto venidero. Las preguntas sobre los sentimientos de las participantes se podían calificar en “nerviosa”, “preocupada”, “miedosa”, “relajada”, “aterrorizada”, “calmada”. Así, las preguntas sobre el parto venidero se podían responder usando los adjetivos “extremadamente”, “bastante”, “moderadamente”, “un poco” o “en absoluto”. La puntuación total oscila entre 6 (sin miedo) hasta 30 (miedo extremo). El α de Cronbach es de 0.82⁽⁴⁰⁾.

-Childbirth attitudes questionnaire (CAQ). Fue desarrollado por Lowe en Estados Unidos para evaluar la relación inversa entre autoeficacia en el parto y el miedo al mismo, así como para investigar los atributos de personalidad asociados a las mujeres que expresan miedo al parto en mujeres nulíparas. Se trata de un cuestionario de 16 ítems. Se puntúa en una escala tipo Likert. Las puntuaciones van de 16 a 64. Se considera que, a mayor puntuación, mayor miedo al parto. El CAQ es un instrumento con una alta fiabilidad medida por el α de Cronbach con valores que van de 0.83 a 0.9⁽⁴¹⁾.

-Revised Fear-of-childbirth questionnaire. Consiste en 11 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) para medir el miedo al parto. De esta forma, las respuestas afirmativas indican miedo. La puntuación total puede ir de 0 a 11 y una puntuación total mayor o igual a 90 indican miedo severo al parto. El α de Cronbach es de 0.72^(37, 42).

-Delivery Fear Scale (DFS) fue diseñada por Wijma en Suecia con la intención de medir el miedo al parto durante el trabajo de parto. Se trata de un cuestionario de autoevaluación que consiste en 10 preguntas con 10 ítems. La mitad de los ítems son positivos y la otra mitad negativos. Estos se puntúan en una escala tipo Likert de 1 a 10 puntos con extremos que van desde 1: «No estoy de acuerdo en absoluto» a 10: «Totalmente de acuerdo». La puntuación total, que corresponde a la suma de todos los ítems puede ir de 10 a 100. Así, puntuaciones totales más altas indican mayor miedo al parto. La escala obtuvo un coeficiente α de Cronbach elevado, de 0,88^(36, 43).

1.2.3.3. DETERMINANTES DEL MIEDO AL PARTO

Es probable que la etiología del miedo al parto sea multifactorial y pueda estar relacionada con la ansiedad general, además de otros miedos más específicos. En concreto, con relación al parto primario, se han encontrado fuertes asociaciones entre el

miedo severo al parto y la ansiedad relacionada con la gestación. Asimismo, los factores personales y situacionales pueden ejercer influencia ⁽⁷⁾. También, existe una asociación entre el miedo al parto y un aumento en las tasas de distocia ⁽⁶⁾. Sin embargo, diferentes estudios han intentado identificar las características del miedo al parto y han mostrado resultados inconsistentes ^(6,7).

Así pues, el abuso y trauma puede influir en el miedo al parto. Es decir, una historia de abuso sexual puede estar asociada con una aversión a las exploraciones ginecológicas. También, el trauma que ocasiona un parto vaginal, o incluso pensar sobre esta futura experiencia puede resurgir memorias estresantes de abuso sexual que ocurrieron en el pasado. Igualmente, el miedo a ser incapaz de dar a luz, a lo que se suma el miedo a hacer algo inadecuado y dañar al bebé durante el parto, puede ser una consecuencia de eventos traumáticos vividos ⁽⁷⁾. Esto también podría estar relacionado con la falta de confianza en el personal sanitario ⁽⁶⁾.

Además, mujeres que ya han experimentado sufrimiento durante un parto pueden sentir miedo de un nuevo trauma ⁽⁷⁾. En este sentido, la elección de cesáreas es más frecuente entre mujeres con miedo severo al parto y, particularmente, en mujeres multíparas con miedo al parto ⁽⁶⁾. Por consiguiente, el miedo al parto difiere entre mujeres multíparas y nulíparas. En las primeras está relacionado con experiencias traumáticas de parto anteriores tales como cesárea, finalización temprana del parto, aborto, muerte fetal, ansiedad y parto asistido. En cambio, las mujeres nulíparas presentan niveles más altos de miedo al parto de media, lo que podría estar relacionado con una falta de experiencia con el parto ^(6, 7, 39, 44). Además, existen niveles más altos de incertidumbre y ansiedad en mujeres nulíparas que en multíparas debido a la excesiva preocupación por el estado de bienestar del feto ⁽³⁰⁾.

Por otra parte, parece ser que las mujeres que han tenido embarazos múltiples muestran mayor miedo al parto, lo que puede contribuir al desarrollo del miedo al parto secundario ⁽⁷⁾. Sin embargo, este dato debe analizarse cautelosamente debido a la baja muestra de embarazos múltiples ⁽³⁹⁾.

Los factores socioculturales y socioeconómicos también influyen en el miedo al parto. En este sentido, las características específicas personales más comunes entre las mujeres con miedo al parto son: desempleadas, fumadoras, con escaso o nulo apoyo de la pareja, embarazos no deseados, antecedentes de problemas psicológicos (neurosis, depresión, ansiedad general, baja autoestima...) y crisis emocionales debido a eventos personales. Además, la depresión no solo puede agravar el miedo al parto durante el

embarazo, sino que también el miedo al parto puede ser un signo de una depresión en estado latente previa al embarazo. Asimismo, se ha encontrado relación entre el miedo al parto y la edad. El miedo al parto suele ser más intenso en mujeres menores de 25 y mayores de 40 años ^(6, 7, 33, 39).

Para terminar, los miedos más comunes al parto son: dolor al parto unido a la auto-sospecha de baja tolerancia al dolor, lesiones en el suelo pélvico, miedo a herir al bebé o a perderlo, desajuste de expectativas, miedo a la desinformación de lo que puede ocurrir a lo largo de la atención perinatal y miedo a la vergüenza que puede presentarse en el área de paritorio y unidad de puérperas ante la pérdida de intimidad causada tanto por factores estructurales como por la actitud de los profesionales ^(6, 7, 30). Por otra parte, el miedo a convertirse en madre es otro de los miedos más comunes. El parto de un niño es uno de los mayores eventos en la transición a la madurez para las parejas jóvenes. Debido a los cambios culturales en la sociedad occidental, el significado y la admiración de la maternidad ha disminuido a expensas de la emancipación, el trabajo y las trayectorias profesionales. En general, las mujeres se sienten menos seguras sobre la crianza de los hijos y tienen una baja confianza en su capacidad para lidiar adecuadamente con el bebé ⁽⁷⁾.

1.2.3.4. ANSIEDAD Y MIEDO AL PARTO

La ansiedad es un sistema de respuesta desarrollado durante la evolución, componiéndose de la tendencia a realizar acciones consideradas como apropiadas en caso de emergencia o amenaza. Este sistema se vuelve disfuncional cuando actúa intensamente y/o muy a menudo. La consecuencia no es solo que aparezcan un gran número de “falsas alarmas” que desencadenan el sistema de la ansiedad, si no también que las habilidades y funciones del individuo se vuelven cada vez más restringidas, lo que podría derivar en una importante discapacidad ⁽³¹⁾.

La etiología del miedo al parto, como se nombró anteriormente, podría estar relacionado con la tendencia a la ansiedad general. Algunos autores evaluaron las conexiones entre los conceptos de ansiedad y miedo al parto, centrándose en la ansiedad como estado y como rasgo. La ansiedad como estado es una reacción transitoria, es decir, los síntomas ansiosos duran un período de tiempo definido y determinado. Sin embargo, la ansiedad como rasgo, se refiere a la predisposición de afrontar la realidad con cierto grado de ansiedad, por lo que se también se denomina personalidad ansiosa, ya que la ansiedad siempre está presente de manera latente y se exterioriza ante determinados acontecimientos ^(31, 45). Las mujeres que declararon miedo severo al parto expresaron niveles más altos de ansiedad como rasgo que las mujeres con miedo moderado al parto

quienes, a su vez, expresaron niveles más elevados de ansiedad general que las mujeres que experimentaron bajos niveles de miedo al parto ⁽⁴⁶⁾.

Por otra parte, el miedo severo al parto está caracterizado por la prevalencia de “restringir la participación interna sensible” (RPIS). Esta característica permite que un extraño, como un ginecólogo o matrona, acceda a alguna de las zonas más privadas del cuerpo sin que la mujer sienta una involucración sensible. Por ejemplo, cuando una mujer embarazada se somete a una exploración ginecológica puede sentirse incómoda, pero comprende la necesidad de realizar dicha prueba. Sin embargo, durante el parto, no es funcional hacer uso de esta restricción ya que estaría aislando los sentimientos del vientre y la zona pélvica. Por esto, una reacción RPIS persistente podría crear una obstrucción grave, ya que el parto requiere una gran involucración sensible ⁽⁴⁷⁾.

Una de las mayores preocupaciones de los autores centrados en la bibliografía del miedo al parto es el incremento de la ansiedad prenatal sobre el dolor y la reducción de la fe en la habilidad de dar a luz de las mujeres. Consecuentemente, el miedo moderado y extremo al parto han sido relacionados con numerosos trastornos de ansiedad y fobias, incluyendo el TEPT, trastorno de ansiedad social, fobia a la sangre, a los animales y agorafobia sin una historia de trastornos de pánico. El TEPT o reacciones de estrés intrusivas que proceden del parto suelen ser resultado de dolor intolerable durante el parto o de complicaciones inesperadas, tales como una cesárea de emergencia. Sin embargo, sigue existiendo la creencia de que la cesárea de elección es capaz de evitar el dolor del parto ^(7, 44, 46).

Existe una variedad de opciones de tratamientos efectivos para las mujeres con trastornos de ansiedad y estado de ánimo: las terapias psicológicas, particularmente la terapia cognitivo-conductual se ha mostrado efectiva para la reducción de la ansiedad. En este sentido, la detección temprana de síntomas de angustia psiquiátrica perinatal puede dirigir un mejor tratamiento de trastornos de ansiedad y de ánimo perinatal, lo que puede ayudar a promover la salud y el bienestar de las mujeres y sus hijos ⁽³²⁾.

Para concluir, cabe mencionar que los sentimientos de miedo y ansiedad que la mujer podría experimentar en el parto estaban relacionados no solo con el dolor del parto, sino también con la dominante jerarquía médica y aspectos estructurales del modelo de cuidado de las maternidades ⁽⁴⁸⁾.

1.2.3.5. INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL CONTROL DEL MIEDO AL PARTO

El concepto general de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) se articula en torno al principio de que el parto y el nacimiento son procesos fisiológicos en los que sólo se debe intervenir para corregir las desviaciones de la normalidad. Así, los profesionales deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad y dignidad de las mujeres ⁽⁴⁹⁾.

Las líneas estratégicas que contempla la EAPN, son: el abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, la participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones, la formación de profesionales de la medicina y de la enfermería y la investigación e innovación, y difusión de buenas prácticas, que plantea en sus recomendaciones la necesidad de potenciar la investigación de aquellos aspectos que requieren mayor conocimiento; la innovación que permite la revisión constante del modo de hacer por cuanto representa modificar ciertos hábitos y rutinas; y el aprendizaje institucional basado en la implantación y/o mejora de buenas prácticas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud ⁽⁴⁹⁾.

En este sentido, las mujeres entienden la relación profesional de la salud-paciente como una simbiosis entre la mujer y el profesional y demandan una relación basada en la confianza, cercanía, afecto, empatía y respeto donde se le ofrezca tranquilidad a la mujer. El sentimiento más comúnmente citado por las mujeres fue el miedo. Sin embargo, el control del comportamiento y las emociones está asociado con la seguridad personal y esta depende normalmente de la confianza depositada en los profesionales sanitarios y la participación de la mujer en la toma de decisiones ⁽²⁷⁾.

De esta forma, el miedo influencia a las mujeres de tal forma que las hace sentir inseguras sobre ellas mismas y dudar de su habilidad de dar a luz ⁽⁵⁰⁾. De ahí la importancia de que los profesionales de la salud deberían reconocer el derecho de la mujer de participar en la toma de decisiones ^(51, 52).

Por esto, la presencia de la confianza y la tranquilidad en dicha relación incluye el acompañamiento de la matrona durante el proceso de embarazo, parto y postparto. Sin embargo, en el ambiente sanitario actual, esta continuidad no siempre ocurre debido a que el profesional que atiende en atención primaria durante el embarazo y postparto difícilmente tiene alguna relación con aquellos profesionales que atienden en el parto y la planta de obstetricia ⁽²⁷⁾.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El embarazo requiere atención sanitaria en base al supuesto de que se trata de un proceso fisiológico y natural. Por esto, los cuidados prestados deben ser inherentes a las necesidades de la mujer, quien juega un importante papel en la toma de decisiones junto al equipo que la atiende. Una atención de calidad durante este proceso conlleva un adecuado seguimiento, uso de tecnología apropiada durante las visitas, pruebas y procedimientos necesarios y basados en la evidencia científica, así como la implicación de las mujeres y una correcta coordinación entre la atención primaria y hospitalaria. Además, durante la etapa de puerperio, la asistencia sanitaria no debe disminuir en cantidad y calidad ⁽¹⁷⁾.

Es imprescindible conocer los miedos y las demandas más comunes de las mujeres para fomentar la toma de decisiones compartidas entre el equipo sanitario y las usuarias ⁽¹⁷⁾. De esta forma, sabiendo cuáles son los miedos más comunes de mujeres embarazadas, el equipo sanitario puede proporcionar información específica en las consultas prenatales y así, desmentir mitos y proveer una comunicación clara sobre los riesgos y la seguridad que existen durante el parto y puerperio, favoreciendo un clima de confianza, seguridad e intimidad para las mujeres. Por consiguiente, se conseguiría, por una parte, interactuar con las mujeres de forma más sensible y significativa y, por otra, disminuir las repercusiones que tiene el miedo sobre el embarazo y el parto ^(34, 46).

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre ansiedad y miedo al parto en las mujeres primigestas que dan a luz en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres incluidas en el estudio
- Enumerar los miedos al parto más frecuentes en las gestantes de la muestra
- Determinar los valores de ansiedad de las mujeres embarazadas del área norte de Tenerife
- Analizar la relación que el miedo y la ansiedad tienen con las variables de estudio
- Establecer la relación entre los niveles de ansiedad y resultados perinatales
- Valorar si existen diferencias entre el miedo al parto primario en las mujeres y sus niveles de ansiedad (Estado)

- Estimar si la ansiedad (Rasgo) se relaciona con los tipos de miedo y sus niveles
- Determinar el grado de impacto que tienen los miedos y la ansiedad sobre los resultados perinatales

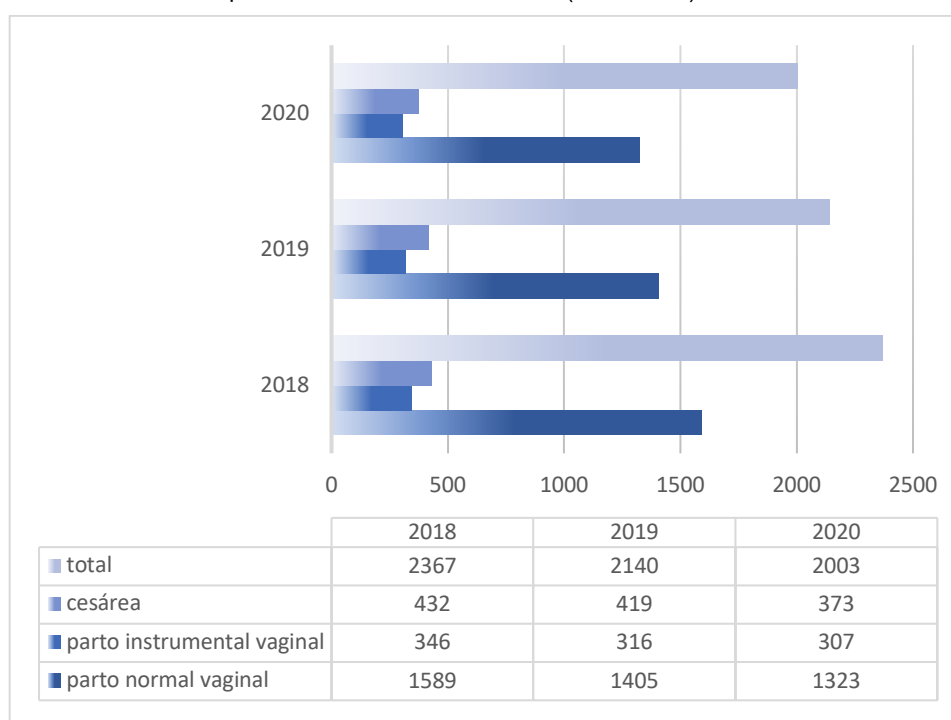
2. METODOLOGÍA

2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) se trata de un centro hospitalario de carácter público que presta atención sanitaria especializada a la población del área norte de la isla. También se trata del hospital de referencia de la isla de La Palma. Se sitúa en Tenerife y depende de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Consta de 822 camas y aproximadamente 4000 trabajadores. “El objeto del HUC es el desarrollo de las actividades sanitarias asistenciales del propio hospital, así como del Área Externa de Salud Mental y los Centros de Atención Especializada (CAEs) del área norte, la prestación de la asistencia propia de los servicios de referencia que se asignen a nivel provincial o regional, la formación de pre y post graduados en Medicina, Enfermería, Fisioterapia y demás Ciencias de la Salud y la investigación en tales campos” ⁽⁵³⁾.

Según fuentes administrativas, en el CHUC se ha atendido una media de 2170 partos durante los últimos tres años (ver gráfico 1)

Gráfico 1. Número de partos en el CHUC en los años (2018-2020)



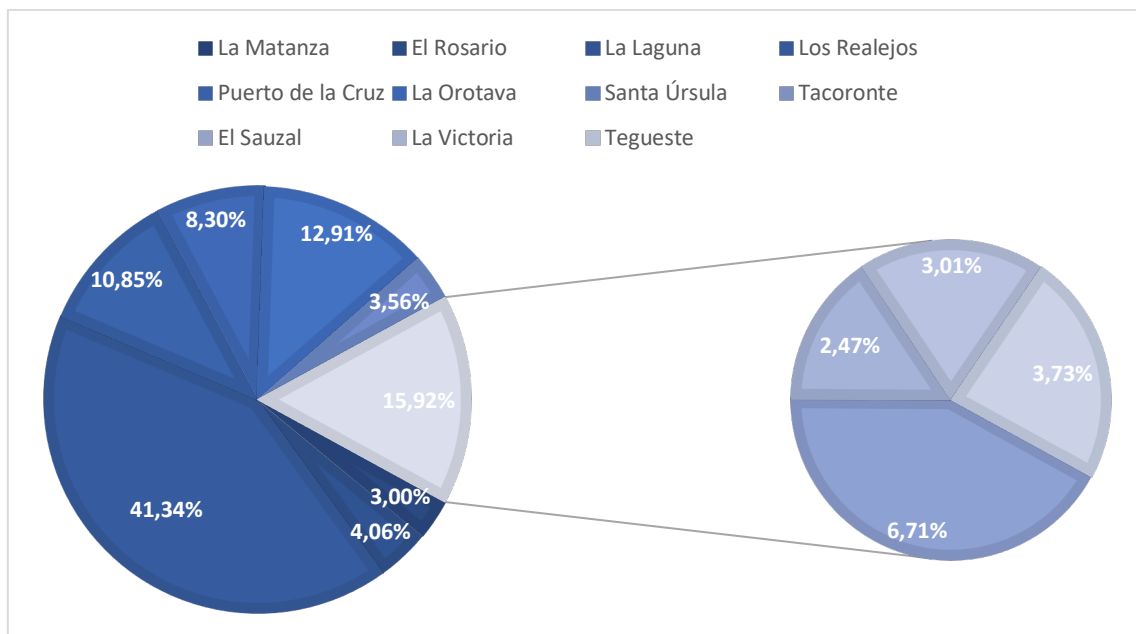
Fuente: servicio de paritorio del CHUC.

El área norte de Tenerife consta de 48 Centros de Salud. Sin embargo, solo serán seleccionados aquellos donde se realice el seguimiento normal del embarazo atendido por matronas y que, además, pertenezcan a la población atendida en el CHUC ⁽⁵⁴⁾. Por lo que han sido seleccionados 14 centros de salud, uno por cada municipio (ver tabla 1). A excepción de La Laguna, donde fueron seleccionado 3 centros de salud (La Universidad, Geneto y Finca España).

TABLA 1. Número de nacimientos por municipios en 2018 y 2019		
Municipios	Nº nacimientos en 2018	Nº nacimientos en 2019
La Matanza	72	56
El Rosario	97	90
La Laguna	986	932
Los Realejos	259	232
Puerto de la Cruz	198	157
La Orotava	308	271
Santa Úrsula	85	92
Tacoronte	160	151
El Sauzal	59	58
La Victoria de Acentejo	72	62
Tegueste	89	66
TOTAL	2385	2167

Fuente: elaboración propia, datos del Instituto Canario de Estadística ⁽⁵⁵⁾

Gráfico 2. Número de nacimientos por municipio en 2019



Fuente: Elaboración propia, datos del Instituto Canario de Estadística ⁽⁵⁵⁾

Respecto al seguimiento del embarazo normal por parte de la atención sanitaria, según la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, se sugiere un programa de seguimiento de entre 6 y 9 visitas a la consulta del especialista pertinente en aquellas gestaciones sin complicaciones. Por esto, previamente, se recomienda realizar una anamnesis con la información clínica de la mujer para determinar el grado de riesgo de la gestación ⁽¹⁷⁾. La captación de las gestantes se realizará durante la semana 16 de gestación por las matronas de atención primaria. En ese momento, tras la valoración pertinente, se determina el seguimiento del embarazo en función del riesgo obstétrico obtenido. De esta forma, se derivará al profesional correspondiente o continuará el seguimiento por las matronas de atención primaria.

2.2. TIPO DE ESTUDIO

Debido a los objetivos que persigue este trabajo, se trata de un estudio cuantitativo observacional longitudinal ⁽⁵⁶⁾.

La recopilación de la información de este proyecto se realizó a través de una búsqueda bibliográfica (anexo 2). Dicha búsqueda se llevó a cabo en bases de datos (Punto Q, Scielo, Medline), buscadores científicos (Google Académico y páginas webs) y el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) mediante una recopilación ordenada de términos que hacen referencia a las palabras clave: parto, embarazo, miedo, ansiedad y resultados perinatales. Así, para delimitar aún más la búsqueda, se acotó en período de

publicación, idioma y de acceso libre. Además, también se obtuvo información de fuentes administrativas del CHUC.

Los artículos elegidos fueron aquellos que, en su título presentaban los términos buscados y, además, tras la realización de una lectura crítica, poseían información considerada adecuada para la inclusión en el estudio.

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

Según fuentes administrativas, el número de partos durante el año 2020 en el CHUC fue de 2003. Además, se estima que un 58% corresponde al número de primigestas. Por tanto, la población de estudio (N) es 1162. La proporción aproximada del miedo al parto y ansiedad (p) se toma de un estudio con una población de tamaño similar a la que queremos estudiar y corresponde al 12% ⁽³³⁾. Así, la proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (q) responde al porcentaje de 88%. En este sentido, el nivel de confianza deseado (Z) se estima en 95%, la precisión absoluta (d) en este estudio se calcula en torno a 5%. A partir de estos datos, se calcula la muestra (n).

La fórmula utilizada para el cálculo de la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- n= tamaño de la muestra
- N= tamaño de la población
- Z= Nivel de confianza
- p= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia
- q=proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).
- d= Nivel de precisión absoluta

De ahí obtenemos que,

$$n = \frac{1162 \cdot 1.96^2 \cdot 0.12 \cdot 0.88}{0.05^2 \cdot (1162 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.12 \cdot 0.88} \Rightarrow n = 142$$

Para concluir, se llevará a cabo un muestreo estratificado y aleatorizado con aquellas mujeres que cumplan los criterios de inclusión en el estudio, atendiendo a la proporción de nacimientos de los municipios de los centros de salud de captación de la muestra.

2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Primigestas del área norte de salud de Tenerife de entre 18 y 45 años, que van a dar a luz en el CHUC y que presenten en el momento de inclusión al estudio un embarazo fisiológico. Además, deben participar voluntariamente en el estudio y tener capacidad de rellenar y presentar los cuestionarios y consentimiento informado por escrito.

2.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Aquellas mujeres que en el momento de inclusión del estudio presenten complicaciones maternas, obstétricas y/o fetales o presenten factores de riesgo obstétricos. También quedarán excluidas las mujeres que hayan tenido embarazos anteriores o aquellas con barrera idiomática (que no hablen o escriban adecuadamente el castellano).

2.4. MATERIALES Y MÉTODOS

Se determinarán y, posteriormente, se estudiarán aquellas variables que permitan examinar el perfil y las características obstétricas de la muestra sobre la que se va a llevar a cabo el estudio.

Para ello, se realizará una entrevista semiestructurada mediante un cuestionario de elaboración propia que contiene las variables de estudio. Luego, se recopilarán en un cuaderno de registro de datos (ver anexo 3) para su posterior análisis.

2.4.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS

Para determinar las características el perfil y características de la muestra, se introducen las variables sociodemográficas y culturales, relacionadas con la actitud frente al embarazo, relacionadas con la gestación, relacionadas con el parto, relacionadas con el puerperio y relacionadas con el recién nacido (ver anexo 4).

2.4.2. FACTORES DEL ESTUDIO

2.4.2.1. Escala para medir el miedo al parto

La escala que se explica a continuación pasará por una validación del inglés al castellano. Para ello, es necesario contactar con la autora original del cuestionario y solicitar la autorización para poder realizar la traducción y adaptación del cuestionario a la población española.

Una vez lograda la autorización de la autora, se procederá a la realización del proceso de validación al castellano que incluye una serie de pasos. En primer lugar, contaremos con la ayuda de dos traductores (uno de ellos con conocimiento de la materia y otro sin conocimientos de esta) cuya lengua materna sea el inglés para realizar una traducción directa. Luego, ambas traducciones serán comparadas para valorar las desigualdades que existan.

El siguiente paso también requiere de la cooperación de dos traductores distintos a los que participaron en el primer paso. Estos traductores también tendrán como lengua materna el inglés. Además, no dispondrán de información referente a la investigación y no tendrán vínculo entre ellos. Así se determinará si existen diferencias semánticas o conceptuales del cuestionario original.

Luego, es necesaria la consolidación por un comité de expertos. Dicho comité abarcará las siguientes cualidades: serán interdisciplinarios, bilingües y expertos en el tema del miedo al parto. El objetivo es obtener un cuestionario pre-final adaptado al español.

Por último, se elegirá un grupo control de unos 30-40 participantes a los que se les hará entrega del cuestionario. Al final, se les realizará una entrevista para conocer sus impresiones. Se considerará que un ítem debe revisarse si, al menos, un 15% de los encuestados presentan dificultades.

El instrumento utilizado para medir el miedo al parto es el Childbirth Fear Questionnaire (CFQ) (ver anexo 5), creada debido a la convicción de que las escalas existentes no captaban completamente los miedos relacionados con el parto. Se trata de un cuestionario multidimensional formado por 40 ítems divididos en 9 subescalas individuales y una escala de interferencia de 7 ítems. Las 9 subescalas evalúan el miedo a diferentes circunstancias: dolor del parto vaginal, vergüenza, intervenciones médicas, insuficiente medicación para aliviar el dolor, parto por cesárea, daño al bebé, muerte del bebé o la madre, daño corporal y cambios negativos en la apariencia y función sexual. Todos los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4), siendo 0 “nada” y 4 “extremadamente”. La

puntuación total oscila entre 0 y 160. Así, los autores consideran puntuaciones de 83-104 como miedo moderado/alto y puntuaciones ≥ 105 como miedo extremo al parto. El α de Cronbach para la escala general de 40 ítems fue de 0,94 y para la escala de interferencia de 0,85. Se utiliza una escala tipo likert para puntuar el nivel de miedo experimentado ante cada una de las situaciones que se exponen ^(39,57).

2.4.2.2. Escala para medir la ansiedad

El cuestionario utilizado para evaluar la ansiedad como rasgo (A/R) y como estado (A/E) es el cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (ver anexo 6). Este cuestionario es una adaptación española y se divide en dos subescalas.

La subescala de Ansiedad Estado (STAI-S) mide la ansiedad como estado, es decir, como aquella reacción transitoria donde los síntomas ansiosos duran un período de tiempo definido.

Mientras que la subescala de Ansiedad Rasgo (STAI-T) busca medir la ansiedad como rasgo. Se refiere a la predisposición de afrontar la realidad con cierto grado de ansiedad, por lo que se encuentra de forma permanente en el individuo.

Además, está compuesto por 40 ítems: 20 para evaluar la ansiedad como rasgo y 20 para evaluar la ansiedad como estado. Una parte de ellos está redactada de forma positiva y la otra de forma negativa. Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 0= casi nunca/nada; 1=algo/a veces; 2=bastante/a menudo; 3= mucho/casi siempre. La puntuación total varía entre 0 y 60, correspondiéndose una mayor puntuación con una mayor puntuación detectada. El α de Cronbach para la subescala STAI-T fue de 0.93 y para la subescala de STAI-S fue de 0.90 ⁽⁵⁸⁾.

2.5. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Una vez obtenidos los permisos solicitados al Comité ético y Gerencias de Atención Primaria, se hará entrega, en primer lugar, del consentimiento informado a cada una de las participantes. Una vez relleno el consentimiento informado, se realizará una entrevista semiestructurada en la que responderán a las variables descritas (ver anexo 3). Concretamente, deberán responder a la sección especificada como “cuestionario de la semana 16”. Por último, se les hará entrega del cuestionario que evaluará el miedo al parto: “Childbirth Fear Questionnaire” y aquel que evaluará la ansiedad como estado y como rasgo: “State-Trait Anxiety Inventory”.

El cuestionario se realizará durante el segundo trimestre de embarazo, en concreto, en la visita realizada a la matrona de Atención Primaria durante la semana 16 de gestación. De esta forma, el cuestionario será realizado antes de empezar el programa de educación maternal. Se hará entrega del cuestionario a las matronas de aquellos centros de salud ubicados en los siguientes municipios: La Matanza, El Rosario, La Laguna (La Universidad, Geneto y Finca España), Los Realejos, Puerto de la Cruz, La Orotava, Santa Úrsula, Tacoronte, El Sauzal, La Victoria de Acentejo y Tegueste ya que atienden a la población perteneciente al CHUC. Así, las matronas harán entrega tanto del consentimiento informado como de los cuestionarios a aquellas mujeres seleccionadas, a quienes previamente se les ha explicado la intención del estudio y estén interesadas en participar.

Posteriormente, cuando las participantes hubieran tenido 42 semanas de gestación y una vez finalizado el parto, un colaborador del estudio recopilará la información de las mujeres incluidas con un cuaderno de registro de datos para reunir el resto de los datos del cuestionario (ver anexo 3).

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

En primer lugar, se solicitará el dictamen favorable del Comité ético de investigación. Así como la autorización de la Dirección de Área de Salud y Gerencias de Atención Primaria implicadas. Igualmente, se entregará el Consentimiento Informado a cada participante (ver anexo 7).

Además, la participación en este estudio será voluntaria y se respetarán los derechos de cada mujer, su libertad individual y dignidad tal y como expresa la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ⁽⁵⁹⁾.

Según lo expresado en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personal y garantía de los derechos digitales y mediante la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la Protección de Datos, se garantiza que los datos personales proporcionados serán tratados de forma que se respete la intimidad de cada sujeto ⁽⁶⁰⁾.

De esta manera, se asegura la adecuada gestión y protección de los datos obtenidos, que cabe mencionar que estarán destinados únicamente a la presente investigación.

2.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

2.7.1. Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo se hará una diferenciación entre aquellas variables de estudio que sean de tipo cuantitativo y aquellas que sean de tipo cualitativo. Para las primeras, se calculará la media, desviación estándar, moda, mediana y rango. En cambio, para las segundas se medirá la frecuencia, proporción y porcentajes. Se utilizará la prueba de Kolmogorov Smirnov e histogramas para estudiar las variables y conocer, así, la distribución.

En concreto, la distribución de los resultados de las variables cuantitativas discretas será representadas gráficamente por un diagrama de barras.

Para el estudio de la normalidad de las variables cuantitativas, se representarán a través de curvas de distribución según su asimetría, haciendo uso del coeficiente de asimetría de Fisher y de Pearson, según corresponda. Así, también se usará el coeficiente de curtosis para conocer la cantidad de datos que se encuentran cercanos a la media.

2.7.2. Análisis inferencial

Para conocer el comportamiento de la población (N) y extraer así, ciertas conclusiones, utilizaremos información que obtendremos de la muestra (n). Para ello, en aquellas variables que muestren una distribución normal se realizarán pruebas paramétricas. Así, aquellas que no muestren una distribución normal, se realizarán pruebas no paramétricas.

Para las variables cuantitativas de dos grupos distribuidas normalmente se llevará a cabo la prueba de T-Student. Sin embargo, para aquellas que se relacionen en tres o más grupos, se utilizará ANOVA. En su cuantificación utilizaremos el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

Para cuantificar la intensidad de asociación entre una variable cualitativa y una cuantitativa, se usará el índice de asociación d de Cohen.

Al resumir de forma cuantitativa la asociación entre dos variables cualitativas utilizaremos el coeficiente de contingencia de Cramer. Además, se utilizará la prueba de chi-cuadrado en aquellas variables cualitativas para comparar la distribución observada de los datos con la distribución esperada.

Para medir la consistencia interna del instrumento se usará el alpha de cronbach. Se considerará suficiente cuando el valor sea 0.70 o superior. Además, el cuestionario deberá contar con la fiabilidad intra-observador e inter-observador para lo que se utilizará el coeficiente de correlación intraclase.

Las comparaciones y las asociaciones se considerarán estadísticamente significativas cuando cuyo valor p sea inferior a 0'05. Para analizar todos los datos, se empleará el programa informático IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en su última versión para Microsoft Windows 10.

2.8. CRONOGRAMA

Este estudio se divide en siete etapas que quedarán expresadas en la siguiente tabla (ver tabla 2) donde se define la duración de cada una de ellas. La duración total abarca los meses desde enero de 2020 hasta marzo de 2022.

Tabla 2. Cronograma de actividades																										
2020												2021										2022				
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	N	E	A
	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C	E	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C	E	B	R
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										

Fuente: elaboración propia

- 1) Búsqueda bibliográfica y redacción del proyecto
- 2) Revisión metodológica
- 3) Autorizaciones, traducción y pilotaje
- 4) Pase de la encuesta para validación y recogida de información
- 5) Análisis de datos

- 6) Redacción de informes
- 7) Difusión (congresos y publicaciones)

2.9. PRESUPUESTO

Para la realización de este proyecto, se solicitará financiación a través de la solicitud de becas públicas y/o privadas. Así, para conseguir los resultados del proyecto serán necesarios una serie de recursos materiales, humanos y de transporte que se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 3. Presupuesto				
RECURSOS			PRECIO POR UNIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS MATERIALES	MATERIAL INVENTARIABLE	ORDENADOR	600 €	600€
		IMPRESORA	60 €	60€
	MATERIAL NO INVENTARIABLE	CUADERNO	7,95 €	7,95€
		PAQUETE BOLÍGRAFOS	23,17 €	23,17€
		GRAPAS	0,84 €	4,20€
		GRAPADORA	8,99 €	8,99€
		HOJAS	3,20 €	9,60€
		TINTA PARA LA IMPRESORA	12,99€	35,20€
RECURSOS HUMANOS	TRADUCTORES		50€	200€
	ESTADÍSTICO		400€	400€
OTROS	TRANSPORTE			350€
TOTAL (€)		1699,11€		

Fuente: elaboración propia

2.10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dado el diseño del estudio, se podría incurrir en un posible sesgo de selección debido a la participación voluntaria de las gestantes. Se intentará reducir dicho sesgo mediante la utilización de una tabla de números aleatorios para la selección de mujeres que acuden a la consulta. De esta manera, se garantizará que los datos que finalmente se extrapolarán de la muestra, sean representativos de la población en estudio.

En este sentido, es posible cometer un sesgo de información de los datos recabados por profesionales involucrados en el estudio, que se intentará paliar con el entrenamiento previo de estos. Además, los registros de las historias clínicas por parte del personal que atiende en el ingreso hospitalario pueden presentar una variabilidad en la información registrada.

Así, en el proceso de validación del cuestionario CFQ, podría cometerse un sesgo si durante las etapas de traducción y retrotraducción, se comete algún error que no es detectado y, por tanto, el cuestionario no presentaría las mismas propiedades métricas en las dos culturas (origen y destino).

Por último, a la hora de cumplimentar los cuestionarios, se pueden cometer diversos sesgos por parte de las gestantes. En primer lugar, el sesgo de error de tendencia habitual, que hace referencia a elegir las opciones centrales, neutras. Además del sesgo de complacencia u obsequiosidad que lleva a las participantes a elegir aquellas respuestas consideradas socialmente aceptadas. Por último, el sesgo de aprendizaje o de proximidad que induce a contestar de forma parecida o similar a las respuestas elegidas anteriormente.

2.11. RESULTADOS ESPERADOS

De la misma manera que se ha observado en otros estudios, se espera hallar un aproximado de entre 10-33% de mujeres que presenten miedo al parto ^(7,44) y entre un 6-10% de mujeres con miedo severo al parto ^(46, 61). En este sentido, se espera encontrar un 12% de mujeres con ansiedad y miedo al parto ⁽³³⁾. Sin embargo, se ha encontrado que estos datos varían de un estudio a otro dependiendo de la definición, la elección del momento de evaluación y el contexto cultural ⁽⁶⁾.

Mediante este estudio, conociendo las variables sociales, culturales y obstétricas, se pretende prestar la atención de calidad que requiere el embarazo y parto, de forma que

se fomente la toma de decisiones compartidas entre la mujer y los profesionales sanitarios y se gestione adecuadamente sus miedos y ansiedades ⁽¹⁷⁾.

Se espera encontrar, debido a hallazgos en otros estudios, que los miedos más comunes al parto incluyan el miedo al dolor, a sufrir lesiones durante el mismo, miedo a herir o perder el bebé, miedo a experimentar desajustes de expectativas, a la desinformación durante el parto y embarazo, miedo a sentir vergüenza debido a la falta de intimidad, y miedo a convertirse en madre ^(30,7,6).

Así, se espera encontrar un patrón en el perfil sociodemográfico y obstétrico de aquellas mujeres con miedo al parto, formado, en su mayoría, por mujeres menores de 25 y mayores de 40 años, desempleadas, fumadoras, con escaso o nulo apoyo de su pareja, cuyos embarazos no sean deseados y con antecedentes de problemas psicológicos ^(6, 7, 33, 39) Asimismo, también se espera hallar niveles más altos de miedo al parto en mujeres nulíparas ^(6, 7, 30, 39, 44).

Por otra parte, se espera obtener que las experiencias de parto negativa tengan gran repercusión en la salud mental de las mujeres, debido al hallazgo de la relación entre una mala vivencia de parto con numerosas patologías posteriores ^(7, 27, 33, 44, 46). Además, se espera encontrar que dichas experiencias negativas tengan como consecuencia un aumento de solicitudes de cesáreas y una posible trascendencia en decisiones reproductivas futuras ^(7, 27, 44).

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Bauman Z. Miedo líquido: la sociedad contemporánea y sus temores [Internet]. Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A; 2007 [accesado 30 ene 2021]. 232 p. Disponible en: https://redpaemigra.weebly.com/uploads/4/9/3/9/49391489/bauman_zygmunt_-_miedo_liquido.pdf
2. Hurtado FA. Antropología del miedo. Methaodos [Internet] 2015 [accesado 30 ene 2021]; 3(2): 262-75. Disponible en: <https://www.methaodos.org/revista-methaodos/index.php/methaodos/article/view/90>
3. Merck S, Dohme B. Problemas de saúde da mulher: trabalho de parto e parto [Internet]. Kenilworth, NJ, USA; 2008 [actualizado 2021; accesado 5 feb 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com>
4. Aguado Lobo I, Aizpurua Galdeano P, Alegre Viñas M, et al. En familia [Internet]. Asociación Española de Pediatría [accesado 30 ene 2021]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es>
5. González de la Torre H, Miñarro Jiménez S, Palma Arjona I, Jeppensen Gutiérrez J, Berenguer Pérez M, Verdú Soriano J. Satisfacción percibida por las mujeres durante el parto en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias a través del Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) Enferm Clínica [Internet] 2021 [accesado 30 ene 2021]; 31(1): 21-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2020.05.002>
6. 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 [Internet]. 2012 ene [accesado 30 ene 2021]; 91(1): 44-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21787365/>
7. Klabbers GA, Van del Heuvel MMA, Van Bakel HJA, Vingerhoets AJJM. Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. Psychological topics [Internet]. 2016 ene [accesado 30 ene 2021]; 25(1): 107-27. Disponible en: https://lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1464045054.pdf
8. Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. New York, USA: Harper & brothers; 1942. 316 p.
9. Boucheron P, Corey R. El miedo: Historia y usos políticos de una emoción. Buenos Aires, Argentina: Clave Intelectual; 2019. 96 p.
10. Ávila Parcet A, Fullana Rivas MA. El miedo en el cerebro humano. Mente y cerebro [Internet] 2016 [accesado 12 feb 2021]; 111(78): 50-1. Disponible en: <https://www.investigacionyciencia.es/files/23528.pdf>
11. Sarráis F. El miedo [Internet]. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S. A; oct 2014 [accesado 30 ene 2021]. 161 p. Disponible en: <https://elibro-net.accedys2.bbt.ull.es/es/ereader/bull/47193>
12. Moreno P. Superar la ansiedad y el miedo [Internet]. Murcia: Editorial Desclée de Brouwer; nov 2011. [accesado 4 feb 2021]. 236 p. Disponible en: <https://st11.ning.com/topology/rest/1.0/file/get/2187555?profile=original>
13. Fernández Abascal EG, García Rodríguez B, Jiménez Sánchez MP, Martín Díaz MD, Domínguez Sánchez FJ. Psicología de la emoción. España: Editorial universitaria Ramón Areces; 2018. 510 p.
14. Marina JA. Anatomía del miedo: un tratado sobre la valentía. Barcelona, España: anagrama; 2016. 264 p.
15. Furedi F. Culture of fear: risk-taking and the morality of low expectation. Londres: Continuum; 2002. 224 p.
16. Reguillo R. Los miedos contemporáneos: sus laberintos, sus monstruos y sus conjuros. Una lectura socioantropológica. Etnografías contemporáneas [Internet]. 2006 [accesado 4 feb 2021]; 2(2): 45-72. Disponible en: http://envios.unsam.edu.ar/escuelas/humanidades/centros/c_cie/pdf/n2/REGUILLO.pdf
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Andalucía: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014 [accesado 4 feb 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/>
18. Ulloque JA. Embarazo de alto riesgo [Internet]. Colombia: Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología; 2014 [accesado 4 feb 2021]. Disponible en: https://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf

19. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Prost Obstet Ginecol* [Internet]. 2018 [accesado 4 feb 2021]; 61(5):510-27. Disponible en: <https://www.elsevier.es>
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010 [accesado 4 feb 2021]. Disponible en: <https://www.uv.es/jjsanton/Parto/08SEGOasistenciaparto.pdf>
21. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la Región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana* [Internet]. Ago 2012 [accesado 14 feb 2021]; 7(2): 225-47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>
22. Romero Gutiérrez G, Ríos López JC, Cortés Salim P, Ponce Ponce de León AL. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. *Medigraphic Artemisa* [Internet]. Sep 2007 [accesado 30 ene 2021]; 75(9): 533-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom079f.pdf>
23. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Protocol: cesàrea [Internet]. Barcelona, España: Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona; may 2020 [accesado 30 ene 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
24. Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Profesión* [Internet]. 2009 [accesado 14 feb 2021]; 10(2): 5-11. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/>
25. De 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]. [Internet]. [Tarragona]: Universitat Rovira i Virgili; 2014. 228 p. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/306265/Tesi%20Maria%20Inmaculada.pdf?sequence=1>
26. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Birth* [Internet]. 2005 [accesado 14 feb 2021]; 32(1): 72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12917986/>
27. Pereda-Goikoetxea B, Marín-Fernández B, Liceaga-Otazu NE, Elorza-Puyadena MI. A qualitative study of hospital birth perceptions: the helix of priority needs. *Midwifery* [Internet]. 2019 [accesado 14 feb 2021]; 74: 91-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.018>
28. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2012 [accesado 14 feb 2021]. Disponible en: <https://www.msccbs.gob.es/>
29. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Kluffinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstet Gynaecol Can* [Internet]. Nov 2013 [accesado 30 ene 2021]; 35(11): 979-85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24246397/>
30. Arnau Sánchez J, Martínez-Ros MT, Castaño-Molina MA, Nicolás-Viguera MD, Martínez-Roche ME. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan* [Internet] 2016 [accesado 10 feb 2021]; 16(3): 370-81. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74147078008.pdf>
31. Wijma K, Wijma B. *Bio-PsychoSocial Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. Suiza: Springer; 2017. A Woman Afraid to Deliver: How to Manage Childbirth Anxiety; [accesado 13 feb 2021];3-31. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-40404-2_1
32. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *JOGNN* [Internet]. jun 2015 [accesado 14 feb 2021]; 44: 687-9. Disponible en: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)35319-3/pdf](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)35319-3/pdf)
33. Therese Storcken H, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 8 nov 2011 [accesado 3 feb 2021]; 91:237-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22085403/>
34. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry* [Internet]. Ene 2000 [accesado 7 feb 2021];176(1):83-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10789333/>

35. Hofberg K, Ward M. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* [Internet]. 17 sep 2003 [accesado 16 feb 2021]; 79:505-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13679545/>
36. Ortega-Cejas CM, Roldán-Merino J, Biurrun-Garrido A, Castrillo-Pérez MI, Vicente-Hernández MM, Lluch-Canut T, Cabrera-Jaime S. Miedo al parto: revisión bibliográfica de los instrumentos de medida. *Matronas Profesión* [Internet] 2019 [accesado 5 feb 2021]; 20(2): 36-42. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista>
37. Nilsson C, Hessman E, Sjoblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Sparud-Lundin C, Wigert H, Begley C. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 12 ene 2018 [accesado 12 feb 2021];18(28):1-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29329526/>
38. Guskowska M. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping* [Internet]. Mar 2014 [accesado 12 feb 2021]; 27(2): 179-89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24199962/>
39. Fairbrother N, Thordarson DS, Stoll K. Fine tuning fear of childbirth: the relationship between childbirth fear questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. Ene 2018 [accesado 12 feb 2021]; 36(1): 15-29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29517300/>
40. 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* [Internet]. Dic 2013 [accesado 14 feb 2021]; 40(4): 289-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868996/>
41. Gorounti K, Kouklaki E, Lykeridou K. Validation of the childbirth attitudes questionnaire in Greek and Psychosocial characteristics of pregnant women with fear of childbirth. *Women Birth* [Internet]. Sep 2015 [accesado 30 ene 2021]; 28(3): 44-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25747734/>
42. Poikkeus P, Saisto T, Punamaki R, Unkila-Kallio L, Vilksa S, Repokari L, Tulppala M, Tiitinen A. Birth experience of women conceiving with assisted reproduction: a prospective multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. Jun 2014 [accesado 30 ene 2021]; 93(9): 880-7. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24909073/>
43. Shakarami A, Irvani M, Mirghafourvand M, Jafarabadi M. Psychometric properties of the Persian version of delivery fear scale (DFS) in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. Feb 2021 [accesado 8 feb 2021]; 21(1): 147. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03634-7>
44. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. Sep 2009 [accesado 8 feb 2021]; 30(3): 168-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19591052/>
45. Zar M, Wijma K, Wijma B. Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* [Internet]. Feb 2002 [accesado 8 feb 2021]; 9(2): 122-30. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.305>
46. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. Jun 2012 [accesado 30 ene 2021]; 12(1): 55. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-55>
47. Klabbers GA, Wijma K, Paalberg KM, Emons WHM, Ingerhoets JJM. Treatment of severe fear of childbirth with therapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. Oct 2014 [accesado 30 ene 2021]; 14(1): 385. Disponible en: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-14-385>
48. Roosevelt L, Low LK. Exploring Fear of childbirth in the United States Through a Qualitative Assessment of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* [Internet]. Feb 2016 [accesado 30 ene 2021]; 45(1): 28-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26815796/>

49. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012 [accesado 30 ene 2021]. Disponible en: <https://www.msccbs.gob.es/>
50. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. Midwifery [Internet]. Abr 2009 [accesado 30 ene 2021]; 25(2): 1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17512645/>
51. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. Oct 2015 [accesado 30 ene 2021]; 15: 251. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0683-0>
52. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. J Adv Nurs [Internet]. May 2012 [accesado 30 ene 2021]; 66(10): 2142-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20636467/>
53. Servicio Canario de la Salud. El hospital-descripción. Gobierno de Canarias [Internet]. Jul 2010 [accesado 20 feb 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/>
54. Servicio Canario de la Salud. El Hospital-Población de referencia. Gobierno de Canarias [Internet]. Jul 2010 [accesado 20 feb 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/>
55. Instituto Canario de Estadística. ISTAC//Estadística de nacimientos. Nacimientos según sexos de los nacidos y municipios por islas de Canarias de residencia de las madres por año. [Internet]. Instituto Canario de Estadística; ©2019 [accesado 20 feb 2021]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>
56. Múggerburg Rodríguez MC, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Enfermería Universitaria [Internet]. Abr 2007 [accesado 20 feb 2021]; 4(1): 35-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>
57. Fairbrother N, Stoll K, Thordarson D, Janssen P, O'Neill M, Korol C, Sakaluk J, Bayrampour H. The Childbirth Fear Questionnaire: a new measure of fear of childbirth [Internet]. Canadá: University of British Columbia. Department of Psychiatry; mar 2018 [accesado 20 feb 2021]. Disponible en: https://interprofessional.ubc.ca/files/2018/03/D3iii_Fairbrother.pdf
58. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo [Internet]. Madrid: Tea Ediciones, S.A.U; 2015 [accesado 10 feb 2021]. Disponible en: <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>
59. España. Jefatura del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE [Internet]. 15 nov 2002 [accesado 20 feb 2021];(274):40126-32. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
60. España. Jefatura del Estado. Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE [Internet]. 6 dic 2018 [accesado 20 feb 2021];(294): 119788-857. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>
61. 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 [Internet]. Nov 2017 [accesado 20 feb 2021]; 45(4): 469-77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630751/>

4. ANEXOS

ANEXO 1. GLOSARIO

Aborto: interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno

Cesárea: operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto

Cesárea electiva: cesárea que se realiza de forma programada

Cesárea urgente: cesárea que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave con riesgo vital, ya sea de la madre o el feto

Fórceps: instrumento en forma de pinza que se utiliza para ayudar a salir al bebé del canal del parto cuando hay dificultades en el momento de la expulsión o para acelerar el parto.

Múltipara: mujer que ha tenido más de un parto

Multigesta: mujer que ha tenido más de un embarazo

Parto inducido: estimulación de las contracciones uterinas durante el embarazo antes de que comience el trabajo de parto por sí solo para lograr un parto vaginal

Parto instrumental: es aquel parto que en el momento del expulsivo requiere de la utilización de un instrumento

Parto normal: proceso fisiológico en el que la mujer finaliza su gestación a término

Periodo de alumbramiento: periodo que abarca desde la expulsión del feto hasta la eliminación de la placenta

Periodo de dilatación: periodo que consiste en la apertura del orificio del cérvix, comienza con las contracciones uterinas y finaliza cuando el cuello uterino alcanza los 10 cm

Primigesta: mujer que está embarazada por primera vez

Primípara: mujer que da a luz por primera vez

Ventosa: instrumento que se adapta a la cabeza del bebé a través de un sistema de vacío, para que, mediante la tracción ayuden a su salida

Espátulas: instrumento con dos ramas no articuladas, que realizan la función de calzador ayudando al descenso de la cabeza del bebé.

ANEXO 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Base de datos PUNTO Q			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
No limitado	"miedo" y "parto"	23.11.2020	53
No limitado	"ansiedad" y "parto"	23.11.2020	114
Últimos 5 años	"ansiedad" y "parto"	23.11.2020	47
No limitado	"miedo al embarazo"	23.11.2020	60
No limitado	"fear of childbirth"	24.11.2020	7974
No limitado	"fear of delivery"	24.11.2020	48518
Últimos 5 años	"fear of delivery"	24.11.2020	22662
No limitado	"miedo al parto"	24.11.2020	53
Últimos 5 años	"miedo al parto"	24.11.2020	21
Últimos 5 años	"emociones" y "embarazo"	24.11.2020	19
No limitado	"miedo"	26.01.2021	4965
Últimos 5 años	"miedo"	26.01.2021	1224
Últimos 5 años	"fear"	26.01.2021	
Últimos 10 años	"el miedo"	27.01.2021	2610
Últimos 5 años	"cultura del miedo"	28.01.2021	157
No limitado	"fear of childbirth" y "spain"	01.02.2021	594
Últimos 5 años	"fear of childbirth" y "spain"	01.02.2021	248
Últimos 10 años	"embarzo" y "parto"	04.02.2021	894
Últimos 5 años	"pregnancy"	04.02.2021	201936
Últimos 5 años	"pregnancy and childbirth"	04.02.2021	14946
Últimos 10 años	"parto normal"	04.02.2021	4430
Últimos 10 años	"embarazo normal"	04.02.2021	274
Últimos 10 años	"plan de parto"	04.02.2021	208
Últimos 10 años	"cesárea"	04.02.2021	1049

Base de datos Scielo			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
No limitado	"miedo" y "parto"	24.11.2020	41
No limitado	"ansiedad" y "parto"	24.11.2020	52
No limitado	"fear of childbirth"	24.11.2020	46
Últimos 5 años	"fear of childbirth"	24.11.2020	21
No limitado	"fear of delivery"	24.11.2020	68
Últimos 5 años	"fear of delivery"		26

Base de datos Pubmed			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
No limitado	"satisfaction" and "delivery"	24.11.2020	13665
Últimos 5 años	"satisfaction" and "delivery"	24.11.2020	4566
Últimos 5 años	"anxiety" and "pregnancy"	24.11.2020	3541
Últimos 5 años	"fear of delivery"	24.11.2020	1019
No limitado	"miedo al parto"	24.11.202	0
Últimos 10 años	"childbirth" y "spain"	01.02.2021	513
Últimos 5 años	"birth expectations"	01.02.2021	4664

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 3. CUADERNO DE REGISTRO DE DATOS

CUESTIONARIO DE LA SEMANA 16

Número asignado:

Fecha:

Variables sociodemográficas y culturales

- 1) Edad:
- 2) Nivel de estudios:
 - a) Sin estudios
 - b) Estudios primarios
 - c) Educación secundaria obligatoria
 - d) Estudios superiores
- 3) Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Viuda
 - d) Divorciada
- 4) Situación laboral de la mujer y su pareja:
 - a) Solo la participante posee situación laboral activa
 - b) Solo la pareja posee situación laboral activa
 - c) Ninguno posee situación laboral activa
 - d) Ambos poseen situación laboral activa
- 5) Religión:
 - a) Cristianismo
 - b) No practicante/atea
 - c) Budismo
 - d) Islamismo
 - e) Hinduismo
- 6) Lengua materna:
 - a) Español
 - b) Inglés
 - c) Alemán
 - d) Francés
 - e) Italiano
 - f) Otra:
- 7) Nacionalidad:
 - a. Española
 - b. Inglesa
 - c. Alemana
 - d. Francesa
 - e. Italiana
 - f. Otra:

CUESTIONARIO POSTPARTO

Variables relacionadas con el parto:

- 1) Edad gestacional:
- 2) Motivo de ingreso:
- 3) Duración del parto:
- 4) Tipo de analgesia:
 - a) Sin analgesia
 - b) Epidural
 - c) Espinal
 - d) General
 - e) Analgesia local
 - f) Métodos no farmacológicos
- 5) Tipo de parto:
 - a) Espátulas
 - b) Ventosa
 - c) Cesárea
 - d) Inducido
 - e) Fórceps
 - f) Parto normal
- 6) Complicaciones maternas: Sí/NO
- 7) Complicaciones obstétricas: Sí/NO
- 8) Complicaciones fetales: Sí/NO
- 9) Complicaciones del recién nacido: Sí/NO

Variables relacionadas con el puerperio

- 1) Complicaciones maternas: Sí/NO
- 2) Complicaciones obstétricas: Sí/NO
- 3) Tipo de lactancia al alta:
 - a) Materna
 - b) Artificial
 - c) Mixta

Variables relacionadas con la actitud frente al embarazo

- 1) Embarazo deseado: Sí/NO
- 2) Antecedentes de problemas psicológicos: Sí/NO
- 3) Hábito tabáquico:
 - a) No fumadora
 - b) Exfumadora
 - c) Fumadora activa
- 4) Búsqueda de información sobre la gestación: Sí/NO
- 5) Fuentes de información:
 - a) Amigos/familiares
 - b) Profesionales sanitarios
 - c) Grupos de apoyo
 - d) Internet y/o aplicaciones móviles
 - e) Revistas
 - f) Libros

Variables relacionadas con la gestación:

- 1) Complicaciones maternas: Sí/NO
- 2) Complicaciones obstétricas: Sí/NO
- 3) Complicaciones fetales: Sí/NO
- 4) Número de visitas a urgencias:
- 5) Diagnóstico de ansiedad:
- 6) Diagnóstico de depresión
- 7) Preferencias durante el parto:
 1. Predilección extremadamente fuerte hacia el parto vaginal
 2. Predilección muy fuerte hacia el parto vaginal
 3. Predilección leve hacia el parto vaginal
 4. Indiferencia hacia el parto vaginal o cesárea
 5. Predilección leve hacia la cesárea
 6. Predilección muy fuerte hacia la cesárea
 7. Predilección extremadamente fuerte hacia la cesárea

Variables relacionadas con el Recién Nacido

- 1) Peso del Recién Nacido:
- 2) Recién Nacido sano: Sí/NO
- 3) Recién Nacido con complicaciones: Sí/NO
- 4) Contacto piel con piel: Sí/NO
- 5) Contacto piel con piel:
 - a) Con la madre
 - b) Con el padre
 - c) Con ambos
- 6) Ingreso del Recién Nacido: Sí/NO
- 7) Apgar del Recién Nacido:
 - a) 1':
 - b) 5'

ANEXO 4. VARIABLES DEL ESTUDIO

TABLA 5. VARIABLES DEL ESTUDIO			
Variables sociodemográficas y culturales		Tipo de variable	Escala de medida
	EDAD	Cuantitativa discreta	Numérica
	NIVEL DE ESTUDIOS	Cualitativa ordinal	-Sin estudios -Estudios primarios -Educación secundaria obligatoria -Estudios superiores
	ESTADO CIVIL	Cualitativa nominal	-Soltera -Casada -Viuda -Divorciada
	SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER Y SU PAREJA	Cualitativa nominal	-Sólo la participante posee situación laboral activa -Sólo la pareja posee situación laboral activa -Ninguno posee situación laboral activa -Ambos poseen situación laboral activa
	RELIGIÓN	Cualitativa nominal	-Cristianismo -No practicante/atea -Budismo -Islam -Hinduismo -Otra:
	LENGUA MATERNA	Cualitativa nominal	-Español -Inglés -Alemán -Francés -Italiano -Otra:
	NACIONALIDAD	Cualitativa nominal	-Española -Inglesa -Alemana -Francesa -Italiana -Otra:
Variables r/c la actitud frente al embarazo	EMBARAZO DESEADO	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	ANTECEDENTES DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	HÁBITO TABÁQUICO	Cualitativa nominal	-No fumadora -Exfumadora -Fumadora activa
	BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE LA GESTACIÓN	Cualitativa dicotómica	-Sí -No

	FUENTES DE INFORMACIÓN	Cualitativa nominal	-Amigos/familiares -Profesionales sanitarios -Grupos de apoyo -Internet y/o aplicaciones móviles -Revistas -Libros
Variables r/c la gestación	COMPLICACIONES MATERNAS	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	COMPLICACIONES FETALES	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	Nº DE VISITAS A URGENCIAS	Cuantitativa discreta	Numérica
	DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	PREFERENCIAS DURANTE EL PARTO	Cuantitativa discreta	-1: Predilección extremadamente fuerte hacia el parto vaginal -2: Predilección muy fuerte hacia el parto vaginal -3: Predilección leve hacia el parto vaginal -4: Indiferencia hacia el parto vaginal o cesárea -5: Predilección leve hacia la cesárea -6: Predilección muy fuerte hacia la cesárea -7: Predilección extremadamente fuerte hacia la cesárea
Variables r/c el parto	EDAD GESTACIONAL	Cuantitativa discreta	Numérica
	MOTIVO DE INGRESO	Cualitativa politómica	
	DURACIÓN DEL PARTO	Cuantitativa discreta	Numérica
	TIPO DE ANALGESIA	Cualitativa nominal	-Sin analgesia -Epidural -Espinal -General -Analgesia local -Métodos no farmacológicos
	TIPO DE PARTO	Cualitativa nominal	-Espátulas -Ventosa -Cesárea -Inducido -Fórceps -Parto normal

	COMPLICACIONES MATERNAS	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	COMPLICACIONES FETALES	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	COMPLICACIONES DEL RN	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
Variables r/c el puerperio	COMPLICACIONES MATERNAS	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	TIPO DE LACTANCIA AL ALTA	Cualitativa nominal	-Materna -Artificial -Mixta
Variables r/c el RN	PESO DEL RN	Cuantitativa discreta	Numérica
	RN SANO	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	RN CON COMPLICACIONES	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	CONTACTO PIEL CON PIEL	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	CONTACTO PIEL CON PIEL	Cualitativa nominal	-Madre -Padre -Ambos
	INGRESO DEL RN	Cualitativa dicotómica	-Sí -No
	APGAR RN 1'	Cuantitativa discreta	0-10
	APGAR RN 5'	Cuantitativa discreta	0-10

Fuente: elaboración propia

ANEXO 5. MODELO DEL CHILDBIRTH FEAR QUESTIONNAIRE (CFQ)

A continuación, se expone una traducción del cuestionario original.

CHILDBIRTH FEAR QUESTIONNAIRE

A continuación se encuentra una lista de situaciones relacionadas con el parto que algunas mujeres pueden calificar de aterradoras. Para cada una de las situaciones enumeradas, por favor indique la intensidad de miedo experimentado haciendo uso de la siguiente escala:

En absoluto	0	No siento en absoluto miedo en este aspecto del parto
Levemente	1	Siento miedo leve hacia este aspecto del parto
Moderadamente	2	Siento miedo moderado hacia este aspecto del parto
Mucho	3	Siento mucho miedo hacia este aspecto del parto
Extremadamente	4	Siento miedo extremo hacia este aspecto del parto

¿Cuánto miedo sientes ante...? En absoluto (0) Levemente (1) Moderadamente (2) Mucho (3) Extremadamente (4)

SITUACIÓN	ESCALA DE MIEDO				
	0	1	2	3	4
1. ...Sufrir lesiones debido a deficientes cuidados médicos?	0	1	2	3	4
2. ...Sufrir un desgarro/daño anal como consecuencia del parto?	0	1	2	3	4
3. ...morir durante el parto?	0	1	2	3	4
4. ...recibir anestesia general?	0	1	2	3	4
5. ...recibir inyecciones?	0	1	2	3	4
6. ...que el bebé sufra daño cerebral o tenga alguna discapacidad como consecuencia del parto?	0	1	2	3	4
7. ...que otras personas me vean desnuda durante el parto?	0	1	2	3	4
8. ...sufrir un desgarro vaginal durante el parto?	0	1	2	3	4
9. ...que el bebé sufra algún daño físico durante el parto?	0	1	2	3	4
10. ...que el bebé sea herido debido a alguna intervención médica durante el parto (por ejemplo, uso de ventosa, anestesia...)?	0	1	2	3	4
11. ...no ser capaz de tener un parto por cesárea a pesar de que es lo que preferiría?	0	1	2	3	4
12. ...que mi vagina se dilate debido al parto vaginal?	0	1	2	3	4
13. ...disfrutar menos de las relaciones sexuales debido a la dilatación ocasionada por el parto vaginal?	0	1	2	3	4
14. ...perder el control emocional en frente de otras personas (ser irrespetuosa, gritar...) durante el parto?	0	1	2	3	4
15. ...que mi cuerpo se vea menos atractivo tras el parto?	0	1	2	3	4
16. ...que el bebé se asfixie durante el parto?	0	1	2	3	4
17. ...requerir ventosa o fórceps?	0	1	2	3	4
18. ...no recibir la medicación que necesito para paliar el dolor?	0	1	2	3	4
19. ...que me realicen la técnica de la episiotomía?	0	1	2	3	4
20. ...que el bebé muera durante el parto?	0	1	2	3	4
21. ...que otras personas me vean orinar durante el parto?	0	1	2	3	4
22. ...recibir la anestesia epidural?	0	1	2	3	4
23. ...ser observada por extraños durante el parto?	0	1	2	3	4
24. ...que mi vagina luzca menos atractiva tras un parto vaginal?	0	1	2	3	4
25. ...tener cicatrices a raíz de una cesárea?	0	1	2	3	4
26. ...disfrutar menos de las relaciones sexuales debido al dolor o incomodidad tras el parto?	0	1	2	3	4
27. ...que mi pareja disfrute menos de las relaciones sexuales debido a que mi vagina se haya dilatado tras el parto?	0	1	2	3	4
28. ...necesitar suturas después del parto?	0	1	2	3	4
29. ...no ser capaz de recibir anestesia epidural si la necesito/quiero?	0	1	2	3	4
30. ...sufrir dolor durante el parto?	0	1	2	3	4
31. ...tener un parto vaginal?	0	1	2	3	4
32. ...que otras personas me vean dar de cuerpo durante el parto?	0	1	2	3	4
33. ...no ser capaz de tener un parto vaginal a pesar de que es lo que preferiría?	0	1	2	3	4
34. ...sufrir dolor mientras empujo durante el parto?	0	1	2	3	4
35. ...sufrir dolor durante un parto vaginal?	0	1	2	3	4
36. ...tener una cesárea?	0	1	2	3	4
37. ...sufrir dolor durante las contracciones?	0	1	2	3	4
38. ...tener un sondaje vesical (introducir una sonda a través de la uretra para recolectar la orina)?	0	1	2	3	4
39. ...sufrir dolor durante una cesárea?	0	1	2	3	4
40. ...no ser capaz de tener el tipo de parto que quiero (por ejemplo, vaginal o cesárea)?	0	1	2	3	4
Otros (especificar):	0	1	2	3	4

Fuente:57

ANEXO 6. CUESTIONARIO STAI

ANSIEDAD-ESTADO	
Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente	
1. Me siento calmada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
2. Me siento segura	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
3. Estoy tensa	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
4. Estoy contrariada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
6. Me siento alterada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
8. Me siento descansada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
9. Me siento angustiada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí misma	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
12. Me siento nerviosa	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
13. Estoy desasegada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
14. Me siento muy "atada" (oprimida)	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
15. Estoy relajada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
16. Me siento satisfecha	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
17. Estoy preocupada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
18. Me siento aturdida y sobreexcitada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO	
Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente	
21. Me siento bien	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
22. Me canso rápidamente	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
23. Siento ganas de llorar	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
26. Me siento descansada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
30. Soy feliz	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
32. Me falta confianza en mí misma	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
33. Me siento segura	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
35. Me siento triste (melancólica)	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
36. Estoy satisfecha	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
39. Soy una persona estable	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tensa y agitada	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

Fuente: 58

ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción

Está invitada a participar en la investigación titulada “Ansiedad y miedo al parto primario en gestantes del área norte de Tenerife” cuyo objetivo Determinar la relación entre ansiedad y miedo al parto en las mujeres primigestas que dan a luz en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Dicho estudio ha recibido previamente la aprobación del Comité Ético. Tras recibir la información escrita en el presente documento, pretendemos que decida si desea o no participar en el estudio. Cualquier duda que presente será respondida por el personal encuestador.

La participación consiste en la realización de dos cuestionarios: un primero que valora el miedo al parto y un segundo que estudia la ansiedad como estado y como rasgo, en total tardará aproximadamente 20 minutos en completarlos. Se trata de un estudio totalmente voluntario en el que, además, puede cambiar de parecer y dejar de realizarlo en cualquier momento sin que ello tenga consecuencia alguna.

Los datos personales de las participantes serán tratados según lo dispuesto en la Ley Órgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos. De esta forma, en los cuestionarios, las participantes se identificarán a través de un número asignado a cada una de las mujeres y, sólo tendrán acceso a su información confidencial que pueda identificarlas los profesionales del estudio y colaboradores, el Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el investigador. Así, en cualquier momento puede optar a la retirada del consentimiento informado de forma que sus datos quedarán excluidos y serán eliminados.

Yo, _____, con DNI: _____, y mayor de edad, acepto ser incluida en el estudio “Miedos al parto primario en gestantes del área norte de Tenerife”. He sido informada sobre la investigación, así como el modo confidencial en el que serán tratados mis datos. Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, y para el acceso a mi historia clínica, así como que sean utilizados mis datos con fines investigadores.

San Cristóbal de La Laguna, a _____ de _____ de 2021

Fdo.