



**Universidad de Jaén**

*Facultad de Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

**EFFECTIVIDAD DE LA  
EDUCACIÓN MATERNAL  
PARA REDUCIR LA  
ANSIEDAD EN EL  
MOMENTO DEL PARTO:  
UNA REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA**

**Alumno/a: Ana Ruiz Sánchez**

Tutor/a: Prof<sup>a</sup>. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Calero García

Dpto: Enfermería.

**Mayo, 2022.**

## ÍNDICE

### 1. RESUMEN

### 2. INTRODUCCIÓN

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1. Ansiedad

3.1.1. *¿Qué es la ansiedad?*

3.1.2. *Teorías de la ansiedad*

3.1.3. *¿Cuáles son sus características?*

3.1.4. *¿Cómo se clasifica?*

3.1.5. *¿Cómo se trata?*

#### 3.2. Depresión

3.2.1. *¿Qué es el trastorno depresivo?*

3.2.2. *Clasificación de la depresión*

#### 3.3. Embarazo

3.3.1. *Embarazo normal*

#### 3.4. Parto

#### 3.5. Papel de la matrona

3.5.1. *Miedo al parto*

3.5.2. *Preparación al parto*

3.5.3. *Papel de la matrona*

### 4. JUSTIFICACIÓN

### 5. OBJETIVOS

### 6. METODOLOGÍA

### 7. RESULTADOS

7.1. Ansiedad y depresión durante el embarazo, parto y posparto.

7.2. Técnica más relevante que es impartida en las clases de educación maternal:  
Mindfulness

7.3. Posición de la pareja y de la familia en el momento del parto.

7.4. Situación COVID-19 y preparación al parto

### 8. CONCLUSIONES

### 9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

### 10. BIBLIOGRAFÍA

### 11. ANEXOS

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Comprobar que la educación maternal realmente es una herramienta útil para reducir la ansiedad en el momento del parto y su posterior utilidad para reducir la depresión posparto. Se habla mucho sobre la depresión posparto, cómo actuar cuando ya está presente, qué consecuencias trae para el desarrollo de la madre y el bebé pero realmente hay pocos estudios que investigan acerca de la ansiedad durante el embarazo, si la madre padecía o no de ansiedad o depresión previa al momento del embarazo, la edad de la misma y cómo esta ansiedad va a influir en el desarrollo del feto durante el embarazo así como tampoco se han hecho investigaciones exhaustivas sobre embarazadas que presentan ansiedad en el momento del parto puesto que es un momento clave que va a determinar si la crianza del bebé va a ser llevada a cabo de una forma sana o no.

Bien es cierto que durante el embarazo se produce una serie de cambios hormonales que pueden influir en el estado emocional de la madre tales como ansiedad, estrés, tristeza, fatiga, miedo, pero todos ellos en momentos puntuales y normalmente en contextos justificados. Es cuando todos estos sentimientos puntuales se convierten en temporales cuando debería de ser motivo de preocupación y de atención a la madre. Puede ser de especial relevancia para las mujeres que han padecido algún cuadro ansioso en algún momento de su vida ya que en estos momentos todo se magnifica e incluso derivar a una depresión posparto si no se trata adecuadamente.

**Objetivo:** El objetivo principal de este trabajo es conocer hasta qué punto es eficaz la educación maternal a fin de reducir cuadros ansiosos en el momento del parto y de paso, reducir en la medida de lo posible las depresiones posparto consecutivas.

**Metodología:** Para la elaboración de este trabajo se ha investigado en varias bases de datos nacionales e internacionales, así como también en revistas especializadas en el tema. Se incluyeron 11 artículos.

**Resultados:** La educación maternal es una herramienta muy importante para reducir el nivel de ansiedad en las embarazadas. Si se comienza desde el principio del embarazo dicha educación maternal, se verán reducidos considerablemente los niveles de ansiedad y estrés en el momento del parto, facilitando el proceso y dando múltiples beneficios a nivel holístico a la paciente y bebé. Se destaca el papel de la matrona como personaje principal a la hora de impartir estos conocimientos, resolver dudas, facilitar un entorno profesional-paciente-acompañante idóneo y desarrollar estrategias para reducir la ansiedad. Se confirma la gran desinformación de las gestantes en estos últimos años a causa de la COVID-19.

**Conclusiones:** De esta revisión bibliográfica podemos concluir que el papel de la matrona es fundamental para reducir la ansiedad en las diferentes etapas del parto, especialmente en el momento del parto ya que es quien normalmente va a acompañar a la parturienta en el alumbramiento del bebé dándole unas pautas para que el momento del parto sea lo más relajado posible junto con la información que se le ha dado durante el proceso de embarazo para preparar a la madre. Todo esto va a servir además para prevenir y evitar de forma considerable una posible depresión posparto ya que la embarazada va a recibir información suficiente, veraz y de calidad acerca de todas las posibilidades que pueden suceder durante el embarazo, parto, posparto y la crianza del futuro bebé. Sin embargo, se han hecho escasos estudios y por tanto no se tienen unos resultados concretos y que afirman este hecho, esto es, deberían de realizarse estudios más exhaustivos y más específicos.

**Palabras clave:** Educación maternal, ansiedad, miedo, parto

## 1. ABSTRACT

**Introduction:** Check that maternal education is really a useful tool to reduce anxiety at the time of childbirth and its subsequent usefulness to reduce postpartum depression. There is a lot of talk about postpartum depression, how to act when it is already present, what consequences it has for the development of the mother and the baby, but there are really few studies that investigate anxiety during pregnancy, whether or not the mother suffered from anxiety or depression prior to the time of pregnancy, its age and how this anxiety will influence the development of the fetus during pregnancy, as well as no exhaustive research on pregnant women who present anxiety at the time of childbirth since it is a key moment that will determine if the upbringing of the baby is going to be carried out in a healthy way or not.

It is true that during pregnancy a series of hormonal changes occur that can influence the emotional state of the mother, such as anxiety, stress, sadness, fatigue, fear, but all of them at specific times and usually in justified contexts. It is when all these punctual feelings are defined as temporary that they should be a cause for concern and attention for the mother. It can be especially relevant for women who have suffered from anxiety at some point in their lives, since at this time everything is magnified and can even lead to postpartum depression if not treated properly.

**Objective:** The main objective of this work is to know to what extent maternal education is effective in order to reduce anxiety symptoms at the time of childbirth and, incidentally, reduce consecutive postpartum depressions as much as possible.

**Methodology:** For the elaboration of this work, several national and international databases have been investigated, as well as in specialized magazines on the subject. There are 11 items included.

**Results:** Maternal education is a very important tool to reduce the anxiety level in pregnant women. If this maternal education is started from the beginning of the pregnancy, the levels of anxiety and stress at the time of childbirth will be considerably reduced, facilitating the process and giving multiple benefits at a holistic level to the patient and baby. The role of the midwife is highlighted as the main character when it comes to imparting this knowledge, resolving doubts, facilitating an ideal professional-patient-companion environment and developing strategies to reduce anxiety. The great misinformation of pregnant women in recent years due to COVID-19 is confirmed.

**Conclusions:** From this bibliographic review we can conclude that the role of the midwife is essential to reduce anxiety in the different stages of childbirth, especially at the time of delivery since she is the one who will normally accompany the parturient during

the delivery of the baby by giving her some guidelines so that the time of delivery is as relaxed as possible along with the information that has been given during the pregnancy process to prepare the mother. All this will also serve to considerably prevent and avoid a possible postpartum depression, since the pregnant woman will receive sufficient, truthful and quality information about all the possibilities that may occur during pregnancy, childbirth, postpartum and child rearing from the future baby. However, few studies have been carried out and therefore there are no concrete results that confirm this fact, that is, more exhaustive and more specific studies should be carried out.

**Keywords:** Maternal education, anxiety, fear, childbirth

## 2. INTRODUCCIÓN

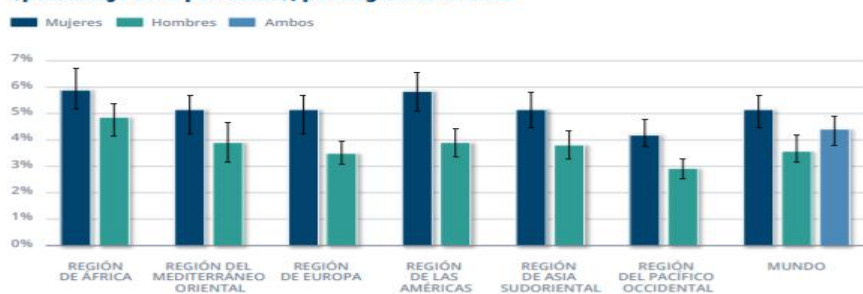
Hoy en día, dar una amplia información a un paciente acerca de su enfermedad está considerado como una ayuda importante para conseguir un proceso de recuperación óptimo, y en este aspecto, la educación sanitaria se presenta como la mejor opción para brindar dicha información. Así pues, en la edición del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones, se le da un papel principal a las intervenciones centradas en el paciente y conseguir gracias a estas intervenciones superar procesos leves y evitar medicaciones innecesarias. (1)

Según la OMS, la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una situación futura acompañada de sentimientos de incomodidad y/o síntomas de estrés físico. En algunos casos, es un estado emocional normal, una respuesta habitual a situaciones estresantes del día a día. La ansiedad se considera patológica porque se manifiesta de forma irrazonable, ya sea por falta de excitación, o por excesiva intensidad de la respuesta, o bien persiste y vuelve por causas desconocidas, alterando la capacidad analítica y disfuncional del paciente. (2)

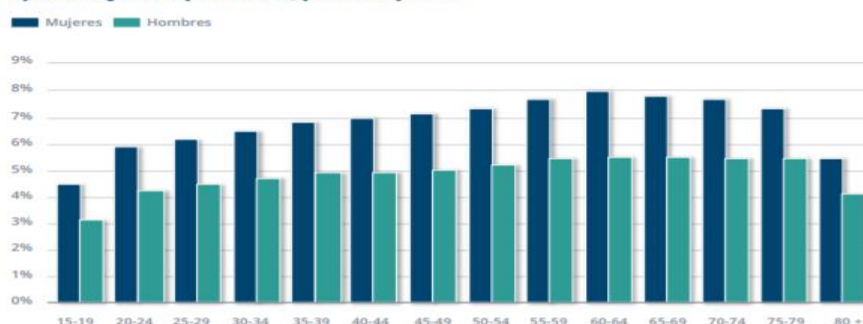
Según la OMS, podemos definir los Trastornos de Ansiedad como “unos problemas mentales comunes que suelen causar un estado de sufrimiento y discapacidad, afectando de gran manera en los aspectos sociales y económicos. Suele ser más frecuente en mujeres (7.7%), que en los varones (3,6%)”. (.3)

Imagen 1: prevalencia de los trastornos depresivos por región/ edad y sexo según la OMS.

**Prevalencia de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por Región de la OMS**



**Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por edad y sexo**



Fuente: Global Burden of Disease Study 2015 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

Fuente: Global Burden Of Disease Study, 2015(3)

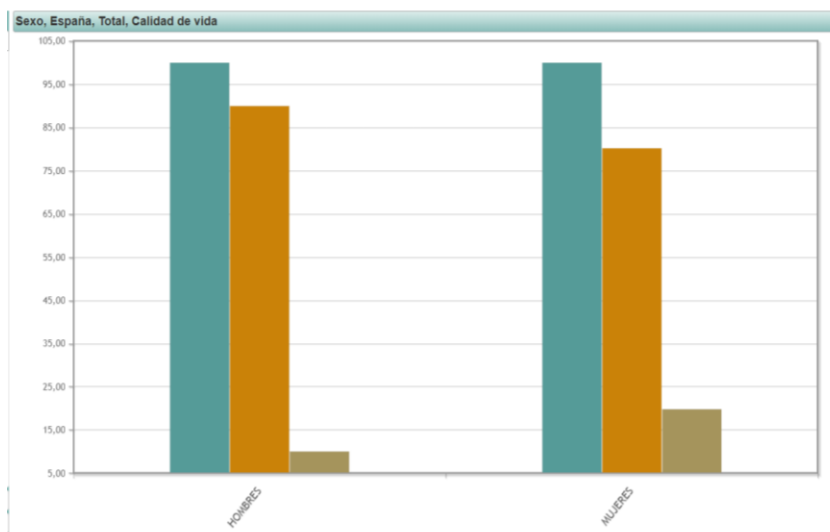
Se considera que el problema de salud mental más común es el trastorno de ansiedad, el cual afecta al 6,7% de población adscrita al Sistema Nacional de Salud (8,8% en mujeres y 4,5% en hombres). Si se incluyen “signos/síntomas de ansiedad” la cifra alcanza el 10,4%. Es un problema con frecuencia relativamente estable entre los 35 y 84 años (alrededor del 10 y el 12% de las mujeres que oscilan entre los 35 y 84 años son diagnosticadas por este trastorno, y llegando al 16-18% si añadimos la aparición de síntomas. (4)

Distinguiendo por sexos, el 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años ha adquirido como poco, un envase de antidepressivo, ansiolítico o hipnótico/sedante. Los más utilizados son: ansiolíticos, sedantes, antidepressivos e hipnóticos. La toma de estos medicamentos suele ser superior en mujeres, aumenta con la edad, inversamente proporcional al gradiente social, y la dispensación es incrementada conforme más pequeño es el tamaño del municipio y es independiente de la edad.

Los Trastornos de Ansiedad se caracterizan por un exceso de miedo y preocupaciones que acontecen durante la vida, sensaciones que aparecen en situaciones en las que no existe riesgo para la vida del paciente. Su origen es desconocido pero hay una relación entre la genética y los factores estresantes que suceden en el día a día. Para su diagnóstico, los médicos y psiquiatras se basan en criterios clínicos establecidos por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y International Statistical of Diseases and Related Health problems (ICD)

La OMS destacó que más de 260 millones de personas en el mundo sufren algún trastorno de ansiedad.

Imagen 2, Calidad de vida relacionada con la salud en población adulta (problemas de movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión) según sexo, país de nacimiento y grupo de edad. Población de 15 y más años





Fuente: INE, 2022 (5)

Entendemos que un embarazo normal es un estado constante de altibajos emocionales, estrés, ansiedad, alegría, incertidumbres entre muchas otras que, siendo situaciones concretas y esporádicas podrían llegar a ser normales, pero si dichos altibajos emocionales persisten y crean en la embarazada una situación de malestar general podemos llegar a pensar que es una situación patológica y que afectará al desarrollo del embarazo así como el momento del parto. Su desarrollo va a verse muy influido con otros factores como son la edad, conocimientos previos, estado físico, alimenticio... y todos estos factores y cambios suponen un aumento del estrés en la fisiología normal del cuerpo de la mujer, y si a todo esto se le añaden patologías previas o una condición predisponente, esto puede traducirse en varias complicaciones durante el embarazo: preeclampsia, diabetes gestacional, insuficiencia cardíaca entre muchas otras.

La experiencia del parto es completamente individualizada y particular para cada mujer y es por ello que hay que tratar a la embarazada desde un primer momento para encauzar estos sentimientos y conseguir que el momento del parto sea lo más relajado posible, ya que son muchos los estudios que demuestran que una de las principales preocupaciones de las embarazadas es el momento del parto, junto con la posibilidad de problemas con el feto o un aborto espontáneo.

La ansiedad prenatal es un problema psicológico frecuente durante el embarazo. El tanto por ciento de mujeres que presentan este problema es de un 20.7%, un porcentaje más elevado que el 13.8% de la población en general. Las mujeres embarazadas que presentan ansiedad pueden mostrar sintomatología clínica como la agitación, distorsión cognitiva, preocupación constante, pensamientos irracionales, falta de aire, palpitaciones y falta de sueño. Además, la ansiedad prenatal afecta a la vasoconstricción materna acompañada de un aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca dando como resultado una falta de sangre a la placenta y una alta probabilidad de distress fetal en el útero. Además, la ansiedad prenatal aumenta la probabilidad de un parto prematuro, bajo peso al nacer, así como una afección emocional, neurológica y al desarrollo cognitivo del recién nacido.(6)

Varios estudios han demostrado la relación existente entre actitudes psicológicas negativas (ansiedad, estrés, miedo, desconocimiento) con partos más complicados, largos, traumáticos, nacimientos de bebés con bajo peso, depresiones puerperales y una mala relación con el bebé a posteriori. (7) (8) (9)

Junto con estas actitudes psicológicas negativas, juegan un papel fundamental las expectativas creadas por las embarazadas sobre el trabajo de parto, el apoyo del familiar, el profesional sanitario, la calidad de los cuidados prestados, la autonomía en

las decisiones y el control del dolor. Algunos estudios han relacionado el cumplimiento de estas expectativas con un parto satisfactorio. Es por ello que el papel de la matrona y del familiar es fundamental para conseguir mantener y mejorar este estado de ánimo, expectativas y objetivos de conseguir un parto óptimo y darle una mayor sensación de control a la madre. (10)

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

En este apartado se definirán los conceptos más importantes del tema a tratar y establecer una relación entre ellos. Desarrollaremos el tema de la ansiedad, el momento del parto, la educación maternal, la evolución de un embarazo normal y cómo se desarrollaría un embarazo de una mujer que presenta ansiedad, la posición de la pareja y cómo afecta la situación COVID-19 en el momento del parto:

#### **3.1 Ansiedad**

##### **3.1.1 ¿Qué es la ansiedad?**

La ansiedad, según la Real Academia Española, la define como “Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” y “Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos” (11)

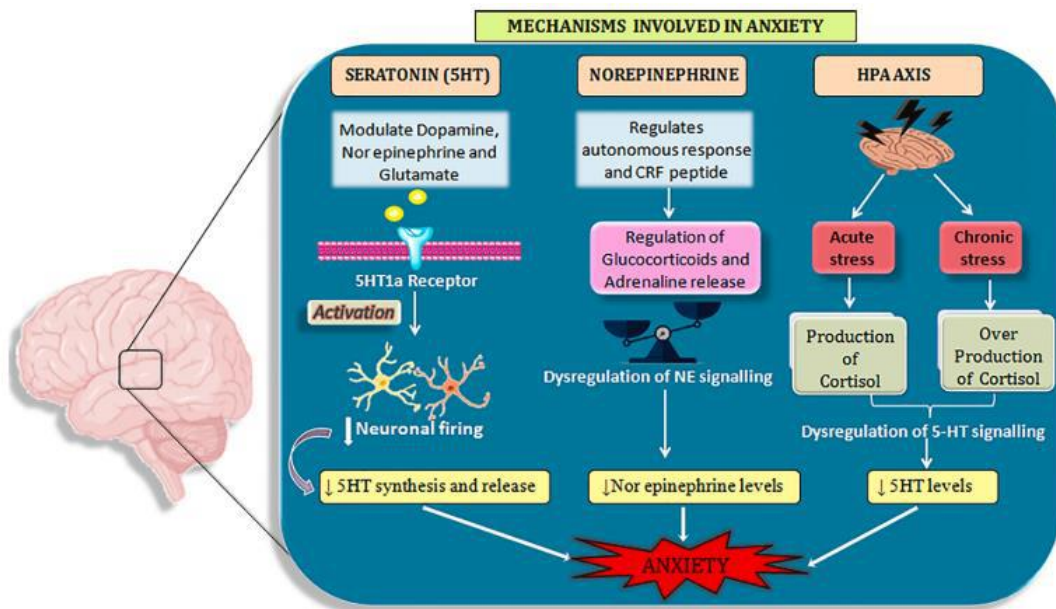
También se puede definir como una respuesta anticipatoria a una situación futura acompañada de sentimientos de incomodidad y/o síntomas de estrés físico. En algunos casos, es un estado emocional normal, una respuesta habitual a situaciones estresantes del día a día. La ansiedad se considera patológica porque se manifiesta de forma irrazonable, ya sea por falta de excitación, o por excesiva intensidad de la respuesta, o bien persiste y vuelve por causas desconocidas, alterando la capacidad analítica y disfuncional del paciente. (12)

Es importante diferenciar entre la ansiedad normal que puede sufrir un paciente de la ansiedad patológica. Ésta primera se adapta a las situaciones cotidianas de la vida que se encuentra presente en la vida humana y ayuda a las personas a entrenar sus habilidades para llegado el momento, desarrollar actividades que puedan llegar a ser peligrosas. De forma clínica, se puede definir la ansiedad como un miedo sin explicación. El miedo normal está compuesto por una parte psicológica y otra corporal. Ambas partes son la respuesta fisiológica de una persona, con respuestas imprescindibles para su supervivencia. Sin embargo, la ansiedad patológica es aquella que persiste en el paciente de que algo malo le va a acontecer, con afectación física y psicológica, generando un malestar global del individuo.

A medida que aumenta el nivel de ansiedad, aumenta de manera proporcional la eficacia de la actividad, pero sólo hasta un nivel óptimo, después de llegar a ese nivel, la efectividad de la actividad disminuye y aumentan los niveles de ansiedad (12)

En cuanto a los procesos fisiopatológicos implicados en la ansiedad: se activa el receptor 5-HT<sub>1a</sub>, suprimiendo y liberando la hormona 5-HT produciendo la ansiedad. Paralelamente, la noradrenalina regula las respuestas autonómicas y cómo ésta se ve disminuida, también provoca ansiedad. Por último, el eje Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal (HPA) crea una sobreproducción de cortisol que afecta el sistema serotoninérgico y como consecuencia, provoca la ansiedad. (Imagen 3)

Imagen 3: mecanismos implicados en la ansiedad.



Fuente: Anxiety: An ignored aspect of Parkinson's disease lacking attention, 2020 (12)

### 3.1.2 Teorías de la ansiedad

De acuerdo a los orígenes de la ansiedad, Freud estableció la hipótesis de que la ansiedad surge de una transformación directa de la libido. En ausencia de esta libido, aparecen síntomas y angustias, así que revisó sus diversas teorías acerca del origen de la ansiedad. En sus propias palabras: "Me propongo reunir, con toda imparcialidad, todos los datos que tenemos sobre la ansiedad y renunciar a la idea de hacer cualquier síntesis inmediata de ellos". Y: "El problema de cómo surge la ansiedad en conexión con la represión puede no ser un problema simple; pero podemos mantener legítimamente la opinión de que el yo es el asiento real de la ansiedad y desechar nuestra idea anterior de que la energía catéctica de un impulso reprimido se convierte automáticamente en ansiedad". De acuerdo con Freud en el año 1964, define la ansiedad como "un estado afectivo desagradable, que se caracteriza por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo". La ansiedad se piensa como la conclusión de la percepción (consciente o inconsciente) por parte de la persona ante una situación de peligro, lo que se manifiesta en algunos estímulos sexuales (como es la libido) o agresivos y da como respuesta a la anticipación del ego.

En los años noventa, la ansiedad se define como un estado emocional que puede aparecer solo o acompañado a los momentos depresivos y a las manifestaciones psicósomáticas cuando el paciente no consigue una adaptación al medio. “La respuesta de ansiedad puede ser provocada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el paciente como peligrosos y amenazantes. La clase de estímulo que es capaz de dar respuesta a la ansiedad viene dada sobre todo por las características del paciente” (12)

### 3.1.3 ¿Cuáles son sus características?

En general, la ansiedad se caracteriza por presentar síntomas tales como (13):

- Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensación de calor.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
- Miedo a morir (13)

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), añadidos a todos estos síntomas también pueden sumarse factores culturales y se pueden exponer estas manifestaciones de varias formas. Para ser diagnosticado como un paciente ansioso debe de reunir al menos 4 de estas características y mantenerlas en el tiempo. Cuando existe más de un estímulo fóbico, debe de hacerse constar todos los códigos CIE-10-MC que se puedan aplicar. En este caso, el código principal a utilizar sería el F41.9 (Ansiedad) (13)

### 3.1.4 ¿Cómo se clasifica?

La ansiedad se organiza en cuatro niveles según la sintomatología presentada (14):

- Ansiedad leve, relacionado con actividades del día a día. La persona se encuentra en situación de alerta y su foco de atención aumenta. Gracias a este grado, se propicia el aprendizaje y la creatividad.

- Ansiedad moderada, enfocado solo en preocupaciones inmediatas. Se ve reducido así el foco de atención. La persona evita ciertas áreas, pero puede volver a éstas si se centra en ello.
- Ansiedad grave. Existe una considerable disminución del foco de atención. La persona solo centra su atención en detalles específicos, sin poder pensar nada más. El objetivo es mejorar la ansiedad.
- Angustia: La persona siente temor, miedo o terror. El paciente no es capaz de realizar ninguna actividad, ni aún siendo guiada. La ansiedad se asocia con trastornos de la personalidad y puede ser fatal porque la ansiedad prolongada puede provocar agotamiento y muerte. Se caracteriza por un aumento de la actividad motora, disminución de la conectividad, deterioro cognitivo y pérdida del pensamiento racional.

La clasificación más utilizada para los Trastornos de Ansiedad es la DMS-V:

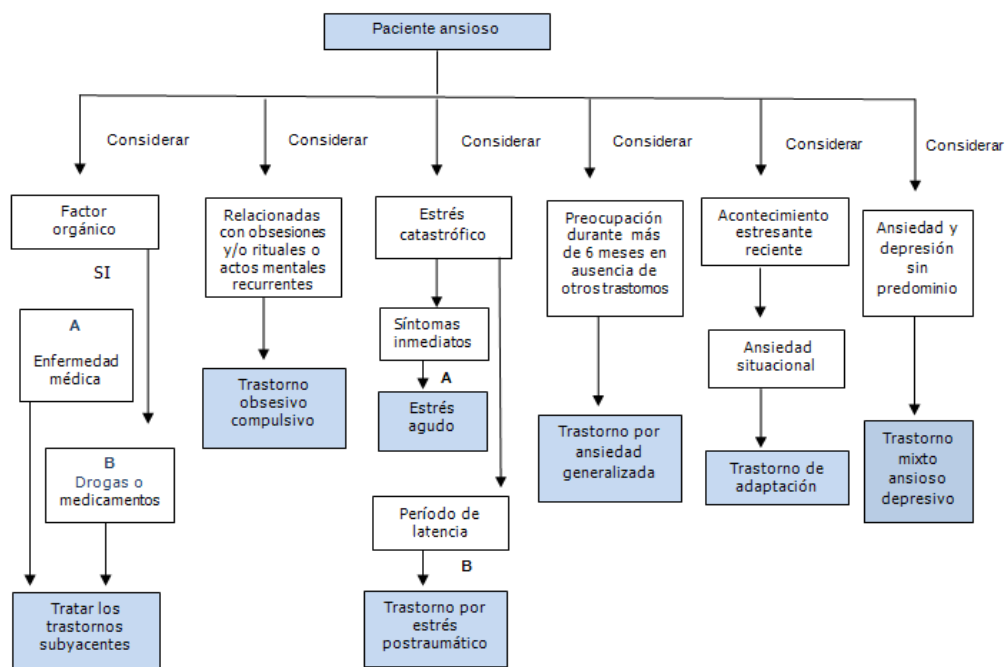
- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastornos de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Especificador del ataque de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

### 3.1.5 *¿cómo se trata?*

Para tratar a un paciente con ansiedad, primero debemos de diagnosticarle:

- Hacer una valoración psiquiátrica profunda.
- Prestar especial atención a la psicopatología básica.
- Usar los conocimientos y recursos disponibles para identificar el diagnóstico concreto.
- Identificar los determinantes biopsicosociales que son causa principal para el estado ansioso del paciente.
- Elaborar una historia clínica que sirva de guía para el diagnóstico diferencial tanto de afecciones orgánicas subyacentes, como diferentes cuadros psiquiátricos en los que la ansiedad sea el síntoma principal.
- Realizar diagnóstico de afecciones que puedan ayudar a aumentar la ansiedad.
- Identificar situaciones de peligrosa tanto para el paciente como para otros.

Imagen 4: valoración del paciente para diagnosticar la ansiedad.



Fuente: Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos, 2012 (15)

Hay diferentes abordajes para tratar la ansiedad: (16)

- Tratamiento farmacológico
- Estrategias terapéuticas
- Estrategias psicológicas

### 3.2. Depresión

#### 3.2.1. ¿Qué es el trastorno depresivo?

Se puede definir la depresión como un estado mixto de alto efecto negativo y bajo efecto positivo.

El trastorno depresivo está presente en un 4,1% de los españoles (aparece un 5,9% en las mujeres y un 2,3% en los varones), aumentando la frecuencia paulativamente con la edad hasta llegar a un 12% de las mujeres y un 5% de los hombres entre 75 a 84 años. Posee características similares: de índole femenina, adultas, relacionadas con la anorexia nerviosa y el trastorno depresivo. También en canon es similar en hombres, adolescentes, con trastornos hiperkinéticos. Influye independientemente del género de forma muy importante el gradiente social (a menor nivel de renta mayor probabilidad de desarrollar trastornos depresivos) (4)

#### 3.2.2 Clasificación de la depresión

Según el DSM-V, podemos clasificar la depresión en varios aspectos (13):

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente (Distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado

Para diagnosticar si realmente un paciente tiene depresión y en qué grado se encuentra lo haremos de la siguiente forma (13):

- Depresión leve: con la aparición de dos síntomas.
- Depresión moderada: con la aparición de tres síntomas.
- Depresión moderada a grave: con la aparición de cuatro o cinco síntomas.
- Depresión grave: con la aparición de cuatro o cinco síntomas sumados a agitación motora.

### 3.3. Embarazo

#### 3.3.1. Embarazo normal

El embarazo es una fase biológica en las mujeres en el que aparecen modificaciones a nivel físico y psicológico de los que se requiere de una adaptación. Durante la adaptación psicológica existen pensamientos y sensaciones contrarias hacia el nuevo estado y en la que después surgen la aceptación del papel materno. La progesterona y el estrógeno serán los cambios hormonales protagonistas ya que aumentan de manera exponencial. Dicha adaptación provoca sensaciones de estrés y ansiedad asociados a la evolución del embarazo y el parto inmediato que se manifiestan en forma de preocupación o miedo en un alto porcentaje de las parturientas. Sin embargo, para muchas mujeres, el parto puede dar lugar a una situación de amenaza en la que la percepción de daño y dolor que puede concluir en un intenso miedo. (17)

### 3.4. Parto

Según la OMS, el trabajo de parto se define como “una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el borramiento (afinamiento y acortamiento) y la dilatación del cuello uterino.”. El parto tiene una serie de indicadores que señalan el inicio del mismo:

- Tiene un inicio espontáneo, de causa desconocida.
- El nacimiento del bebé se produce durante las semanas 37 y 42 y adquiere una presentación vertical, es decir, la cabeza saldría primero.
- Al finalizar el parto, tanto la madre como el bebé mantienen un estado de bienestar. (17).

No se sabe con certeza cuál es la causa ni el momento exacto en el que se produce el parto, pero se ha observado que con la manipulación digital y estiramiento del cuello de manera mecánica provoca un aumento de las contracciones uterinas y fomenta la liberación de oxitocina.

De manera común, el trabajo de parto se inicia aproximadamente unas dos semanas previas a la fecha probable de parto, siendo los tiempos de trabajo de parto diferentes según el número de partos previos, esto es, en mujeres nulíparas tendrá una duración mayor (de 12 a 18 horas aproximadamente) mientras que en mujeres que han vivido partos anteriores tendrá una duración menor (de 6 a 8 horas aproximadamente) (17)

Normalmente, las mujeres suelen acudir al hospital cuando:

- Ven que se ha roto la membrana o ven que se ha expulsado el tapón mucoso.
- Presentan contracciones que duran unos 30 segundos y se repiten cada seis minutos aproximadamente.

A nivel hospitalario, la matrona puede determinar el inicio del parto si la embarazada presenta los siguientes signos:

- Contracciones dolorosas, regulares y mantenidas en el tiempo
- Aparición de sangrado escaso
- Rotura de membrana
- El cuello cervical se ha borrado por completo.

En caso de no cumplir alguno de los siguientes criterios se puede diagnosticar un trabajo de parto en falso, por lo que se observará durante unas horas a la embarazada e incluso si lo considera el profesional sanitario, puede enviarse de nuevo a la embarazada a casa.

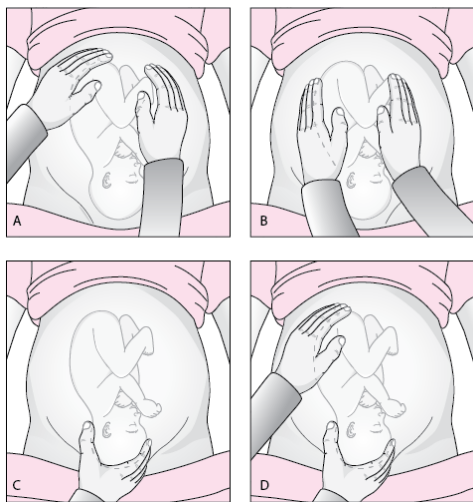
Una vez confirmado que se ha iniciado el trabajo de parto y la mujer se ingresa, se monitorizará de manera inmediata, se comprobarán alergias, infección por estreptococo de tipo B, VIH, hepatitis B y se realizará la maniobra de Leopold para comprobar la presentación del bebé.(17)

La maniobra de Leopold consta de 4 partes: (18)



1. Palpación del fondo uterino para medir la altura uterina
2. Palpar todas las caras abdominales para determinar la posición en el que se encuentra el bebé (p. ej., occipito anterior izquierda para cefálica, sacra posterior derecha para de nalgas)
3. Palpar sobre la sínfisis del pubis para determinar si el bebé ha descendido por la pelvis o se encuentra ya encajado
4. Comprobar que el bebé está encajado y la presentación que tiene (longitudinal, oblicua, transversa) palpando el fondo uterino y la sínfisis del pubis.

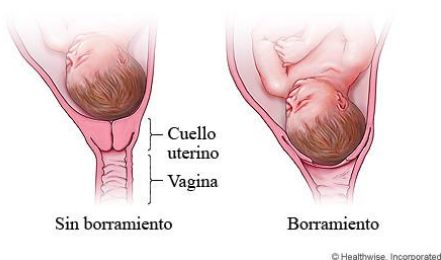
Imagen 5: Maniobra de Leopold



Fuente:Manual MSD, 2022

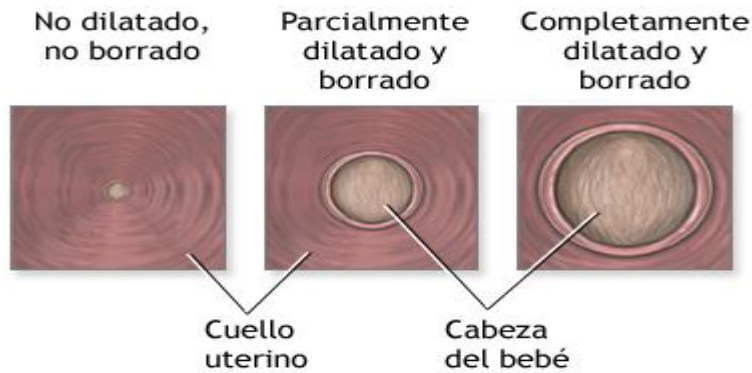
La dilatación cervical se mide en centímetros y la escala va de 0 a 10 cm, siendo 10 cm la dilatación completa. (18)

Imagen 6: Dilatación y borramiento del cuello uterino



Fuente: Adam, 2021

Imagen 7: Borramiento del cuello uterino

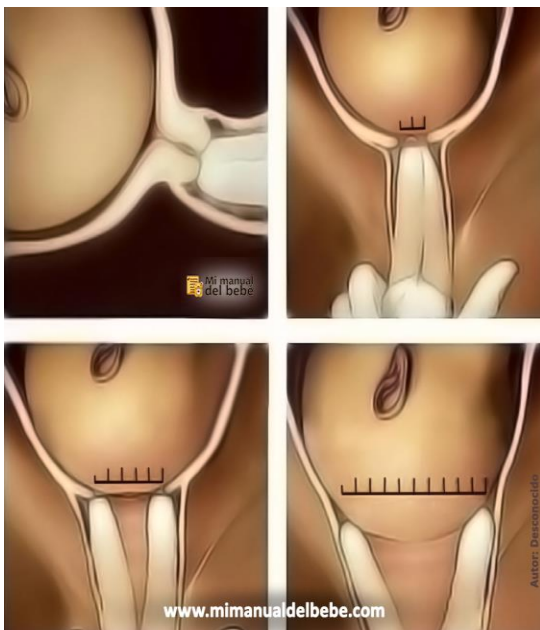


ADAM.

Fuente: Medline Plus, 2020

El borramiento se estima en porcentajes y la escala va de 0 a 100%. El borramiento implica la dilatación y afinamiento del cuello uterino y se puede comprobar mediante el tacto vaginal. Lo ideal es que se realice siempre por el mismo profesional ya que las medidas suelen ser subjetivas.(18)

Imagen 8: Dilatación y medida de tacto vaginal



Fuente: Manual del bebé, 2021

Se establece un momento concreto para iniciar el momento del parto que sería con la rotura de la membrana amniótica o bien, la expulsión del tapón mucoso con a veces sangrado espontáneo una vez expulsado. Dichas pérdidas de sangre se caracterizan por ser escasas, mezcladas de moco y con ausencia de dolor y no son un signo significativo de malestar fetal o complicaciones en el parto a no ser que hayan sido diagnosticadas previamente mediante una ecografía de placenta previa, en cuyo caso sí sería un signo de alarma y debe de hacerse otra ecografía lo antes posible. (17)

Conforme pasan las horas y el trabajo de parto progresa, las contracciones aumentan su intensidad y ritmicidad, se ablanda el cuello del útero lo que hace que dilate y se borre.

Son tres las fases que existen durante el trabajo de parto:

- Una primera fase, que comienza desde que se define el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación completa del cuello del útero a los 10 cm y que consta a su vez de dos subfases: fase latente y fase activa. La fase latente se caracteriza por tener unas contracciones irregulares y no demasiado dolorosas que conforme avanza en el tiempo se vuelven cada vez más rítmicas y dolorosas llegando a borrarse el cuello hasta 4 cm. La duración de esta fase de latencia suele variar según nulíparas (unas ocho horas aproximadamente) y multíparas (unas cinco horas aproximadamente). En la fase activa, el cuello ya se ha borrado por completo, ha descendido el bebé desde el inicio de la pelvis hasta la mitad y se suele dilatar de manera más rápida que en la fase latente. Cabe señalar que durante ambas fases se realizan tactos vaginales para valorar el grado de dilatación cada dos o tres horas. En caso de que la embarazada no haya roto de manera espontánea la bolsa amniótica, se procederá a romperla de manera artificial, acelerando así el trabajo de parto. Las constantes tanto del bebé como de la madre serán monitorizadas constantemente y se le advertirá a la embarazada que, a medida que dilate sentirá ganas de pujar pero que debe de evitarlo ya que en caso de hacerlo sin haber dilatado de manera completa podría desgarrarse el cérvix. (18)
- La segunda fase, es la que comienza en el momento de dilatación completa y finaliza en el momento del parto. Esta fase suele durar unas dos horas en nulíparas, unos 20 minutos en multíparas y esta duración podría verse aumentada de forma exponencial si se realiza una inducción de parto. De manera normal, las embarazadas pujarían cada vez que sintieran las contracciones uterinas y se puede ayudar a borrar el cuello en caso de que éste no esté completamente delimitado con agua tibia, lubricantes y masajes perineales.

- La tercera y última fase, comienza en el momento del parto hasta la expulsión de la placenta y se caracteriza por durar poco. (19) (20)

### 3.5. Papel de la matrona

#### 3.5.1. Miedo al parto

El miedo al parto lo describe Louis Victor, un famoso psiquiatra, por primera vez de esta manera “una fuerte ansiedad que había deteriorado en las mujeres las actividades de la vida diaria y el bienestar”. Este miedo, denominado como “tocofobia” puede aparecer en dos fuentes: una primaria, que se encuentra durante la etapa adolescente, al principio de la edad adulta y en mujeres nulíparas, y otra secundaria, la cual surge en mujeres que ya han experimentado el parto anteriormente, que puede haberse desarrollado con normalidad y al haberse quedado embarazada surgir dichos miedos o bien haber sufrido un parto traumático.

Se ha encontrado, que la tocofobia está asociada con el miedo al dolor, a las cesáreas, a evitar partos vaginales por miedo al desgarro o a una episiotomía... Las embarazadas que padecen de un nivel alto de miedo al parto, son más propensas a finalizar un parto mediante una cesárea programada o de emergencia, a tener un parto de manera instrumental y de padecer sintomatología física asociada a dicho miedo, que se puede manifestar en una mayor duración del trabajo de parto. Las mujeres que sufren un miedo al parto en exceso y que no tenían antecedentes de depresión previos son más propensas a desarrollar una depresión posparto.

Según varios estudios se han demostrado que hay varios factores relacionados con el miedo y la ansiedad generados en el momento del parto como son la administración de la analgesia epidural, una labor de parto prolongada, complicaciones durante el proceso entre otros. (21)

La tocofobia podría tener varias posibles causas como son:

- Biológicas: las experiencias previas o de otras personas acerca del dolor, la vergüenza, ausencia de control, de confianza con el profesional sanitario y sensación de exclusión en la toma de decisiones.
- Psicológicas: La mujer que de por sí es ansiosa o depresiva, consecuentemente le va a tener miedo al parto, tienen un autoconcepto de sí mismas más bajo, son las que más se quejan de sufrir dolor y llevar a un nivel más alto de ansiedad durante el parto.
- Sociales: tiene especial importancia el nivel educativo y económico, además de haber sufrido abusos sexuales ya que dichas mujeres son mucho más vulnerables y poseen más probabilidades de desarrollar dicho miedo.

- Culturales: la información transmitida por la red social de la embarazada va a influir sobremanera en este miedo al parto ya que dicha información en la mayoría de los casos suele ser inexacta e ineficaz

Estas embarazadas:

- Pueden desarrollar sentimientos de aislamiento, culpa y vergüenza
- Pueden llegar a pensar interrumpir el embarazo, ocultarlo o negarlo
- Pueden llegar a tener complicaciones a la hora de mentalizarse sobre el momento del parto o para obtener información acerca del embarazo debido a su miedo y como consecuencia, pueden desarrollar problemas para establecer un vínculo afectivo con su bebé.
- Pueden sufrir falta de sueño, pesadillas, dolor estomacal, depresión y ansiedad, que las lleve a sufrir ataques de pánico(21) (22) (23)

### 3.5.2. Preparación al parto

El principal fin de las clases de preparación al parto es que las futuras madres tengan los conocimientos necesarios para abordar en el momento un parto normal de la mejor forma posible. Se les explicarán en estas clases los signos y síntomas más característicos del inicio del momento del parto, cuándo deben acudir al hospital, la forma correcta de respirar, cómo aguantar una contracción, a ser capaces de llevar el puje por ellas solas, las acciones que se le van a realizar al recién nacido en el primer momento que nace (contacto piel con piel, profilaxis ocular, administración de la vitamina K, pesaje, tallaje)...Además se les explicará también los distintos escenarios en las que puede haber una complicación durante el parto, las intervenciones a realizar si se diera el momento.

Otro aspecto importante que se debe de llevar a cabo en una clase de preparación al parto es la de realizar un plan de parto personalizado para cada embarazada, para que sea capaz de decidir, conjunto con la matrona y el acompañante si ella quiere, la mejor forma de dar a luz de acuerdo con las características de su embarazo. Así pues, se le explicará también lo que ocurrirá tras el parto, en caso de haber una episiotomía, un parto instrumentado, las ventajas y las desventajas de la lactancia bien de manera natural o bien artificial, se darán técnicas correctas de lactancia materna, se le darán orientaciones acerca de las necesidades que puede sentir tras el parto (necesidad de llorar, querer estar sola, de no poder con la situación, de no gustarse físicamente debido a los cambios constantes que está sufriendo, de notar disminuido el deseo sexual, de sentirse culpable por no cumplir expectativas ajenas y propias...). Este último aspecto es impartido siempre desde el respeto y la confianza con la paciente. (21)

### 3.5.3. *Papel de la matrona*

En todos los escenarios existentes, la presencia de la matrona es imprescindible, por lo que hay que focalizar en formar a estos profesionales para hacer que el miedo al parto disminuya. Es por todos los factores y causas descritos anteriormente, por los que la matrona tiene un papel fundamental e imprescindible en el momento del parto. Una matrona debe ser el personal sanitario que dé confianza a la embarazada para que le cuente sus miedos e inseguridades, darles la confianza en ellas y sus cuerpos en el momento del parto, la tranquilice y le de las opciones necesarias en el momento oportuno para reducir la ansiedad que pueda estar sintiendo. Además, la matrona debe de reconocer signos de alerta ante una posible embarazada que está desarrollando o desarrollará ansiedad en el momento del parto. La matrona debería de identificar aquellas mujeres que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad para potenciar su autoestima, defenderla e incluso intentar orientar a aquellas que necesiten terapia psicológica.

## 4. JUSTIFICACIÓN

La realización de este trabajo es debida a la necesidad de hacer ver la relevancia que tiene una buena educación maternal protagonizada por la figura de la matrona en aras de erradicar la desinformación, reducir el desconocimiento y además facilitar la situación del parto y posparto. Es necesario dar poder y conocimientos a la mujer embarazada para que sea ella la que tome las decisiones acerca de su propio embarazo, que sea conocedora de los riesgos, los procedimientos a seguir según qué situación, alimentación, ejercicio, relajación... todo ello de la mano de una matrona permanente que la guiará y será el profesional que más veces visitará durante su gestación. Es de vital importancia empoderar la figura de la matrona para conseguir este objetivo. De manera general, cuando hay un amplio conocimiento sobre un tema y se divulga, siempre surge la necesidad de investigar más. Además, si conseguimos dicho objetivo, habría menos partos traumáticos, menores depresiones posparto y habría mejores relaciones afectivas entre el bebé y la madre.

## 5. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es comprobar que la educación maternal es eficaz para reducir la ansiedad de las mujeres a lo largo de su embarazo y concretamente en el momento del parto

Como objetivos específicos nos planteamos:

- Mostrar algunas técnicas que se ofrecen en las clases de educación maternal de preparación al parto.
- Identificar los signos y síntomas de ansiedad de las embarazadas

- Demostrar que a consecuencia de la COVID-19 ha disminuido el grado de conocimiento de las embarazadas respecto a sus partos.

## **6. METODOLOGÍA**

Para realizar la metodología de este trabajo, se desarrollará elaborando una revisión bibliográfica acerca de los conceptos anteriormente descritos.

### 6.1 Revisión bibliográfica.

Para llevar a cabo dicha revisión bibliográfica se han investigado en varias bases de datos así como revistas electrónicas especializadas en el tema. Las principales bases de datos utilizadas para el desarrollo de esta revisión son: CUIDEN plus, CINAHL, PubMed, COCHRANE, MEDLINE Web Of Science, Nursing and Allied Health Status, documentos del Ministerio de Sanidad y Google Scholar.

Para estas bases de datos se utilizaron las palabras clave: educación maternal, preparación al parto, parto, ansiedad y miedo y para las bases de datos cuyo idioma principal de búsqueda es el inglés, se tradujeron estos términos. Para la elaboración de la cadena de búsqueda más adecuada se utilizó el sistema SPC (Situación, Población, Cuestión).

Elaboré dos cadenas de búsquedas para ampliar el rango de documentos puesto que los resultados relacionados con el tema elegido eran muy escasos

	<b>PALABRAS CLAVE</b>
<b>SITUACIÓN</b>	Ansiedad Miedo
<b>POBLACIÓN</b>	Embarazadas
<b>CUESTIÓN</b>	Educación maternal

	<b>PALABRAS CLAVE</b>
<b>SITUACIÓN</b>	Ansiedad Miedo
<b>POBLACIÓN</b>	Matronas
<b>CUESTIÓN</b>	Preparación al parto

Para la elaboración de la cadena de búsqueda adecuada, se usaron operadores lógicos (“AND”, “OR”, “Y”, “NOT”) así como para hacer la cadena de búsqueda más o menos específica comillas (“”) y asteriscos (\*).

Así, se obtuvieron los siguientes resultados de la búsqueda:



BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	CADENA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
<b>CINAHL</b>	CHILDBIRTH EDUCATION ANXIETY OR FEAR BIRTH _____ CHILDBIRTH PREPARATION ANXIETY OR FEAR MIDWIFERY	“childbirth education AND (anxiety OR fear) AND birth” _____ “childbirth preparation AND (anxiety OR fear) AND midwifery”	145 _____ 4
<b>CUIDEN PLUS</b>	CHILDBIRTH EDUCATION ANXIETY OR FEAR BIRTH _____ CHILDBIRTH PREPARATION ANXIETY OR FEAR MIDWIFERY	“childbirth education AND (anxiety OR fear) AND birth” _____ “childbirth preparation AND (anxiety OR fear) AND midwifery”	13 _____ 0

<b>MEDLINE</b> <b>Web Of</b> <b>Science</b>	CHILDBIRTH EDUCATION ANXIETY OR FEAR BIRTH <hr/> CHILDBIRTH PREPARATION ANXIETY OR FEAR MIDWIFERY	“childbirth education AND (anxiety OR fear) AND birth” <hr/> “childbirth preparation AND (anxiety OR fear) AND midwifery”	223 <hr/> 4
<b>PUBMED</b>	CHILDBIRTH EDUCATION ANXIETY OR FEAR BIRTH <hr/> CHILDBIRTH PREPARATION ANXIETY OR FEAR MIDWIFERY	“childbirth education AND (anxiety OR fear) AND birth” <hr/> “childbirth preparation AND (anxiety OR fear) AND midwifery”	119 <hr/> 6

<b>COCHRANE</b>	EDUCACIÓN MATERNAL	“educación maternal AND (ansiedad O miedo) AND parto”	96
	ANSIEDAD O MIEDO		_____
	PARTO	_____	9
	PREPARACIÓN AL PARTO	“preparación al parto AND (ansiedad O miedo) AND matrona	
	ANSIEDAD O MIEDO		
	MATRONAS		

Una vez realizadas las búsquedas, se utilizaron unos criterios de exclusión e inclusión para seleccionar los documentos con los que se va a trabajar. Dichos criterios de exclusión e inclusión son:

<b>EXCLUSIÓN</b>	<b>INCLUSIÓN</b>
------------------	------------------

<p>El tema del documento se aleja del objetivo del trabajo.</p> <p>No son artículos originales</p>	<p>Menos de 5 años de antigüedad</p> <p>Obtenido de revistas científicas</p> <p>Las palabras clave deberán estar contenidas dentro del título y/o resumen</p> <p>Contenido relacionado con el trabajo</p> <p>Idiomas: inglés y español</p> <p>Texto completo gratuito</p>
--	---

Así pues, los documentos seleccionados en total son:

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>CADENA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>DESCARTADOS</b>	<b>SELECCIONADOS</b>
<b>CINAHL</b>	"childbirth education AND (anxiety OR fear) AND birth"	146	141	5

<b>CUIDEN PLUS</b>	“childbirth education AND (anxiety OR fear) AND birth”	13	11	2
<b>MEDLINE Web Of Science</b>	“childbirth education AND (anxiety OR fear) AND birth”	223	223	0
<b>PUBMED</b>	“childbirth education AND (anxiety OR fear) AND birth”	119	116	3
<b>COCHRANE</b>	“educación maternal AND (ansiedad O miedo) AND parto”	96	95	1

Finalmente se seleccionaron un total de 11 artículos.

<b>TÍTULO DEL ARTÍCULO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>MUESTRA: (N, EDAD GESTACIONAL, SEXO, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</b>	<b>DISEÑO DEL ESTUDIO</b>	<b>INTERVENCIONES (DURACIÓN, FRECUENCIA)</b>	<b>ESCALAS *VER ANEXOS*</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
----------------------------	----------------	--	---------------------------	--	-----------------------------	---------------------

<p><b>Fear of childbirth before, during, and after childbirth (21)</b></p>	<p>SIW ALEHAGEN BARBRO WIJMA KLAAS WIJMA</p>	<p>n: 147 mujeres</p> <p><b>74 mujeres</b> lo rechazan por el uso del catéter.</p> <p><b>26 mujeres</b> fueron excluidas porque fueron sometidas a una cesárea de emergencia.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo comprendido entre las semanas 37-39 de gestación</li> <li>- Embarazadas nulíparas</li> <li>- Embarazadas que aceptan el uso de un catéter epidural</li> </ul> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres fumadoras</li> <li>- Mujeres que toman medicación por enfermedades mentales</li> </ul>	<p>Estudio prospectivo</p>	<p>El estudio se midió a las 2h, 2 días y 5 semanas posparto.</p>	<p>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ version A)</p>	<p>Se considera que no existen diferencias significativas entre el uso o no de analgesia epidural para reducir la el dolor pero sí de la ansiedad en el momento del parto a priori, pero que las embarazadas consideran un nivel de miedo más alto en aquellas que sí recibieron analgesia epidural frente a las que no.</p>
--	--	---	----------------------------	---	---	--

<p><b>A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women (22)</b></p>	<p>Jocelyn T., Jennifer F., Jenny G., D. K. Creedy, A. Buist, FRANZCP, E. Turkstra, EL. Ryding,</p>	<p>n: 1410</p> <p>170 mujeres reciben la intervención</p> <p>169 no reciben intervención</p> <p>criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazadas comprendidas entre las semanas 24-36 de gestación</li> <li>- Hablar en inglés</li> </ul> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres menores de 16 años</li> <li>- Mujeres con más de 24 semanas de gestación</li> <li>- Mujeres con antecedentes de muerte perinatal.</li> </ul>	<p>Estudio de Casos y Controles con doble ciego.</p>	<p>El estudio tendrá una duración de 12 semanas (empiezan con las embarazadas a las 24 semanas y finaliza en las embarazadas con 36 semanas de gestación)</p>	<p>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A (W-DEQ A)</p> <p>Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)</p> <p>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</p> <p>Decisional Conflict Scale (DCS)</p>	<p>Se concluye que aquellas mujeres que participaron en el grupo control y que recibieron información procedente de las matronas, redujeron significativamente el nivel de miedo y ansiedad en el momento del parto frente aquellas mujeres que participaron en el grupo caso y no recibieron dicha información. Dichas mujeres mejoraron su nivel de confianza, empoderamiento en las decisiones y su nivel de ansiedad en el momento del parto, posparto e incluso en embarazos posteriores.</p>
---	---	--	--	---	---	--



<p><b>Psychoeducation for pregnant women with fear of childbirth increases rates of spontaneous vaginal delivery, reduces caesarean rates and improves delivery experience (23)</b></p>	<p>Eileen K Hutton Wendy Hall</p>	<p>n: 12000 n total: 371 grupo intervención: 131 grupo no intervención:240 criterios de inclusión - Mujeres que tienen miedo al parto - Embarazadas nulíparas - Habla Finlandesa</p>	<p>Ensayo Controlado Aleatorizado</p>	<p>El estudio duró 2 años, contando con 6 sesiones educativas durante el embarazo y una sesión posparto.</p>	<p>Se observa una reducción significativa del número de cesáreas en aquellas mujeres que participaron en el grupo intervención. Sin embargo, no se tiene en cuenta el factor ansiedad para llevar a cabo este estudio por lo que los resultados no son claros.</p>
---	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--	--

<p><b>Effect of Mindfulness Education in Primiparous Pregnant Women (24)</b></p>	<p>Özlem Akin Lecturer Student.</p>	<p>n: 88 mujeres</p> <p>grupo control: 44 mujeres</p> <p>grupo experimental: 44 mujeres</p> <p>criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser mayor de 18 años</li> <li>- Edad gestacional: 28-32 semanas</li> <li>- Embarazo único</li> <li>- Tener al menos nivel de educación primaria</li> </ul> <p>criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener un embarazo de riesgo</li> <li>- Tomar medicación en los últimos 6 meses antes del embarazo</li> <li>- Padecer enfermedades crónicas.</li> </ul>	<p>Se trata de un ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>El estudio tiene una duración de un mes (02/2022)</p>	<p>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire A [desde 28 semanas de gestación en adelante]</p> <p>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire B (W-DEQ B) [ durante el 1er mes de posparto]</p> <p>Prenatal Attachment Inventory [desde 28 semanas de gestación en adelante]</p> <p>Maternal Fetal Attachment Scale [durante la 1er mes posparto]</p>	<p>Se concluye gracias a este estudio que con el uso de esta técnica disminuye de manera significativa el grado de ansiedad en las embarazadas primíparas del grupo experimental frente a las primíparas del grupo control</p>
--	---	---	---	--	---	--

<p><b>Childbirth and Postpartum Period Fear in Pregnant Women and the Affecting Factors (25)</b></p>	<p>Nuray Egelioglu Cetiqli Zubeyde Denizci Zirek Fatma Bakilan Abali</p>	<p>n: 143</p> <p>Criterios de inclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad: 18-45 años</li> <li>- Tener 37 semanas de gestación o más</li> <li>- Firmar consentimiento para participar</li> </ul> <p>Criterios de exclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 37 semanas de gestación</li> <li>- Presentar riesgos de problemas mentales</li> </ul>	<p>Diseño descriptivo</p>	<p>El estudio duró 6 meses (01/2014-06/2014).</p> <p>Se impartían sesiones 5 días a la semana de 8.00-17.00h</p>	<p>Formulario de identificación individual</p> <p>Fear of Childbirth and Postpartum Anxiety Scale (FCPP)</p>	<p>Se puede deducir de este estudio que el embarazo y puerperio crea en las embarazadas un alto nivel de ansiedad, por lo que es necesario disminuirlo ya que acarrea numerosos efectos negativos</p>
--	--	--	---------------------------	--	--	---

<p><b>Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study (26)</b></p>	<p>Seyhan Çankaya Bülent Şimşek</p>	<p>n:120 grupo caso: 60 mujeres grupo control: 60 mujeres  n final: 112  Criterios de inclusión:  - Embarazadas entre 20-32 semanas de gestación  - Sanas  - Nulíparas  - Mayor de 18 años  - Embarazo llevado a término  - Tener un recién nacido sano (nacido entre las 38-42 semanas de gestación)  criterios de exclusión:  - Embarazadas que toman medicación por enfermedades mentales  - Embarazos de alto riesgo o complicados  - Haber tenido una muerte perinatal</p>	<p>Es un Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA) de tipo prospectivo, simple ciego</p>	<p>El estudio tiene una duración de 5 meses (04/2019-09/019).  Los grupos asistían a clases 2 veces a la semana durante 4 semanas en sesiones de 2 horas.</p>	<p>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (Version A and B)  Childbirth Self-Efficacy Inventory  Depression, Anxiety and Stress Scale</p>	<p>Se ha comprobado que mientras las participantes del grupo casos tuvieron una disminución significativa del miedo, la depresión, ansiedad y síntomas de estrés, además de un mayor número de partos vaginales, en el grupo control se mantenían. Así pues, la educación prenatal aporta numerosos beneficios durante el embarazo, parto y el posparto.</p>
--	---	---	---	---	---	--

<p><b>Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth. (27)</b></p>	<p>Byrne, J. H, Yvonne; F. Colleen; B., Sara; S. Robert</p>	<p>n: 18 mujeres</p> <p>critérios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo comprendido entre 18-28 semanas de gestación</li> <li>- ser saludables</li> <li>- Nulíparas</li> <li>- Hablar inglés</li> </ul> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar medicación por alguna enfermedad mental</li> <li>- Tener alto riesgo de embarazo</li> <li>- Embarazadas que toman drogas</li> </ul>	<p>Estudio piloto que pretende dar pie a un ensayo clínico.</p>	<p>El estudio tiene una duración de 8 semanas consecutivas distribuido en clases de 2.5h además del trabajo individual en casa.</p>	<p>- MBCE questionnaire</p>	<p>La principal hipótesis que se baraja es que el mindfulness combinada con un modelo de educación empoderadora, sería muy beneficioso para las participantes ya que se asociaría con una mayor autoeficacia, además de una considerable disminución del miedo al parto, del estrés, de la depresión y la ansiedad.</p>
--	---	---	---	---	-----------------------------	---

<p><b>The effect of childbirth education given by the nurse on the level of anxiety father's: a randomize control trial (33)</b></p>	<p>Mamuk R Dissiz M</p>	<p>n: 105 padres grupo experimental: 56 grupo control: 49 criterios de inclusión: - Habla turca - Parto vaginal criterios de exclusión: - No conocer los criterios de inclusión - Negarse a participar - La dilatación del cérvix era menor a 4-5 cm</p>	<p>Se trata de un estudio transversal, aleatorizado controlado y experimental</p>	<p>El estudio tiene una duración de un mes</p>	<p>Spielberger State / Trait Anxiety Inventory (STAI)  Interview Form in relation to Birth.</p>	<p>Se puede concluir que el nivel de ansiedad respecto a la información del hospital, el proceso del parto, el recién nacido y el periodo posnatal en los padres del grupo experimental es significativamente más bajo que el de los padres de grupo control que no recibieron información por parte de la matrona.</p>
--	-----------------------------	--	---	--	---	---

<b>Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID 19 pandemic (35)</b>	Utku Akgor Erdem Fadiloglu Burcu Soyak Canan Unal Murat Cagan B. Esat Temiz B. Emre Erzenoglu Sertac Ak Murat Gultekin1 Ozgur Ozyuncu	n: 297  Criterios de inclusión: - Edad: mujeres a partir de 18 años - Aceptar tomar parte en el estudio  Criterios de exclusión: - Embarazadas con algún historial de desorden psiquiátrico - Embarazadas con menos de 6 semanas de gestación	Estudio prospectivo	El estudio se desarrolla en el mes de mayo de 2020	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Se usaron 14 ítem  Cuestionario relatado sobre la COVID-19 medido en una escala Likert.	Se concluye que es de suma importancia dar información de calidad a las embarazadas en futuras pandemias para evitar un aumento de los niveles de ansiedad y depresión
---	--	---	---------------------	--	---	--

<b>Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the COVID-19 pandemic (36)</b>	Heidi Preis  Brittain Mahaffey  Cassandra Heiselman  Marci Lobel	n: 788  criterios de inclusión:  - Estar embarazada en el momento de realizar el cuestionario  - Tener más de 18 años  criterios de exclusión:  - No saber leer ni escribir en inglés	Estudio transversal	El estudio duró un mes (abril 2020)	Generalized Anxiety Disorder-7 [GAD-7]	Se concluye que los niveles de ansiedad y depresión acerca de la preparación del parto a causa de la COVID-19 ha aumentado significativamente en embarazadas y que es necesario una mayor educación en salud mental para erradicar este problema.
---	--	---	---------------------	-------------------------------------	--	---



<b>Fear, anxiety and depression among pregnant women during COVID-19 pandemic: impacts of healthy eating behaviour and health literacy (38)</b>	<p>T.C. Luong, T.T. M. Pham M. H. Nguyen A. Q. Do L. V. Pham Hoan. C. Nguyen Huu. C. Nguyen Tung H. Ha Hung K. Dao, Manh V. Trinh, Thinh V. Do Hung Q. Nguyen Thao T. P. Nguyen Cuong Q. Tran, Khanh V. Tran Trang T. Duong, Hai X. Pham Thao T. Do, Phuoc B.</p>	<p>n: 518 criterios de inclusión: - edad entre 18-40 años - realizar un autocuestionario criterios de exclusión</p>	<p>estudio transversal</p>	<p>La duración del estudio fue de 3 meses y medio (14/02/2020-31/05/2020)</p>	<p>Escala de miedo a la COVID-19 (FCoV-19S)  Desorden generalizado de la ansiedad (GAD-7)  Cuestionario de 9 items acerca de la salud del paciente (PHQ-9) (38)</p>	<p>Se concluye que gracias a una buena salud alimenticia, hábitos saludables, tener un trabajo y el aumento de la actividad física ha ayudado a disminuir de forma significativa el nivel de ansiedad y depresión en las embarazadas durante la pandemia.</p>
---	---	---	----------------------------	---	---	---



## 7. RESULTADOS

### 7.1. Ansiedad y depresión durante el embarazo, parto y posparto

En la antigüedad, se asociaba más el miedo y la ansiedad del momento del parto con la posible muerte del bebé, dadas las precarias condiciones en las que vivían la mayoría de las mujeres junto con el desconocimiento que existía entre los profesionales que participaban en el alumbramiento. Sin embargo, más allá del pensamiento fatalista acerca de perder al bebé, existía la ansiedad y el miedo de las embarazadas por ellas mismas cuando llegaba el momento de dar a luz. Es por ello que desde el principio de los tiempos comenzaron a realizarse técnicas (entrega de objetos con sentimientos religiosos a la Iglesia tras haber sobrevivido al parto, el estar acompañada por mujeres cercanas en su círculo familiar para sentirse más respaldada...) para reducir este nivel de ansiedad y asegurar la supervivencia posnatal de la mujer que en aquellos tiempos no era muy alta.

Con el paso de los años, la evolución del pensamiento y las opiniones acerca del embarazo, la creación y mejora de las técnicas para llevar el embarazo, parto y posparto, las mujeres embarazadas han ido cambiando el tipo de pensamientos y de escenarios ansiosos y fatales pero no han acabado con el sentimiento de ansiedad y miedo en su estado más visceral. (23)

La depresión durante el embarazo está prácticamente ignorada ya que se presupone que la embarazada tiene un desajuste hormonal, por lo que se le atribuye una mayor importancia a la depresión posparto.

Sin embargo, la depresión durante el embarazo debería de estar considerada como un problema de gran índole ya que puede acarrear serios problemas tanto a nivel físico como mental a la madre y al feto. De hecho, aún a pesar de conocer la existencia de esta depresión, aún entre los propios profesionales de la salud tienen fallos en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el embarazo. Es por ello que es muy necesario averiguar la o las causas que podrían estar provocando esta depresión e intentar erradicarlas lo antes posible. (24)

Como se ha comentado antes, el embarazo es una etapa en la que hay fluctuaciones continuas de emociones, entre las que se puede encontrar muy presente la ansiedad, que en momentos puntuales puede ser un motor para conseguir los objetivos propuestos, pero si se prolonga en el tiempo puede dar lugar a complicaciones tanto en la madre como en el feto.(25)

El dolor es uno de los factores que se encuentra desde el primer trimestre, pero su idea va evolucionando por trimestres. No es igual el mismo pensamiento acerca del dolor en el momento del parto en el primer trimestre, que es todo

desconocido, al pensamiento acerca del dolor en el tercer trimestre, donde ya el momento del parto es inminente. (26)(27)

Existen diferentes estrategias que disminuyen el nivel de ansiedad ante la situación del dolor del parto como son la escala visual analógica o el cuestionario McGill Pain Questionnaire entre otros, ya que se ha demostrado que un alto nivel de estrés, ansiedad y miedo son factores muy predisponentes a la disminución de la tolerancia del dolor en el momento del parto. Junto a estos factores, también influyen la edad, el nivel de formación, experiencias en partos anteriores, etc.

El nivel de información acerca del parto, las sensaciones que va a vivir la embarazada, la educación maternal en general van a servir de gran utilidad para reducir considerablemente el nivel de ansiedad. (28) (29) (30)(31)

Se manifiesta en una sensación de malestar emocional y físico persistente que provoca una situación desagradable para la paciente. De manera normal, las embarazadas ya podrían estar diagnosticadas con ansiedad y/o depresión previamente al embarazo por lo que es probable que el desarrollo del mismo se vea afectado por esta ansiedad ya diagnosticada. Sumado a esta ansiedad y/o depresión ya diagnosticada, encontramos obviamente los miedos característicos del embarazo, el estado del bebé, el momento del parto... Todo esto crea un estado de intranquilidad y angustia, liberando catecolaminas provocando que el oxígeno y los nutrientes no lleguen de forma eficaz al feto causando consecuencias como son(32):

- Preeclampsia
- Hipertensión.
- Prematuridad.
- Desarrollo más lento.
- Bajo peso.
- Variaciones en el crecimiento.

#### 7.2. Técnica más relevante que es impartida en las clases de educación maternal: Mindfulness

Una de las intervenciones que se pueden llevar a cabo con las mujeres embarazadas para disminuir el estrés y la ansiedad en el momento del parto sería la técnica de mindfulness, ya que se ha demostrado que es muy útil para reducir el estrés, la ansiedad y el miedo, así como para mejorar la autoeficacia y el empoderamiento de la mujer y mejorar de forma notable las expectativas de las embarazadas en el momento del parto.

Según varios estudios acerca del mindfulness en embarazadas, se ha comprobado que reduce en gran medida el estrés y la ansiedad, mejora la salud mental de las mujeres, reduce el número de cesáreas, amplifica la tasa de lactancia, las expectativas que estas tienen respecto al momento del parto y las empodera, sin embargo, el aspecto de la depresión tanto en el momento del parto

como en el posparto está aún por desarrollarse por lo que haría falta una investigación más profunda acerca del tema. (22) (24)

### 7.3. Posición de la pareja y de la familia en el momento del parto.

Aunque la experiencia paterna durante el parto se ha infravalorado, se ha comprobado que la introducción a la paternidad es un factor que aumenta el nivel de ansiedad y depresión en la pareja durante el embarazo y después del parto existe y que se pueden observar en varios aspectos: a nivel económico, a nivel de pareja o incluso con la familia. La incidencia de depresión y ansiedad parental perinatal es de entre un 5-10% y 5-15% respectivamente. Ciertamente es que no está tan presente como en las mujeres pero sí que debería de tenerse en cuenta y deberían abordarse a fin de reducirse y/o evitarse.

Acciones preventivas que promuevan la salud mental y el bienestar de los padres como clases de educación parental podrían ayudar a mejorar el ajuste en la nueva etapa que están viviendo ambos ya que mejoraría la comunicación sobre los sentimientos en los que se están viendo envueltos. (33) (34)

### 7.4. Situación COVID-19 y preparación al parto

La situación pandémica que hemos vivido estos últimos dos años ha dificultado sobremanera la atención a embarazadas, impidiéndole que se impartan talleres acerca de la educación maternal, preparación al parto, posparto, pautas de respiración, anticipación y diferencia de las contracciones falsas (averiguar por el nombre que tiene) de las contracciones verdaderas, empoderar a las mujeres embarazadas para estar informadas acerca de su propio embarazo y proceso de parto. Se ha demostrado que si se le da información de calidad, veraz y completa a las embarazadas acerca de cómo les gustaría planear su parto, la ansiedad se reduce de forma importante y se previenen futuras depresiones posparto.

Es por ello, que a consecuencia de la COVID-19 el nivel de conocimiento de las embarazadas acerca de su propio proceso de parto, de no tener información suficiente para afrontar las situaciones que se les puede presentar en el parto y de llegar prácticamente a ciegas, todo ello sumado al desconocimiento acerca de la evolución pandémica, de la gravedad que podía tener el hecho de contagiarse, de las consecuencias que podría tener en el bebé, ha hecho que aumente mucho el número de mujeres que presentan ansiedad en el parto y son mucho más propensas a desarrollar depresiones posparto.

Hay numerosos estudios que demuestran que el desconocimiento de las embarazadas tanto por la evolución del embarazo como de las consecuencias que puede tener la infección por COVID-19 a ella o al bebé y un gran nivel de ansiedad en momentos de pródromos. Muchas mujeres afirmaban que habían investigado por Internet acerca de clases de educación maternal así como la transmisión del

coronavirus y tenían ligeros conocimientos acerca de lo que iba a suceder frente a las que no investigaron ni recibieron apenas información cuyos niveles de estrés y ansiedad fueron mayores.

(35) (36)

Alrededor de un 10% de las mujeres han experimentado depresión perinatal de manera global. La depresión perinatal no tratada puede dar como resultado en salidas obstétricas dificultosas y un factor de riesgo para una pobre salud maternal, un inadecuado cuidado prenatal, y depresión posparto. Todo ello junto con el potencial impacto negativo en las salidas de embarazos, la depresión perinatal está asociada con un vínculo materno-infantil roto, aumenta la irritabilidad y disminuye la actividad. Los niños nacidos de madres deprimidas presentan riesgo de tener un desarrollo cognitivo y del lenguaje menor, menor IC y aumenta la prevalencia de problemas psiquiátricos y emocionales. La depresión que comienza durante el embarazo frecuentemente continúa o empeora después del parto. Las madres tienen un fuerte deseo de darle a sus hijos un ambiente estable, sin embargo, la situación de la creciente pandemia con sus estrictas limitaciones sociales y la inestabilidad económica no crea un ambiente propicio para la reproducción. Basados en los datos actuales, parece que la infección respiratoria causada por el virus SARS-CoV-2 no causa un cuadro de infección severo en mujeres embarazadas ya que normalmente suelen ser mujeres jóvenes y sin patologías previas.

Merece la pena señalar que la pandemia causada por la COVID-19 no es solo un problema de salud pública, sino también un problema social, demográfico y económico y que causa un impacto psicosocial negativo en la población, incluyendo a las mujeres embarazadas. El resultado de la ansiedad en mujeres embarazadas tiene un impacto negativo en el embarazo, aumentando el riesgo de preeclampsia, depresión, náuseas, vómitos y podría incluso causar un parto prematuro. Además, la ansiedad maternal puede causar efectos en los recién nacidos como un bajo peso al nacer, disminución del crecimiento o adquirir una baja puntuación en el test de APGAR.(37)

Sin embargo, se ha demostrado que gracias a una correcta alimentación, una educación en alimentación saludable, realizar algo de actividad física, tener un trabajo y abandonar hábitos nocivos como el tabaco han ayudado de forma considerable a reducir el nivel de ansiedad y depresión en embarazadas durante los meses de pandemia.

El siguiente estudio señala la importancia de la educación para la salud alimenticia y un conocimiento sobre alimentación para la salud mental de las madres durante la COVID-19. En el presente estudio, mujeres con altos conocimientos sobre alimentación eran menos propensas a padecer ansiedad o depresión. La asociación entre una dieta saludable y la reducción de enfermedades mentales fue encontrada en estudios previos. Además la alta calidad nutricional fue

asociada con un menor riesgo de ansiedad y depresión. En la literatura, dieta y nutrición son recomendadas para prevenir y tratar la depresión y la ansiedad debido al fuerte rol que tienen en el sistema inmune y en la reducción de la inflamación y el estrés para proteger frente a infecciones virales. Sin embargo, la seguridad de la comida y los problemas nutricionales están seriamente amenazados por la crisis de la COVID-19, la cual redujo el acceso a la comida saludable. Por lo tanto, la educación en alimentación saludable debería ser atendida como una prioridad global para prevenir problemas de salud mental causados por la pandemia. Los resultados muestran que la comida saludable podría ser incluida en las mujeres embarazadas durante la pandemia para así mejorar su salud mental y de esta manera, mejorar los resultados de la salud tanto de la madre como del bebé. Además encontramos que mujeres con altos niveles de conocimientos alimenticios desarrollaron menos riesgo de ansiedad prenatal y de depresión. El potencial papel de los conocimientos alimenticios para proteger a la población de la depresión y la ansiedad durante la pandemia ha sido demostrado en estudios previos. Mujeres con altos conocimientos alimenticios tenían un nivel mayor de educación y tenían también mejor acceso a comida saludables. Para más, los conocimientos alimentarios unidos a una práctica nutricional, la cual contribuye a ser la mejor vía para mejorar los resultados saludables. Esto está fuertemente demostrado que las mujeres que tienen una dieta saludable durante la COVID-19 tienen menor probabilidad de desarrollar ansiedad y depresión que aquellas que no realizaron cambios en su dieta. (38)

## **8. CONCLUSIONES**

- Se demuestra con este trabajo que la educación maternal impartida por las matronas en las que se incluyen técnicas como el mindfulness, la psicoeducación, técnicas respiratorias, y demás ejercicios relajantes, ayuda a disminuir de forma considerable el nivel de miedo, estrés y ansiedad en el momento del parto.
- Es importante la figura de una matrona permanente para dar la sensación de seguridad, confianza y pilar que acompañará a la embarazada y a la pareja, si la hay y enseñarles los papeles que desarrollarán a partir del momento que nazca el bebé
- El resultado de este trabajo es la suma de numerosos estudios piloto, ensayos clínicos y ensayos experimentales, por lo que podemos asumir con cierto grado de confianza que los resultados que aquí se exponen son verídicos, sin embargo, serían necesario investigaciones más profundas acerca del tema que abordasen concretamente la ansiedad en este momento. A pesar de una relación obvia entre la ansiedad y el miedo al parto, los médicos y futuros investigadores deberían reconocer la importancia de medir la ansiedad.

- La figura de la matrona reciclada y actualizada es fundamental, ya que sienta las bases de los conocimientos que toda embarazada necesita, brinda un amplio abanico de opciones acorde con el espacio sociodemográfico en el que se encuentran tanto ella como la parturienta y da información veraz y actual que servirá para disminuir los niveles de ansiedad, la preparará para el momento y será capaz de tomar mejores decisiones.
- Concluimos además, que como todo en la vida, es una cadena: si desde un primer momento das sensación de tranquilidad, de control, de empoderamiento en la toma de decisiones, si damos información correcta y fiable en el momento necesario, disminuye el nivel de estrés, ansiedad, miedo, inseguridad durante el embarazo y el momento del parto, pero es que además también serviría para reducir el nivel de depresión posparto en muchas mujeres siendo esto un logro más que significativo.

#### **9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:**

- Debido a la falta de tiempo y de adaptación a un Trabajo de Fin de Grado, no se han podido realizar los cuestionarios pertinentes para confirmar la veracidad de los documentos encontrados.

#### **10. BIBLIOGRAFÍA**

1. Consaludmental.org. [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>
2. SciELO Colombia- scientific electronic library online [Internet]. Org.co. [cited 2022 Apr 24]. Available from: <http://www.scielo.org.co/>
3. Depresión y otros trastornos mentales comunes [Internet]. Paho.org. [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?msckid=b782dce8c3a411ec9bbec1bc65a9bd32>
4. Nacional De Salud S, Latorre MA, Fernando J, Montalvo M, Félix M, García M, et al. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP [Internet]. Gob.es. [cited 2022 Apr 24]. Available from: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
5. Calidad de vida relacionada con la salud en población adulta (problemas de movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión) según sexo, país de nacimiento y grupo de edad. Población de 15 y más años [Internet]. INE. [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p04/10/&file=04041.px>



6. Shen Q, Huang C-R, Rong L, Ju S, Redding SR, Ouyang Y-Q, et al. Effects of needs-based education for prenatal anxiety in advanced multiparas: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 24];22(1):301. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35395734/>
7. Medicos P. Atención al parto en atención primaria [Internet]. *Revista-portalesmedicos.com*. 2020 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-al-parto-en-atencion-primaria/>
8. Jones K, Baird K, Fenwick J. Women's experiences of labour and birth when having a termination of pregnancy for fetal abnormality in the second trimester of pregnancy: A qualitative meta-synthesis. *Midwifery* [Internet]. 2017;50:42–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.014>
9. Osborne LM, Voegtline K, Standeven LR, Sundel B, Pangtey M, Hantsoo L, et al. High worry in pregnancy predicts postpartum depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2021;294:701–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.009>
10. Capogna G, Alahuhtat S, Celleno D, De Vlieger H, Moreira J, Morgan B, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. 1996;5(4):229–35. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0959-289x\(96\)80042-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0959-289x(96)80042-2)
11. Rae.es. [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://dle.rae.es>
12. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar Subj* [Internet]. 2003 [cited 2022 Apr 24];3(1):10–59. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es)
13. Americana De Psiquiatría A. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
14. Tipos trastornos ansiedad - navarra.es [Internet]. Navarra.es. [cited 2022 Apr 24]. Available from: [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/?msclkid=f40d030fc3f011ecbfa5e6bdbd04fcb8](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/?msclkid=f40d030fc3f011ecbfa5e6bdbd04fcb8)
15. López OIF, Hernández BJ, Almirall RBA, Molina DS, Navarro JRC. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur* [Internet]. 2012 [cited 2022 Apr 24];10(5):466–79. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1822/1016?msclkiid=2994931ec3f111ecae5b90303a3460c4>

16. GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-tO [Internet]. Who.int. [cited 2022 Apr 24]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1)
17. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. Birth [Internet]. 1997 [cited 2022 Apr 24];24(2):121–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9271979/>
18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 24];(8):CD003934. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23959763/>
19. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 24];3(3):CD009124. Available from: [https://www.cochrane.org/CD009124/PREG\\_pushing-methods-second-stage-labour](https://www.cochrane.org/CD009124/PREG_pushing-methods-second-stage-labour)
20. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 24];11(11):CD008070. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30411804/>
21. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2006 [cited 2022 Apr 24];85(1):56–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16521681/>
22. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. Birth [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 24];41(4):384–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25303111/>
23. Hutton EK, Hall W. Psychoeducation for pregnant women with fear of childbirth increases rates of spontaneous vaginal delivery, reduces caesarean rates and improves delivery experience. Evid Based Nurs [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 24];17(4):105. Available from: <https://ebn.bmj.com/content/17/4/105?msclid=52040457c3f211eca329ac0b9caf47d2>
24. Effect of Mindfulness Education in Primiparous Pregnant Women [Internet]. Clinicaltrials.gov. [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05250479>
25. Egelioğlu Cetişli N, Cetişli NE, Zirek ZD, Abalı FB. Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. Aquichan [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 24];16(1):32–42. Available from: [https://www.academia.edu/es/22488976/Childbirth\\_and\\_Postpartum\\_Period](https://www.academia.edu/es/22488976/Childbirth_and_Postpartum_Period)

\_Fear\_in\_Pregnant\_Women\_and\_the\_Affecting\_Factors?msclkiid=8e425219c3f211ecb56d3f99c7c3e550

26. Çankaya S, Şimşek B. Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 24];30(6):818–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32281410/>
27. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 24];59(2):192–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24325752/>
28. Mander R, Marshall RK. Giving birth but fearing death: Perceptions and precautions in Scotland in the early modern period. *Br J Midwifery* [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 24];24(8):586–91. Available from: <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/other/giving-birth-but-fearing-death-perceptions-and-precautions-in-scotland-in-the-early-modern-period>
29. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl )* [Internet]. 2019;48(1):58–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
30. Caparros Molinero JM, Núñez del Moral S, Soriano Molina MÁ. Influencia de los rasgos de personalidad en la percepción del dolor y elección de analgesia durante el parto. *Enferm glob* [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 24];13(3):384–97. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000300021&msclkiid=76117b39c3f411ec885bd4cd97262808](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300021&msclkiid=76117b39c3f411ec885bd4cd97262808)
31. Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2009;27(4):357–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02646830903190888>
32. FAME. La ansiedad perinatal [Internet]. FAME. 2021 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/2021/06/15/ansiedad-perinatal-fame/>
33. Dişsiz M, Mamuk R. DOĞUM SÜRECİNDE HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİMİN BABALARIN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA. *Zeynep kamil tıp bül* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 24];50(3):149–55. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/zktipb/issue/47961/583353?msclkiid=ccab7862c3f511ec8e57f23a05e5a8b0>
34. Moran E, Bradshaw C, Tuohy T, Noonan M. The paternal experience of fear of childbirth: An integrative review. *Int J Environ Res Public Health*

[Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 24];18(3):1231. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33573071/>

35. Akgor U, Fadiloglu E, Soyak B, Unal C, Cagan M, Temiz BE, et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 24];304(1):125–30. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33433702/>
36. Preis H, Mahaffey B, Heiselman C, Lobel M. Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 24];2(3):100155. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32838261/>
37. Kajdy A, Feduniw S, Ajdacka U, Modzelewski J, Baranowska B, Sys D, et al. Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 24];99(30):e21279. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32791708/>
38. Luong TC, Pham TTM, Nguyen MH, Do AQ, Pham LV, Nguyen HC, et al. Fear, anxiety and depression among pregnant women during COVID-19 pandemic: impacts of healthy eating behaviour and health literacy. *Ann Med* [Internet]. 2021;53(1):2120–31. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2021.2001044>

## 11. ANEXOS

### Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ version A)

**Table 5** Summary of Rasch analysis on WDEQ subscales

Subscale	Analysis	Overall model fit	Item fit residual mean (SD)	Person fit residual mean (SD)	PSI	% sig t-tests <sup>a</sup>
All 33 WDEQ items	1	Chisq = 1377.67, df = 297, $p < .0001$	1.4 (4.61)	-0.81 (1.77)	.95	23.3% CI: 21.7–24.9
Lack of positive emotions (12 items)	2	Chisq = 164.94, df = 108, $p < .0001$	.41 (2.22)	-.44 (1.43)	.92	9.09% CI: 7.5–10.7
Lack of positive emotions (8 items) Remove items 1 22 4 14	3	Chisq = 88.43, df = 72, $p = .09$	.66 (.98)	-.43 (1.30)	.89	9.97% CI: 8.3–11.6
Lack of positive emotions (5 items) Remove items 1 22 4 14 13 10 16	4	Chi sq= 74.16, df = 48, $p = .004$	.26 (1.05)	-.38 (1.06)	.82	4.84% <sup>a</sup>
Negative emotions (8 items)	5	Chisq = 198.75, df = 71, $p < .0001$	.46 (3.31)	-3.8 (1.31)	.85	10.4% CI: 8.8–12.0
Negative emotions (5 items) Remove items 24 25 27	6	Chisq = 63.38, df = 45, $p = .04$	.20 (1.93)	-.59 (1.38)	.84	5.28% CI: 3.6–6.9
Moment of birth (3 items)	7	Chisq = 45.42, df = 15, $p < .0001$	.14 (1.30)	-.66 (1.19)	.59	b
Social isolation (4 items)	8	Chisq = 42.91, df = 20, $p = .002$	.11 (1.20)	-.55 (1.19)	.43	b

Chisq Chi square, CI confidence interval, df degrees of freedom, p probability, PSI Person Separation Index, SD standard deviation

<sup>a</sup>confidence interval only reported if the % value exceeds 5%

<sup>b</sup>unidimensionality testing not conducted due to small number of items

Note. Overall fit to the model is indicated by a chi square  $p$  value that is not significant, Item fit residual SD values and Person fit residual SD values should be less than 1.5, and the percentage of significant  $t =$  tests should not exceed 5%

### childbirth- self efficacy inventory.

Characteristics of participants (n = 157)

<b>Characteristic</b>	<b>Mean (SD)</b>	
Age (years)	30.4 (4.13)	
Gestational age (weeks)	38.4 (1.02)	

<b>Characteristic</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Level of education		
Low (elementary school)	5	7
Medium (high School)	43	62
High (college/university)	52	76
Annual household income		
Low (9600–17,999€)	83	120
Medium (18,000–35,999€)	17	25
High (> 36,000€)	0	
Employment status		
Employed	92	133
Unemployed	8	12
Intention to have a normal delivery		
Yes	80	116
No	20	29

**Depression, anxiety and stress scale**



### Depression Anxiety Stress Scales - Short Form (DASS-21)

**Instructions:**

Please read each statement and press a response that indicates how much the statement applied to you over the past week. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any statement.

	Did not apply to me at all	Applied to me to some degree, or some of the time	Applied to me to a considerable degree, or a good part of the time	Applied to me very much, or most of the time
1	0	1	2	3
2	0	1	2	3
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	0	1	2	3
6	0	1	2	3
7	0	1	2	3
8	0	1	2	3
9	0	1	2	3
10	0	1	2	3
11	0	1	2	3
12	0	1	2	3
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	0	1	2	3
16	0	1	2	3

### Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)



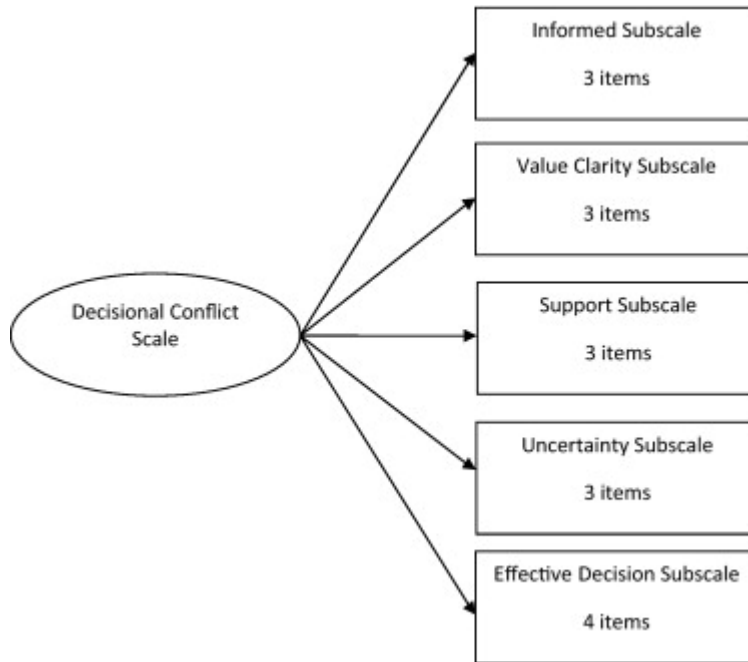
### Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

**Instructions:**

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt IN THE PAST 7 DAYS, not just how you feel today.

1	I have been able to laugh and see the funny side of things 0 As much as I always could 1 Not quite so much now 2 Definitely not so much now 3 Not at all
2	I have looked forward with enjoyment to things 0 As much as I ever did 1 Rather less than I used to 2 Definitely less than I used to 3 Hardly at all
3	I have blamed myself unnecessarily when things went wrong 3 Yes, most of the time 2 Yes, some of the time 1 Not very often 0 No, never
4	I have been anxious or worried for no good reason 0 No, not at all 1 Hardly ever 2 Yes, sometimes 3 Yes, very often
5	I have felt scared or panicky for no very good reason 3 Yes, quite a lot 2 Yes, sometimes 1 No, not much 0 No, not at all
6	Things have been getting on top of me 3 Yes, most of the time I haven't been able to cope at all 2 Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual 1 No, most of the time I have coped quite well 0 No, I have been coping as well as ever

### Decisional conflict scale



### Fear of COVID-19 scale

Items*	Number (%)					Average (SD)
	1	2	3	4	5	
11 – I am most afraid of the coronavirus	13 (3.4)	63 (16.3)	64 (16.5)	186 (48.1)	61 (15.8)	3.56 (1.04)
12 – It makes me uncomfortable to think about coronavirus	22 (5.7)	74 (19.1)	53 (13.7)	190 (49.1)	48 (12.4)	3.43 (1.10)
13 – My hands become clammy when I think about coronavirus	88 (22.7)	186 (48.1)	51 (13.2)	47 (12.1)	15 (3.9)	2.26 (1.06)
14 – I am afraid of losing my life because of coronavirus	27 (7.0)	60 (15.5)	57 (14.7)	181 (46.8)	62 (16.0)	3.49 (1.14)
15 – I become nervous or anxious when watching news and stories about coronavirus	38 (9.8)	129 (33.3)	66 (17.1)	121 (31.3)	33 (8.5)	2.95 (1.17)
16 – I cannot sleep because I am worried about getting coronavirus	100 (25.8)	196 (50.6)	44 (11.4)	33 (8.5)	14 (3.6)	2.13 (1.01)
17 – My heart races or palpitates when I think about coronavirus	64 (16.5)	157 (40.6)	48 (12.4)	95 (24.5)	23 (5.9)	2.63 (1.19)

**Notes:** Five-point Likert scale where score 1 = strongly disagree to score 5 = strongly agree. \*The items are adapted from Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *Int J Ment Health Addict.* 2020 [Epub ahead of print]. Copyright © Springer Science +Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020. Creative Commons Attribution 4.0 International License: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.  
**Abbreviation:** SD, standard deviation.

### Generalized anxiety disorder (GAD-7)

GAD-7

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Worrying too much about different things	0	1	2	3
4. Trouble relaxing	0	1	2	3
5. Being so restless that it is hard to sit still	0	1	2	3
6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
7. Feeling afraid as if something awful might happen	0	1	2	3

Total Score \_\_\_\_\_ = Add Columns \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely difficult
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examples of items in the subscales:

	Item no in PAI-R
<b>Anticipation</b>	
I wonder what the baby looks like now	1
I imagine what part of the bay I'm touching	9
I get very excited when I think about the baby	18
<b>Differentiation</b>	
I know when the baby is asleep	10
I can make my baby move	11
I know the baby hears me	17
<b>Interaction</b>	
I enjoy feeling the baby move	3
I let other people put their hands on my tummy to feel the baby move	5
I tell others what the baby does inside me	8

**MATERNAL FETAL ATTACHMENT SCALE**

<i>Fetal Health Locus of Control (FHLC)</i>	Strongly Agree	Strongly Disagree	%
	N	N	
1. God will determine the health of my child	74	---	74.0
2. If I get sick during pregnancy, consulting my doctor is the best thing I can do to protect the health of my unborn child	67	---	67.0
3. Even if I take excellent care of myself when I am pregnant, fate will determine whether my child will be normal or abnormal	52	---	52.0
4. Having a miscarriage means to me that my baby was not destined to live	50	---	50.0
5. Before becoming pregnant, I would learn what specific things I should do and not do during the pregnancy in order to have a healthy, normal baby	47	---	47.0
6. Only qualified health professionals can tell me what I should and should not do when I am pregnant	38	---	38.0
7. Learning how to care for myself before I become pregnant helps my child to be born healthy	38	---	38.0
8. Fate determines the health of my unborn child	33	---	33.0
9. If my baby is born unhealthy or abnormal, nature intended it to be that way	31	---	31.0
10. My unborn child's health can be seriously affected by my dietary intake during pregnancy	27	---	27.0
11. What I do right up to the time that my baby is born can affect my baby's health	25	---	25.0
12. No matter what I do when I am pregnant, the laws of nature will determine whether or not my child will be normal	---	31	31.0