



## EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA COMO ELEMENTO DE MEJORA

María Inmaculada de Molina Fernández

Dipòsit Legal: T 1008-2015

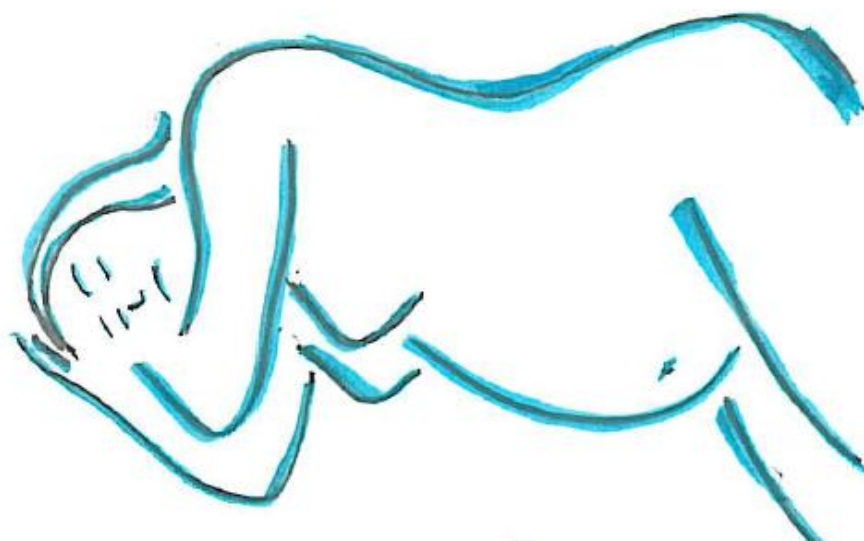
**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

María Inmaculada de Molina Fernández

EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN  
DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO  
DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA



TESIS DOCTORAL

Dirigida por las Dras. María Francisca Jiménez Herrera y Miriam José de la Flor López

Departament d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2014

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Departament d'Infermeria  
Facultat d'Infermeria  
Avda. Catalunya, 35  
43002

FAIG constar, que aquest treball, titulat “EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA COMO ELEMENTO DE MEJORA”, que presenta María Inmaculada de Molina Fernández per a l'obtenció del títol de doctor, ha estat realitzat sota la nostra direcció al departament d'infermeria d'aquesta universitat.

Tarragona, a 15 de Juliol de 2014

María Francisca Jiménez Herrera

Miriam José de la Flor López

Les directores de la tesis doctoral

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015

*“El verdadero acto del descubrimiento no consiste en salir a buscar nuevas tierras, sino en aprender a ver la vieja tierra con nuevos ojos”. Marcel Proust*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera dar las gracias a todas las personas que han colaborado directa o indirectamente en el proceso y elaboración de esta tesis,

A mis directoras de tesis, las Dras. María Francisca Jiménez y Miriam José de la Flor López, por su asesoramiento, confianza en el proyecto, dedicación y respeto.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili, a todos sus miembros sin excepción, por acogerme con cariño y por creer en mí, desde mi incorporación en esta facultad.

A la Dra. María Jesús Montes, su sabiduría, carisma, buenos consejos, espíritu crítico y cariño me han acompañado desde mi llegada a esta Facultad.

A Pilar Hernández y al Dr. Joan Fernández Ballart por su asesoramiento en el diseño y revisión del análisis estadístico, apoyo constante y generosidad.

A Ángel García, arquitecto y amigo, por su inspiración y trazos, que iluminan la portada de este libro y a Pedro Marta, técnico de investigación, por sus consejos e inestimable ayuda en el diseño de la tesis.

A Carme Montcusí, por acompañarme y animarme ante las adversidades generadas por el cambio de gestor bibliográfico y por su ayuda en la revisión de la bibliografía final.

A la Dirección del Hospital Joan XXIII de Tarragona y a todos los profesionales que han formado parte de ella desde que inicié mi andadura profesional, por tenerme en cuenta, por valorarme y por respetarme como profesional e investigadora.

Al Dr. Basora, por ayudarme a que mi investigación pudiera extenderse al ámbito de la Atención Primaria.

A las matronas y ginecólogas del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Joan XXIII de Tarragona, a toda/os y cada una/o de ella/os, por su inestimable apoyo y cariño y muy especialmente a Rosa García, Joaquima Ferrer, Ángeles Ruiz, Laura Ferret, Laura Piñol, Laura Candón, Gracia Moreno, Edurne Zazpe, Paquita Duran, Laura Torres y Lourdes Martín y en el ámbito de la Atención Primaria, María Ramírez, Tere Pinto y Use Romano, compañeras y amigas, por ayudarme como enlaces durante el trabajo de campo de esta investigación.

A mis amiga/os Alba, Lourdes, Sagrario, Ángeles, Loli, Eva's, Natalia, Nuria, Isa, Eulalia, Raquel, María Ramón, Sofi, Gema, Rosa Blanca, Elisabeth, Rosa, Patricia, Manuel, Ángel, Antonio, Charli, Pepe's, Joan, Alberto, Paco y tantos otros, por los ánimos recibidos y buenos ratos pasados, en el transcurso de esta singladura, imprescindibles para mantener mi equilibrio.

A mis padres, que me inculcaron el valor del esfuerzo, por estar siempre cuando los he necesitado, pilares y ejemplo constante en mi vida, para ellos todo mi amor e inmensa gratitud y reconocimiento a la difícil tarea de ser padres.

A Carlos, Alfredo, Miguel Ángel y Karen, mis hermanos y hermana, por quererme, respetarme, darme ánimos y criticarme siempre que las circunstancias lo requieran.

Finalmente, a mis hijos Anna, Cristóbal y Gonzalo, por su amor incondicional, a pesar de las ausencias y a Cristóbal, mi compañero, amigo y padre de mis hijos, por su cariño y consuelo, por cubrir y entender mis necesidades, por sus consejos y correcciones... todo mi amor.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015

## ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
1.1	Presentación.....	1
1.2	Introducción a la investigación.....	2
2	MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL DE REFERENCIA.....	7
2.1	Contexto histórico e institucional de la atención hospitalaria al parto.....	7
2.1.1	El oficio de “partear”.....	7
2.1.2	Evolución de la asistencia al parto en el S. XX en España.....	9
2.2	Ansiedad y miedos de la gestante ante el parto.....	15
2.2.1	La importancia de las emociones.....	15
2.2.2	La ansiedad.....	16
2.2.3	El miedo.....	19
2.2.4	La ansiedad durante la gestación, parto y puerperio.....	20
2.2.5	Los miedos del parto.....	22
2.2.6	Escalas de valoración de la ansiedad y miedos.....	23
2.3	El dolor del parto.....	26
2.3.1	Repaso histórico.....	28
2.3.2	Mecanismos del dolor del parto.....	30
2.3.3	Interpretaciones culturales.....	31
2.3.4	Situación actual del tratamiento del dolor del parto.....	32
2.3.5	Instrumentos de medición del dolor.....	34
2.4	Satisfacción y expectativas ante el parto.....	36
2.4.1	Satisfacción y calidad en cuidados de salud.....	36
2.4.2	Valoración de la calidad percibida en el entorno clínico. Instrumentos de evaluación.....	38
2.4.3	Valoración de la calidad percibida en la asistencia al parto.....	41
2.4.4	Valoración de las expectativas en la fase prenatal.....	42
2.4.5	Valoración de la satisfacción tras el parto. Instrumentos de evaluación.....	43
2.5	Educación para la salud ante el parto.....	45
2.5.1	La importancia de la educación sanitaria.....	45
2.5.2	Los Programas de Educación maternal.....	46
2.5.3	Los Programas de Educación Maternal en el ámbito de la Atención Primaria en Cataluña.....	48
2.5.4	Sesión educativa del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.....	50
2.5.5	El coaching emocional, un nuevo enfoque educativo.....	50
3	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
3.1	Hipótesis.....	55
3.2	Objetivo General.....	55
3.3	Objetivos específicos.....	55
4	METODOLOGÍA.....	57
4.1	Introducción al diseño de la investigación.....	57

4.2	Contexto de la investigación.....	58
4.3	Diseño de la Investigación.....	59
4.3.1	Análisis de las experiencias de un grupo de mujeres en su parto. Diseño cuantitativo y Diseño cualitativo (FASE I).....	60
4.3.2	Diseño de la sesión participativa.....	61
4.4	Población de estudio.....	62
4.5	Cálculo del tamaño de la muestra.....	62
4.5.1	FASE I.....	62
4.5.2	FASE II.....	63
4.6	Recogida de datos y fuentes de información.....	64
4.6.1	Abordaje cuantitativo (FASES I y II).....	64
4.6.2	Abordaje cualitativo (FASES I y II).....	66
4.7	Métodos estadísticos y análisis de datos.....	66
4.7.1	Abordaje cuantitativo (FASES I y II).....	66
4.7.2	Abordaje cualitativo (FASES I y II).....	67
4.8	Aspectos éticos y legales.....	68
4.9	Limitaciones del estudio.....	69
5	RESULTADOS.....	71
5.1	FASE I- Análisis de la experiencia de un grupo de mujeres en su parto.....	72
5.1.1	Estudio descriptivo.....	72
5.1.2	Análisis de la ansiedad, miedos y dolor en el parto.....	79
5.1.3	Análisis de la satisfacción y cumplimiento de expectativas.....	88
5.1.3.1	Abordaje cuantitativo.....	88
5.1.3.2	Abordaje cualitativo.....	91
5.1.4	Elaboración de una sesión educativa basada en la filosofía del coaching.....	99
5.1.4.1	Análisis de los programas educativos vigentes en nuestro entorno.....	99
5.1.4.2	Diagnóstico del Problema.....	100
5.1.4.3	Diseño de la sesión participativa.....	103
5.2	FASE II: Implementación y evaluación de la sesión educativa.....	105
5.2.1	Estudio descriptivo de la muestra participante (FASE II vs FASE I).....	105
5.2.2	Implementación de la sesión educativa basada en el coaching.....	107
5.2.3	Estudio descriptivo de la fase postparto (FASE II vs FASE I).....	108
5.2.4	Análisis de la ansiedad, miedos y dolor en el parto (FASE II).....	112
5.2.5	Análisis de la satisfacción y cumplimiento de expectativas (FASE II).....	117
5.2.5.1	Abordaje cuantitativo.....	117
5.2.5.2	Abordaje cualitativo.....	120
6	DISCUSIÓN.....	129
6.1	Perfil socio demográfico, clínico y asistencial de las mujeres participantes en la investigación.....	130
6.1.1	Variables sociodemográficas de las gestantes.....	131
6.1.2	Variables clínicas valoradas durante la gestación.....	133
6.1.3	Variables clínicas valoradas tras el parto.....	135
6.2	Análisis del nivel de ansiedad ante el parto.....	137
6.3	El dolor de parto, su alivio y los miedos en el parto, valoración de la eficacia de la sesión educativa.....	141

6.4	Satisfacción y cumplimiento de expectativas, sesión educativa como elemento de mejora .....	144
6.5	Reflexiones finales.....	153
7	CONCLUSIONES .....	155
8	FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS .....	159
8.1	Futuras líneas de investigación .....	159
8.2	Difusión de resultados .....	160
9	BIBLIOGRAFIA .....	163
10	ANEXOS .....	181
10.1	Cuestionario PREPARTO (Fases I y II) .....	181
10.2	Cuestionario POSTPARTO (Fases I y II) .....	185
10.3	Guión de la entrevista realizada a las mujeres tras el parto .....	189
10.4	Clasificación y categorización de las variables de estudio .....	191
10.5	Hoja de información al paciente y Consentimiento informado (FASE I) .....	193
10.6	Hoja de información al paciente y Consentimiento informado (FASE II) .....	195
10.7	Autorización del CEIC para la realización del estudio piloto previo a esta investigación .....	199
10.8	Autorización del CEIC para la realización de la investigación que se presenta en esta tesis .....	201
10.9	Diseño de la sesión educativa .....	203

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- 1- OMS- Organización Mundial de la Salud
- 2- URV- Universitat Rovira i Virgili de Tarragona
- 3- HJ23- Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
- 4- PASSIR - Programa de Atención a la Salud Sexual i Reproductiva
- 5- RN - Recién Nacido
- 6- STAI- State-Trait Anxiety Inventory
- 7- STAI- AE - State-Trait Anxiety Inventory de Spielberg Ansiedad-Estado
- 8- STAI- PD - State-Trait Anxiety Inventory de Spielberg – Puntuación Directa
- 9- EVA - Escala Visual Analógica
- 10-EVA ANS pre- Valoración de la ansiedad en la gestación o parto con la EVA
- 11-EVA ANS post-Valoración de la ansiedad en el postparto con la EVA
- 12-EVA dolor - Valoración del dolor percibido en el parto con escala EVA
- 13-EVA alivio dolor- Valoración del alivio del dolor tras la administración de analgesia en el parto con escala EVA
- 14-EAV - Escala Analógica Verbal
- 15-Tto- tratamiento
- 16- Ans/ANS-ansiedad
- 17-HAD- Hospital Anxiety and Depression Scale
- 18-APAIS- Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
- 19-CWS - The Cambridge Worry Scale
- 20-OWLS - Oxford Worries About Labour Scale
- 21-W-DEQ - Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire
- 22-DFS-Delivery Fear Scale
- 23-COMFORTS - Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale
- 24-MCSS- Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale
- 25-FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España
- 26-RAE - Real Academia Española
- 27-IASP - Asociación Internacional del Estudio del Dolor
- 28-PEM – Programa/s de Educación Maternal
- 29-ICS- Instituto Catalán de la Salud
- 30-ARO- Alto Riesgo Obstétrico
- 31-CEIC - Comité Ético de Investigaciones Clínicas
- 32-Mdn- Mediana
- 33-P25 y P75- percentiles 25 y 75
- 34-Rho - coeficiente de correlación de Spearman
- 35-KW- Kruskal-Wallis

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de estudios y procedencia de la muestra (FASE I) .....	72
Figura 2. Catalogación del riesgo en el embarazo y paridad de las mujeres (FASE I) .....	73
Figura 3. Catalogación de la experiencia de partos anteriores (FASE I) .....	73
Figura 4. Antecedentes de prematuridad (FASE I) .....	73
Figura 5. Asistencia al programa de educación maternal del PASSIR (FASE I) .....	74
Figura 6. Asistencia a la sesión educativa impartida en el hospital (FASE I) .....	74
Figura 7. Edad de gestación en el parto (FASE I).....	74
Figura 8. Tipo de parto (FASE I) .....	74
Figura 9. Apgar de los RN (FASE I).....	75
Figura 10. Peso de los niños al nacer (FASE I).....	75
Figura 11. Valoración de la analgesia administrada en el parto (FASE I).....	76
Figura 12. Aspectos a mejorar en el tratamiento del dolor (FASE I).....	76
Figura 13. Nivel de satisfacción tras la experiencia (FASE I) .....	79
Figura 14. Grado de cumplimiento de expectativas (FASE I) .....	79
Figura 15. Representación gráfica de la correlación existente entre las escalas STAI-AE y EVA .....	80
Figura 16. Relación entre asistencia al programa de educación maternal y satisfacción ante el tratamiento del dolor de parto .....	85
Figura 17. Representación gráfica de la relación entre satisfacción y cumplimiento de expectativas.....	88
Figura 18. Proporción de cesareas y partos instrumentados. Imagen cedida por la Direcció general de Planificació i Recerca en Salut. Avaluació de l'atenció al part normal a Catalunya .....	136



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción del diseño de la investigación .....	59
Tabla 2. Esquema de un análisis DAFO .....	61
Tabla 3. Cálculo del tamaño de muestra de la Fase II para diferentes variables .....	63
Tabla 4. Valoración de los miedos percibidos por las gestantes.....	77
Tabla 5. Nivel de ansiedad (STAI: PD) .....	78
Tabla 6. Relación entre el nivel de ansiedad antes del parto (EVA) y la forma de finalizar el parto (eutócico, fórceps, espátulas o cesárea) .....	80
Tabla 7. Relación entre el nivel de ansiedad antes del parto (EVA) y el Apgar de los niños al nacer .....	81
Tabla 8. FASE I: Relación entre el nivel de ansiedad y la paridad, el tipo de parto, el peso del neonato, el Apgar al nacer y el tipo de lactancia.....	81
Tabla 9. Relación entre nivel de ansiedad, el dolor percibido y el alivio del mismo tras la administración de tratamiento .....	82
Tabla 10. Relación entre la satisfacción con el tratamiento del dolor y el nivel de ansiedad y la percepción dolor (escala EVA) .....	82
Tabla 11. Relación entre miedos, ansiedad, dolor y su alivio.....	83
Tabla 12. Relación entre miedos diversos y nivel de ansiedad.....	84
Tabla 13. Relación entre la asistencia al PEM del PASSIR , nivel de ansiedad y percepción dolor .....	85
Tabla 14. Relación entre la valoración de experiencias anteriores, el nivel de ansiedad en la gestación y el dolor percibido en el parto .....	86
Tabla 15. Relación entre la variable ansiedad (EVA) y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas .....	86
Tabla 16. Variables relacionadas con el dolor en el parto. ....	87
Tabla 17. Relación entre la variable alivio del dolor y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas .....	87
Tabla 18. Relación entre la variable ansiedad postparto, medida con EVA, y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas.....	87
Tabla 19. Relación entre el nivel de satisfacción y el grado de cumplimiento de expectativas.....	88
Tabla 20. Relación entre nivel de ansiedad (bajo, medio y alto) y las variables satisfacción y cumplimiento de expectativas .....	89
Tabla 21. Relación entre el nivel de satisfacción tras la experiencia y la asistencia al PEM del PASSIR .....	89
Tabla 22. Relación entre el grado de satisfacción tras la experiencia y la asistencia a la sesión educativa del hospital.....	90
Tabla 23. Relación entre la variable valoración del hospital y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas .....	90
Tabla 24. Relación entre el nivel de satisfacción tras el parto y las variables que más se relacionan con él, las más explicativas .....	90

Tabla 25. Relación entre el grado de cumplimiento de expectativas y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas .....	91
Tabla 26. Definición de las categorías de la dimensión “Valoración de la satisfacción tras la experiencia” .....	92
Tabla 27. Definición de las categorías de la dimensión “Valoración de la vivencia del parto en relación a las expectativas previas” .....	94
Tabla 28. Análisis DAFO. Programa de Educación Maternal en Atención Primaria .....	101
Tabla 29. Análisis DAFO. Sesión educativa del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona .....	102
Tabla 30. Ejes principales de la sesión educativa .....	103
Tabla 31. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (edad, estado civil, procedencia y estudios) .....	105
Tabla 32. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (antecedentes médicos personales y catalogación de riesgo del embarazo) .....	106
Tabla 33. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (número de hijos a término, número de partos prematuros y experiencias en partos anteriores) .....	106
Tabla 34. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (asistencia al PEM del PASSIR y a la sesión educativa del HJ23) .....	107
Tabla 35. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (semanas de gestación al parto, presentación fetal y tipo de parto) .....	108
Tabla 36. Complicaciones en el parto y postparto de las mujeres de las FASES I y II .....	109
Tabla 37. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (peso del RN, Apgar a los 5m, y lactancia) .....	109
Tabla 38. Valoración del dolor en el parto y del alivio del mismo .....	110
Tabla 39. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (variables relacionadas con el dolor de parto) .....	110
Tabla 40. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (miedos percibidos por las mujeres en el parto) .....	111
Tabla 41. Nivel de ansiedad en la gestación de las mujeres participantes en las FASES I y II (medido con el cuestionario STAI-AE) .....	112
Tabla 42. Nivel de ansiedad antes y después del parto de las mujeres participantes en las FASES I y II (medidos con cuestionario STAI-AE) .....	113
Tabla 43. Correlación entre escalas de medición de la ansiedad, dolor y alivio (FASE II) .....	113
Tabla 44. Relación entre nivel de ansiedad, tipo de parto y peso de los niños al nacer (FASE II) .....	114
Tabla 45. Relación entre nivel de ansiedad y percepción del dolor (FASE II) .....	114
Tabla 46. Relación entre nivel de ansiedad y miedos (FASE II) .....	115
Tabla 47. Relación entre nivel de estudios y miedos percibidos (FASE II) .....	116
Tabla 48. Relación entre nivel de ansiedad y nivel de estudios (FASE II) .....	116
Tabla 49. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (valoración del hospital) .....	117
Tabla 50. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (nivel de satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto) .....	117
Tabla 51. Relación entre el grado de cumplimiento de expectativas y el nivel de satisfacción tras el parto (FASE II) .....	118

Tabla 52. Nivel de satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto en relación a tipo de parto y complicaciones en el mismo .....	118
Tabla 53. Relación entre la presencia de complicaciones y la forma de finalizar el parto .....	119
Tabla 54. Relación entre valoración del tratamiento del dolor y nivel de satisfacción (FASES I y II) .....	119
Tabla 55. Relación entre el nivel de satisfacción, el grado de cumplimiento de expectativas y el nivel de estudios (FASE II) .....	120
Tabla 56. Relación entre nivel de satisfacción, grado de cumplimiento de expectativas y valoración del hospital (FASE II) .....	120
Tabla 57. Definición de las categorías encontradas de la dimensión “Valoración de la satisfacción tras la experiencia” (FASE II) .....	121
Tabla 58. Definición de las categorías de la dimensión “Valoración de la vivencia del parto en relación a las expectativas previas”(FASE II) .....	124

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015

## 1 INTRODUCCIÓN GENERAL

### 1.1 Presentación

Esta investigación, de carácter doctoral, en la que me sumerjo por vocación, surge del agradecimiento hacia los cientos de mujeres que he podido acompañar en los años que he ejercido como matrona en la Sala de Partos de un Hospital público de Tarragona, con miedos, incertidumbres y muchas, muchas alegrías y emociones intensas, más o menos contenidas. He podido constatar que un parto es un momento íntimo y único para una mujer, repleto de emociones y sentimientos que se gestionan de maneras muy diferentes en función de la personalidad y contexto asistencial en que se encuentren.

Durante estos años he aprendido de grandes profesionales pero sobretodo, de grandes mujeres, que me han mostrado su inmensa fuerza, valor y entereza ante el proceso y que me han brindado infinita gratitud, a pesar de los estrictos protocolos e intervenciones justificadas o no, a las que, en ocasiones, fueron sometidas, debido tal vez a un exceso de celo, miedo, inseguridad, desconocimiento y/o falta de consenso institucional.

Mi formación y residencia como enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona) aconteció entre los años 1996 y 1998, en un Hospital de la provincia de Tarragona donde la asistencia al parto seguía el patrón tecnológico e intervencionista común a la mayoría de hospitales contemporáneos del país. Se hacía lo aprendido, aún cuestionándose algunos profesionales la idoneidad de muchas de las prácticas utilizadas. La publicación de protocolos institucionales que promovían una atención al embarazo y parto siguiendo las recomendaciones dictadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), conllevó la posibilidad de que muchos de los profesionales implicados pudiéramos revisar nuestras prácticas, participando de forma activa en el proceso de transformación y mejora de la atención materno-infantil de nuestro entorno.

Coincidiendo con un cambio de rumbo profesional, al estar actualmente trabajando como profesora en la Facultad de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili (URV) de Tarragona y con la libertad que la distancia me confiere, he querido acercarme a conocer las experiencias de un grupo de mujeres que acudieron a parir a un hospital público de Tarragona, para, a través de esta investigación, aportar posibles elementos de mejora a la atención, durante el embarazo, parto y puerperio.

## 1.2 Introducción a la investigación

El nacimiento de un hijo/a es una experiencia única, vívida y percibida de forma diferente por cada mujer, ante la que se generan una serie de expectativas y necesidades que deben quedar cubiertas. Es un proceso fisiológico de alto contenido emocional que, mayoritariamente, en nuestro ambiente, se vive en el entorno hospitalario donde la mujer puede recibir una atención más o menos medicalizada (1), al que en ocasiones, la mujer se enfrenta vulnerable y asustada y cuyo recuerdo, permanece prácticamente indeleble en su memoria hasta el final de sus días (2-5). Para muchas mujeres, el nacimiento de su hijo es su primer ingreso en un centro hospitalario, por lo que muchas de las situaciones a las que se enfrentarán serán nuevas (1). Durante la atención a la mujer en el parto es necesario un trato respetuoso, un acompañamiento adecuado, contar con su participación en la toma de decisiones ante el proceso y el "*primum non nocere*" alocución latina atribuida a Hipócrates y que es traducida por "ante todo no hacer daño", prioridad en la jerarquización de obligaciones éticas (6).

La experiencia que la mujer tiene de su parto, parece estar condicionada fundamentalmente, según lo revisado en estudios recientes, tanto por la calidad y organización de los cuidados recibidos, el acompañamiento profesional y el trato percibido (7-10), como por el grado de cumplimiento de las expectativas previas. Los aspectos relacionados con el dolor y gestión del mismo, la presencia de complicaciones y la sensación o sentimiento de control que la mujer tiene durante el proceso (5,8, 10-13), son también cruciales y contribuyen de forma significativa en la valoración de la satisfacción materna tras el nacimiento (14-18).

El conocimiento de las diferentes experiencias expresadas por las mujeres en diversos ámbitos, ha derivado en un reconocimiento de los variados estados afectivos y condiciones que les acompañan en este complejo proceso reproductivo. Sin embargo, y a pesar de que, como comentaremos detalladamente más adelante en el marco teórico de esta investigación, se han realizado en estos últimos años cambios sustanciales en la atención materno-infantil en nuestro país, se siguen encontrando carencias en cuanto al soporte psicológico que desde las instituciones se les da a las mujeres (2,19).

A las gestantes y sus parejas del entorno asistencial en el que se desarrolla esta investigación, se les ofrece una charla informativa en el hospital, impartida por una matrona, con el objetivo de familiarizarse con el entorno del paritorio, además tienen también la posibilidad de acudir a un programa de educación prenatal grupal, de varias sesiones y periodicidad semanal a partir de la semana 28 de gestación, en el entorno de la Atención Primaria de referencia dentro del Programa de atención a la Salud Sexual i Reproductiva (PASSIR).

La asistencia a los programas citados es muy variable, al parecer, según una reciente revisión Cochrane (20), acudirían más las primíparas y las que tienen un nivel de estudios superior, revisión que concluye con el hecho de que faltan estudios que demuestren los beneficios de la educación para el parto y la idoneidad de los actuales enfoques educativos.

Aun así, la preparación maternal durante la gestación, la información dada durante el parto, la participación de la mujer en la toma de decisiones clínicas y un entorno amable han de fomentarse ya que ayudan a la mujer a tener sensación de control, siendo la matrona el profesional mejor valorado, en este sentido, por las mujeres (21).

El parto puede alterar el equilibrio emocional de algunas mujeres y como consecuencia de ello provocarles malestar psicossomático, miedo, ansiedad, descontrol y/o dolor excesivo (7,22,23); situaciones relacionadas con una mayor dificultad en el parto, dilataciones tortuosas, partos más prolongados, incremento en el número de cesáreas (24) y recién nacidos pre término y/o con bajo peso (25-27), todo ello asociado a una experiencia menos positiva del momento y a un bajo nivel de satisfacción (17,28-30). No están claros los motivos por los que se producirían estos efectos no deseables, pero algunos autores establecen que podrían existir relaciones entre un cuidado prenatal inadecuado a estas condiciones psicológicas y resultados obstétricos desfavorables. Es importante, por tanto, ante esta situación, conocer y utilizar cuestionarios validados, sobre determinadas variables psicológicas y sociales que como factores predictores puedan explicar tanto la aparición del malestar psicossomático durante la labor de parto, como sobre las diferentes estrategias utilizadas para su afrontamiento (31,32).

La OMS (33), en 1985 y en el marco de la Declaración de Fortaleza, en Brasil marcó lo que sería el inicio de una profunda transformación en la atención al parto en todo el mundo. En ella se advertía de que algunas de las intervenciones que se estaban realizando de forma rutinaria en los hospitales eran perjudiciales, ineficaces o inadecuadas y en estos términos se establecieron las bases de lo que debía ser la atención al parto, marcada hasta ese momento, en prácticamente todo el mundo, por un escenario de intervencionismo y medicalización excesiva (4,19). En nuestro entorno asistencial, la implantación de nuevos protocolos y guías clínicas de atención al parto, tras las recomendaciones de Fortaleza, fue progresiva, tal como se expone en el capítulo I de esta investigación (34-37).

Pasados unos años, de la implantación de los nuevos protocolos, surge la necesidad institucional e individual de evaluar y valorar la calidad de la atención prestada ante el nuevo modelo, así como la necesidad de conocer el grado de aceptación de las mujeres y sus familias (38,39).



Estos cambios en la asistencia, se han articulado en un escenario de preocupación social creciente, expresada por grupos y asociaciones de mujeres organizadas y profesionales, en torno a la defensa de la maternidad consciente, como “El parto es nuestro”<sup>1</sup> o “Vía Láctea”<sup>2</sup>, que piden una asistencia más acorde a las recomendaciones de la OMS y que promueven, actualmente, una asistencia al parto con aún menos intervención a través de foros en internet y publicaciones, a la vez que demandan más cambios en la asistencia centrados en el respeto a la fisiología del parto y a un mayor protagonismo de la mujer y su pareja durante todo el proceso (19,34,40-42).

No obstante, una reciente investigación llevada a cabo con metodología cualitativa en Cataluña y que tenía por objetivo conocer la opinión de las mujeres en relación a la tecnología sanitaria aplicada al seguimiento del embarazo y asistencia al parto, constató que la tecnología sanitaria habitualmente utilizada (ecografía prenatal, anestesia obstétrica y monitorización fetal durante la asistencia al parto) era bien aceptada y valorada de forma positiva por la mayoría de las mujeres del estudio, en la medida que les proporcionaba seguridad y tranquilidad, existiendo una minoría para quienes el embarazo y parto supusieron vivencias que prefirieron afrontar de la forma más natural posible, con un mínimo de intervenciones (4).

Es importante, por tanto y ante lo expuesto, una reflexión sobre la mejor forma de organizar, gestionar y, por tanto, concebir estructural y funcionalmente la atención hospitalaria al parto. Para ello, las unidades de maternidad de los hospitales, requieren de estudios que analicen las experiencias de las mujeres con el fin de adaptar o crear nuevas formas de cuidar a la mujer y su familia, basadas en la conservación, y promoción de la salud física, psíquica y emocional de la mujer y del RN.

Tras la puesta en marcha de los nuevos protocolos en algunas maternidades de nuestro país, un porcentaje elevado de gestantes parece no ver cumplidas sus expectativas previas al parto, afectando este aspecto a la satisfacción global del proceso (43,44). Son muchos los interrogantes ante esta situación: ¿Conocemos los aspectos que parecen condicionar su satisfacción? ¿Se sienten las mujeres bien informadas y asistidas? ¿Son sus expectativas adecuadas al entorno? ¿Tienen acceso a programas de educación maternal? ¿Tienen estas sesiones un enfoque educativo prenatal adecuado? ¿Se sienten acompañadas en el proceso? y/o ¿Tienen alternativas de alivio ante el dolor?

---

<sup>1</sup> Asociación “El parto es nuestro”, <http://www.elpartoesnuestro.es/>

<sup>2</sup> Asociación “Via Lactea”, <http://www.vialactea.org>

INTRODUCCIÓN GENERAL

En este escenario, con la presente investigación se planteó realizar un análisis de las experiencias de un grupo de mujeres tras su parto, con el objetivo de diseñar e implementar una sesión educativa basada en la filosofía del Coaching, elaborada a partir del análisis de dichas experiencias, con la finalidad de mejorar la satisfacción y el cumplimiento de expectativas de las mujeres a través de la aplicación de un nuevo enfoque educativo.

El estudio se planteó como un diseño cuasi-experimental y se materializó en 2 fases bien diferenciadas. En la FASE I, con un diseño metodológico mixto, cuantitativo y cualitativo, se realizó un análisis descriptivo de las experiencias de un grupo de mujeres tras su parto con el objetivo de recoger los aspectos que podían influir en la satisfacción maternal y en el grado de cumplimiento de expectativas tras el parto. Se quiso conocer durante la gestación, el perfil socio demográfico, clínico y asistencial de las mujeres participantes en el estudio, su asistencia a Programas de Educación Maternal y su nivel de ansiedad previo al parto. Tras el parto, se recogió información sobre los resultados obstétricos más relevantes (forma de finalizar parto, tipo de analgesia/anestesia, datos del neonato, etc.), se cuantificó el dolor percibido en el parto y su alivio tras la administración de analgesia, se valoró el nivel de ansiedad posterior al parto y se analizaron los miedos percibidos durante el proceso, para finalizar con la exploración y valoración del nivel de satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto con técnicas cuantitativas y cualitativas.

En esta FASE I, tras el análisis de los resultados, se diseñó una sesión educativa grupal, basada en el Coaching, con un nuevo enfoque, de bajo coste, útil, aplicable y adaptada a nuestro sistema asistencial, con la idea de que su utilización mejorara la vivencia de las mujeres tras el parto. Los temas centrales de esta sesión fueron los aspectos que, una vez analizados, parecían condicionar el nivel de satisfacción y especialmente el grado de cumplimiento de expectativas previas, tras el parto de las mujeres participantes en esta fase.

En la FASE II, se implementó y evaluó la sesión educativa diseñada en la primera fase con un grupo de gestantes diferentes al de la primera, aunque de características similares. La información se recogió de forma idéntica a la fase anterior, en cuanto a las metodologías y técnicas utilizadas, las variables recogidas y el momento en que se recogía la información. Tras esta, ambos grupos fueron analizados y comparados.

Para dar cuenta de todos los aspectos comentados y debido a la diversidad de los temas tratados, se ha estructurado esta tesis en dos partes. Una parte teórica, dividida en 5 capítulos, descrita a continuación y otra empírica, en la que se exponen la metodología, los resultados, la discusión, conclusiones y líneas de futuro del estudio realizado.

*En el primer capítulo* del marco teórico, nos ha parecido interesante revisar la evolución de la asistencia al parto normal en nuestro país desde el s. XVII hasta nuestros días , lo que nos ha ayudado a entender los últimos cambios ocurridos en la asistencia prestada en las maternidades hospitalarias de nuestro entorno, como ya hemos introducido en esta presentación.

*En un segundo capítulo* exploramos los diferentes estados emocionales que rodean al nacimiento, que en ocasiones, pueden alterar su equilibrio generando en las mujeres estados de ansiedad o miedo, destacando la importancia de su detección a través de la utilización de cuestionarios validados. Su utilización permitiría detectar a las mujeres con un nivel alto de ansiedad y/o miedos y así poder individualizar los cuidados en relación a las diferentes situaciones, necesidades y circunstancias.

*Un tercer capítulo* lo ocupa uno de los aspectos más relevantes del parto para muchas mujeres: el dolor. En los últimos años los avances en este campo han ido encaminados a mejorar el alivio del mismo con una u otra técnica, sin que la mujer pierda el control de su parto. A pesar de todo, diferentes profesionales se plantean que se deben mejorar las escalas de valoración en relación al alivio del dolor, tomando más en cuenta las opiniones de las mujeres (45).

*En un cuarto capítulo* profundizaremos en los conceptos de satisfacción y expectativas ante el parto, puntos clave en la consecución de nuestros objetivos. El grado de satisfacción de las mujeres ante el parto es determinado por la valoración personal ante la experiencia y parece estar modulado por las expectativas previas que cada mujer tenía ante el proceso. Es por tanto fundamental incorporar la visión de las mujeres en la valoración global de la atención prestada ya que nos ayudara a identificar los aspectos susceptibles de mejora percibidos como poco adecuados o insatisfactorios.

Para acabar con el *quinto y último capítulo* en el que profundizaremos en los programas de educación maternal de nuestro entorno y en el conocimiento de nuevos enfoques educativos centrados en la percepción holística del ser humano, en su esfera biopsicosocial: el *Coaching* y *Counseling*.

## 2 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL DE REFERENCIA

### 2.1 Contexto histórico e institucional de la atención hospitalaria al parto

En este primer capítulo nos ha parecido pertinente revisar la evolución temporal, de la asistencia al parto en nuestro país. Fue a partir del s. XVII cuando la asistencia al parto, hasta ese momento en manos de mujeres (parteras), empezó a ser objeto de interés para otros profesionales, cirujanos, y médicos. A partir de ese momento, de forma paulatina, se regularizó política y académicamente el acceso al oficio de matrona, en un proceso de hegemonización del sistema médico, aspecto investigado, desde la perspectiva de género, por autoras como Ortiz (46,47) y/o Montes-Muñoz (40,48,49), entre otras, en las últimas dos décadas.

Dichos cambios derivaron también, en que los partos pasaran del hogar a la institución hospitalaria, lugar en el que la asistencia estuvo marcada por un alto grado de intervención durante décadas. Los aspectos que comentaremos en este capítulo nos pueden ayudar a entender los últimos cambios ocurridos en la asistencia prestada en las maternidades hospitalarias de nuestro entorno, como ya hemos introducido en esta presentación, centrados en la demanda de una asistencia más respetuosa con el proceso fisiológico del parto normal de bajo riesgo, acorde con la asistencia promovida siglos atrás por las matronas de la época.

La forma en que discurre todo lo concerniente a la reproducción humana sobrepasa la esfera propiamente biológica, adoptando un aire multidimensional en el que influyen creencias personales, corrientes ideológicas, circunstancias políticas y económicas, etc.; en palabras de Blázquez (50):

*“...es una actividad social que está determinada por diferentes condiciones políticas, materiales y socioculturales que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significación a todos sus elementos como el embarazo, parto y postparto...”*

#### 2.1.1 El oficio de “partear”

Hasta entrado el siglo XVII la asistencia al parto estuvo exclusivamente en manos de matronas, mujeres expertas que atendían partos normales y que recurrían al cirujano ante la aparición de dificultades, como podía ser la extracción de feto vivo mediante cesárea postmortem (51) o la extracción de un feto muerto mediante embriotomía (52). Aun así, si no daba tiempo, o no contaban con la presencia del cirujano, eran situaciones que debían resolver por sí solas (53).

Las matronas de esa época se formaban gracias a un sistema de transmisión de conocimientos, no regulado, entre mujeres que conocían y practicaban el oficio y ofrecían a otras tutelaje. Según

Ortiz (46), la forma y contenido de esta formación es prácticamente desconocida y los escasos testimonios hallados sugieren que la formación era de carácter empírico y consistía en que la aprendiz, durante un tiempo, acompañaba, observaba, y ayudaba a su maestra, en el desempeño del oficio. Un tiempo más tarde, cuando esa mujer ya instruida, ejercía de forma autónoma el oficio de partear, transmitía a sus discípulas sus conocimientos.

Con el tiempo (s. XVII - XVIII), los cirujanos de la época se iban mostrando cada vez más interesados en el campo de la obstetricia, actividad sanitaria que les había sido ajena hasta entonces y por la que empezaron a despertar un profundo interés (47), atendían partos complicados y una de sus funciones era el empleo de instrumentos cuyo uso estaba prohibido a las comadronas y que eran de su exclusiva competencia. La aparición del fórceps, en el siglo XVII, fue lo que según los diferentes autores, marcó el establecimiento de la autoridad de los cirujanos sobre las comadronas (53,54). Este interés por la obstetricia no lo compartían los médicos de la época, que consideraban que la cirugía no era digna del médico (55), e incluso que consideraban, en palabras de Valle Racero (56), que *“era una bajeza atender y tocar a una mujer, además de algo impropio del buen físico”*, aspecto que contrasta con el hecho de que un creciente y continuado reconocimiento social de los cirujanos, junto a una progresiva formación, les permitió, siglos más tarde formar parte de la medicina (47).

Las autoras consultadas (40,46,47) apuntan que en este proceso de cambios, la matrona fue subestimada, limitándole o prohibiéndole actividades que hasta ese momento había realizado, aspecto refrendado por autores como Towler (53) que relata que *“que era una profesional no licenciada en medicina y otras artes útiles”*, o como Rodríguez (57) que añade que no habían sabido *“elear su oficio a una profesión más científica”* con lo que se justificaba la necesidad de la presencia del cirujanos.

Aun así, no se pudo prescindir de las matronas ya que la actividad de los cirujanos y médicos se centró en las ciudades y una gran parte de la población, entre el 80-85%, seguía viviendo en zonas rurales donde la ayuda de la matrona o de otras mujeres siguió siendo un recurso indispensable (40).

En este escenario, uno de los primeros cambios profesionales, fue que la actividad de las matronas, hasta entonces regulada por ellas mismas, pasó a partir de la 2ª mitad del s. XVIII a ser regulada por las autoridades médicas a través del Tribunal del Protomedicato, máxima autoridad sanitaria en el territorio de Castilla, con jurisdicción sobre médicos, cirujanos, boticarios y barberos. A partir de ese momento, esta institución asumió la facultad de examinar a las parteras, en un escenario que argumentó estar preocupado por lo que ellos consideraban, una mala preparación de quienes se dedicaban a partear, mayoritariamente mujeres. A partir de ese

momento, las matronas tuvieron que pasar dicho examen si querían ejercer el oficio. Simultáneamente a lo descrito se crearon alternativas de formación para las mujeres que querían acceder al oficio y en consecuencia debían pasar el examen impuesto por el Protomedicato. Esta formación se ofrecía a través de textos o manuales escritos en su mayoría por médicos y cirujanos y/o por sesiones magistrales y prácticas, en escuelas de matronas y en colegios de cirugía. No obstante ninguna de las tres opciones consiguió el objetivo de formar uniformemente a las matronas, con asistencia escasa de las mismas a los diferentes programas de formación propuestos y dirigidos por médicos y cirujanos y solo disponibles en Barcelona, Madrid y Cádiz, (46). Ante esta situación, según Ortiz (47), no faltaron matronas que pleitearon con el Protomedicato en defensa de un saber y una práctica que les habían pertenecido durante siglos.

Finalmente en 1861, un nuevo reglamento conocido como la Ley de Moyano, reguló de nuevo la formación de las parteras, sin alterar sus competencias en la asistencia a los partos normales, y estableció importantes novedades educativas. Acaba esta ley con la enseñanza teórica de las matronas en las facultades, que desde entonces y hasta principios de siglo, se limitaron a realizar los exámenes de habilitación y a la expedición de títulos. La competencia de la enseñanza teórico-práctica se trasladó a los hospitales y a las casas de maternidad, para que sus médicos, que ya no tenían que ser profesores universitarios, se encargaran de ella; las matronas siguieron entonces ayudando y asistiendo el parto de muchas mujeres en sus casas (46,47).

### 2.1.2 Evolución de la asistencia al parto en el S. XX en España

El s. XX, tal como Montes-Muñoz (40), relata en su investigación, nos proporciona el enlace explicativo entre el pasado y el futuro, así pues, desde los inicios del siglo XX ya están reafirmadas las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y el nacimiento, aspecto firmemente criticado:

*“a mujeres y matronas se les ha usurpado un terreno de saberes y prácticas que ahora queda bajo el control de definición de la medicina y que les sitúa en condiciones de desigualdad, dependencia y supeditación a esta”*

Los profundos cambios sociales y económicos, ocurridos en este siglo, modificaron la manera de asistir al nacimiento; lo que provocó que a partir de los años 70, se trasladasen definitivamente los partos al hospital, bajo control médico, abandonando así la práctica domiciliaria asistida por matronas. (58)

Pero los cambios en este sentido fueron incorporándose lentamente. Hasta la década de los años 30, la asistencia obstétrica siguió siendo fundamentalmente domiciliaria, estando en manos de las matronas, quienes asistían a partos de un modo poco intervencionista, teniendo la obligación de llamar al médico si la dificultad del caso lo requería. La asistencia en el ámbito hospitalario,

fue escasa, dirigida más bien a dar respuesta en situaciones de pobreza extrema que a alteraciones en los partos.

Finalizada la segunda guerra mundial, en un escenario de franca mejoría económica en España se instauró el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que daba asistencia tocológica, entre otras, a esposas de funcionarios, a mujeres provenientes de la beneficencia y a embarazadas con complicaciones médicas diversas o partos difíciles. Aún así, la mayoría de los partos normales eran asistidos en domicilios por las matronas, interviniendo el médico solamente cuando se precisaba hacer alguna intervención, aunque ésta se limitara a unos puntos de sutura; por otro lado, las mujeres que acudían a las residencias maternas, eran también asistidas por las matronas, pero aquí, eran supervisadas por el tocólogo, lo que dio lugar a un cambio de modelo asistencial, que prácticamente ha perdurado en el tiempo (59).

Hay que añadir, que estos centros fueron lugar de aprendizaje y prácticas para los estudiantes (60), y el parto, fue definiéndose progresivamente como un proceso difícil y arriesgado que precisaba de expertos; el tener una actitud médica activa se presentaba como positiva frente a una conducta expectante atribuida a la ignorancia de la fisiología del parto (4). Los discursos médicos se centraron entonces en dos aspectos: la reducción del dolor y el acortamiento del tiempo de parto. Este nuevo modelo de atención médica, conllevó cambios en el tipo de asistencia que se les daba a las mujeres: con tactos vaginales frecuentes, inmovilidad y la experimentación en la administración de fármacos. Montes-Muñoz (48), refiriéndose a esa época y en relación a la asistencia a los partos apunta:

*“Frente a la normalidad de la mayoría de los partos que informan los relatos de las matronas, en las definiciones médicas los partos aparecen como problemáticos o alterados en su duración, además, por la presencia del dolor, justificando así sus intervenciones sistemáticas, aunque lo anterior suponga un riesgo para las mujeres y sus criaturas”*

En los años 1960-70, con la construcción de grandes hospitales de la Seguridad Social, la asistencia al parto fue definitivamente trasladada a estos centros y quedó bajo control médico. Las últimas décadas del s. XX se caracterizaron por una disminución de la morbi-mortalidad materna y fetal, en un escenario de mejoras higiénicas y sanitarias en la población, donde las mujeres con independencia de su estamento socioeconómico tenían acceso a programas de control de embarazo y a una asistencia al parto en hospitales con un alto grado de tecnología e intervención especializada. Asistencia centrada, en prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto; conductas médicas proactivas, que generalizaron el miedo en la población, provocando inseguridad, lo que derivó en que la mujer sintiera desconfianza respecto a su capacidad biológica de parir (48).

A partir de ese momento, procesos fisiológicos en mujeres sanas, fueron medicalizados. En este escenario, desde la mirada médica, los protocolos institucionales para el control de la gestación y atención al parto (35,36,61), centraron fundamentalmente su atención en la prevención de posibles riesgos, condicionando los cuidados y controles a todas las gestantes, con independencia de que dicho riesgo existiera o no (22), lo que provocó preocupaciones y miedos en algunas mujeres (40,62,63).

Por todo ello, desde algunos sectores se alertó del peligro de que al centrar el interés en una indiscriminada medicalización del parto, se obviaban los sentimientos y/o necesidades de las mujeres y la satisfacción que pudieran sentir tras el parto (4,64). En algunos casos, esta situación podía derivar en que un momento tan importante como el nacimiento de un hijo, pudiera ser vivido por la mujer como un suceso estresante, cargado de sentimientos de ansiedad o miedo ante lo desconocido, en muchas ocasiones, asociado a una peor tolerancia al dolor durante el parto (17,28,65).

Ante esta situación y en el marco de la Declaración de Fortaleza (33), en 1985, se dictaron las principales recomendaciones sobre la tecnología apropiada para la asistencia al parto, aplicable a los servicios perinatales de todo el mundo y basadas en la premisa de que,

*“toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención”*,

resaltando que los factores sociales, emocionales y psicológicos, son fundamentales en la consecución de la prestación de una atención perinatal de calidad (17,19,38).

En este escenario, se presentaron las bases que promoverían el cambio, de un modelo biomédico de atención a la gestación, parto y nacimiento, a un modelo centrado en el respeto al curso normal de todo el proceso y en el derecho de la gestante a recibir una atención adecuada y sensible a sus necesidades y expectativas, acorde con la definición de parto normal, que más de 20 años después, recogería la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (66), afirmando que el parto debía ser,

*“... un proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”*

Se sentaron entonces, las bases de una atención fisiológica al parto donde cualquier intervención debía ser valorada, para ser aplicada, sólo si demostraba beneficio y estaba respaldada por la evidencia científica y por supuesto considerando las necesidades y deseos de cada mujer (9,19). Se trataba de ofrecer una atención adecuada y personalizada por parte de profesionales, que



contemplara la identificación de las necesidades específicas de las mujeres, y fomentara y facilitara la toma de decisiones informadas, mejorando su conocimiento acerca del proceso (19).

Aunque en otros países europeos a partir de 1990, tras estas declaraciones, los cuidados maternos fueron cambiando (67), aquí en nuestro país hasta bien entrada la década de los 90, los servicios de maternidad seguían medicalizando la atención al parto.

Por fortuna en los últimos años, iniciado el s. XXI, en España, ha ido creciendo la sensación de que era necesario mejorar los cuidados a prestar a la mujer gestante no solo desde el punto de vista clínico sino también desde el punto de vista de su salud mental y de su satisfacción ante el proceso (6). En el año 2004, en este escenario de cambios, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, presentó el “Protocol d’assistència al part i al puerperi normal”, donde se trataban entre otros, aspectos psico-afectivos durante el parto, el parto y el puerperio como elementos esenciales de la atención sanitaria (36). Unos años más tarde en el 2007 y en la misma línea, el Ministerio de Sanidad Español publicó el protocolo “Estrategia de Atención al Parto Normal” (68), protocolo que promovió que fuera la mujer la que tuviera la última palabra en el proceso, evitando el parto intervenido sin justificación.

El mismo año en Catalunya y siguiendo las recomendaciones especificadas ya en el “Protocol d’assistència al part i al puerperi i d’atenció al nadó” (2004), el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya redactó y publicó el “Protocol per a l’assistència natural al part Normal” (35), como resultado de las demandas de una parte de la sociedad y de un sector cada vez más creciente de profesionales de la salud, con el objetivo de ofrecer, una atención sanitaria adaptada a una situación que difería sensiblemente de otros procedimientos médicos, ya que estaba dirigida a la población sana, durante un proceso fisiológico importante y trascendente en la vida de las mujeres, sus parejas, bebés y familias.

En dicho protocolo se hizo referencia a las posibles consecuencias de generalizar la intervención al parto:

*“Se ha conseguido efectivamente una notable y meritoria mejora en los resultados maternos y perinatales, pero (...) hay que replantearse (...) la medicalización e intervencionismo excesivos del parto hospitalario; a veces se utilizan procedimientos que no están corroborados por la evidencia científica, y a menudo no se diferencian los métodos de control empleados en los partos de riesgo elevado de los de bajo riesgo”*

Este protocolo supuso un retorno a la normalidad de la definición del parto, y se articuló en base a 4 objetivos: 1) ofrecer una atención al parto respetando el proceso fisiológico, con la mínima intervención obstétrica, 2) favorecer la implicación de los profesionales, dando información y soporte a las mujeres, para ayudarles en la toma de decisiones durante todo el proceso, 3)

facilitar la toma de decisiones de la mujer en todo el proceso del parto, preservando en todo momento su seguridad y la del niño y 4) desarrollar en los centros de la Red de Hospitales de Utilización Pública de Catalunya la asistencia de forma natural al parto normal, garantizando la calidad y equidad de acceso a todo el territorio de Catalunya.

Ya han pasado algunos años de aquellos protocolos publicados en Catalunya y el resto de España, que se promovieron entre los años 2003 y 2007, generalizándose en la actualidad, una atención al parto basada en la filosofía de acompañar, dar seguridad, dialogar, explicar y respetar los deseos de las mujeres, tanto si la mujer pide la analgesia epidural, como si solicita lo contrario, respondiendo con rapidez y eficacia cuando se presenta alguna complicación. Este cambio de paradigma no ha resultado fácil. Muchos son los cambios que los profesionales sanitarios, las instituciones, las mujeres y la sociedad en su conjunto han tenido que afrontar (19,68). Esta transición, que fue realizada años atrás por otros países de nuestro entorno, ha permitido que muchos de los profesionales sanitarios de nuestro país, hayan evolucionado, hacia una actitud de respeto y confianza en la capacidad de la mujer para gestar y parir. Los grandes hospitales de referencia modificaron sus prácticas y adaptaron sus espacios, cada uno de ellos en la medida de sus posibilidades, y desde el parto con tecnología e intervención especializada para todas las mujeres, se dio paso a la atención personalizada y abierta al dialogo del parto “normal”, en aquellos casos (partos de bajo o medio riesgo) en los que no era necesaria intervención alguna.

Por otro lado, la mejora de los niveles de salud de la población y el aumento del nivel socioeconómico y educativo del país, dieron lugar al proceso de cambio de paradigma en la asistencia al parto y al nacimiento, transición hacia un nuevo modelo de atención caracterizado por el respeto a la fisiología del parto, al protagonismo de la mujer y al ejercicio de su autonomía. Todo ello caracterizado también, por una atención sanitaria excelente, responsable, personalizada y basada en la mejor evidencia científica disponible (68,69). Se fueron desterrando prácticas consideradas innecesarias, como el enema y el rasurado del periné, o perjudiciales, como la posición de litotomía dorsal en el expulsivo para todos los casos, la práctica rutinaria de episiotomía, la amniorrexis, la administración innecesaria de oxitocina, o la separación del recién nacido sano de su madre. Estos cambios promovieron, además, la introducción de nuevas prácticas como la ingesta de líquidos, la deambulación, la libre elección de la posición en el expulsivo y el contacto piel con piel, como mínimo, durante la primera hora de vida, aspectos refrendados por las numerosas publicaciones que sobre el tema proliferaron (34,37,68-74).

Volver a “lo natural”, al respeto, a lo que dicta el sentido común y a vivir sin prisas, aunque las de antaño, fueran intervenciones bienintencionadas, que probablemente obedecían a la aplicación

de la ciencia y tecnología, a veces, por supuesto, mal entendida, aspecto fundamental para introducir los cambios hacia los que nos llevaban las nuevas directrices (39,75).

En este escenario de cambios, se posicionan las matronas, que Corchs (41) define, tras su investigación sobre las “*Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona*”, como las profesionales que realizan la valoración de las necesidades emocionales de la mujer, en relación al proceso del parto, en todos los niveles. Profesionales que fueron definidas por la Confederación Internacional de Matronas, en la reunión del 15 Junio de 2011, Durban, Sudáfrica, (76) como:

*“.. un profesional responsable, que rinde cuentas y trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejo durante el embarazo, parto y puerperio normal (...); dirigir los nacimientos es responsabilidad de la matrona...”*

Marsden Wagner, médico y máximo responsable del Área Materno-infantil de la OMS, expuso en una entrevista el motivo por el que cambió su percepción del parto y el nacimiento : “*El no haber visto nunca un parto natural es el problema*”, explicando que tras una formación médica, ortodoxa y científica y recién incorporado a la organización (OMS) conoció a una matrona que le invitó a acompañar un parto en casa; era su primera vez, nunca antes había tenido ante sí a una mujer pariendo plena, poderosa y con fuerza. Y expresó “*sentí miedo de tanto poder, no fui el mismo después, algo había cambiado en mí*” (19), ante una atención llevada a cabo por profesionales bien formados, que observaban expectantes y con respeto, el ritmo fisiológico que permitía la autorregulación del proceso (19):

*“Después de acompañar un parto y un nacimiento fisiológico, todo cambia, se da una «reconversión» y se recupera la confianza en la capacidad de la mujer para parir y de la criatura para nacer. Sin embargo, cuando se desconoce la fisiología del parto y solo se tiene como referente lo patológico, se trata a todas las mujeres como incapaces de parir”*

## 2.2 Ansiedad y miedos de la gestante ante el parto

*“Sólo cuando paramos el torrente de pensamientos que nos bombardea, podemos escuchar esa voz que no surge de la cabeza, sino del corazón”*

*Alonso Puig*

### 2.2.1 La importancia de las emociones

El mundo de las emociones es diverso, complejo y misterioso, todos los seres humanos nos emocionamos ante determinados pensamientos o vivencias, las emociones motivan conductas y generan necesidades y nos ayudan a decidir y priorizar muchas de las decisiones que tenemos que tomar a lo largo de nuestra vida. Bizquera (77), define la emoción como una reacción afectiva producida en el cerebro, caracterizada por generar un estado de excitación y/o perturbación en el organismo que predispone a una respuesta organizada.

Las emociones, en palabras de M. Cabero (78), *“nos activan ante la vida y nos hacen protagonistas”*. Pueden también las emociones, hacernos sentir la persona más afortunada del mundo o la más desgraciada y si sus niveles son demasiado elevados pueden afectar a nuestra salud y en función de su intensidad, a diversos procesos cognitivos: memoria, comprensión, atención y/o concentración.

El embarazo en la mujer precisa de adaptaciones, que en ocasiones pueden alterar su equilibrio emocional generando en ella estados de tensión y ansiedad, lo que Díaz (79) denominó *“angustia al cambio”* y que es definido a su vez por Laplanche (80), como la reacción que un individuo tiene cada vez que se enfrenta a una situación traumática, es decir cuando se encuentra sometido a una afluencia de evitaciones de origen externo o interno que es incapaz de controlar. El desarrollo de capacidades, como la observación, el análisis, la memoria, la imaginación y la creatividad, nos permiten hacer frente con eficiencia a los desafíos que la vida nos presenta. (78,81). Sin embargo, todas esas facultades o capacidades son de muy poca utilidad, si frente a los retos nos llenamos de ansiedad, miedos y angustia, ya que ante esa situación, se provoca un bloqueo emocional que evita la resolución de cualquier problema, por pequeño que sea; en este sentido, Alonso Puig (81) nos alienta a desarrollar aspectos como la resiliencia (capacidad de aguante ante la adversidad ) y la elasticidad (capacidad que posee un metal para volver a su forma original cuando la forma que lo deformó ha desaparecido), como mecanismos de afrontamiento ante situaciones de estrés emocional.

Estos estados emocionales negativos se presentan en las gestantes, en mayor medida, ante la inminencia del parto y se relacionan con las preocupaciones y temores que por su salud y la de

su hijo tienen; miedo al dolor, a las malformaciones congénitas, a la muerte intrauterina y a la suya propia (79). Ante esta situación surge la necesidad de familiarizarnos y profundizar en el conocimiento de los diferentes estados emocionales que se manifiestan en las mujeres durante el proceso de su embarazo y parto con el fin de detectarlos, minimizarlos en lo posible y poder adaptar nuestros cuidados a la situación, ya que sus efectos negativos, pueden condicionar su gestación y parto, así como el comportamiento de sus hijos.

Los últimos avances en Obstetricia han ido encaminados a mejorar los cuidados clínicos durante el curso de un embarazo normal, y en definitiva a mejorar los resultados perinatales, sin olvidar la salud psicológica. Todo esto ha derivado en que actualmente exista un reconocimiento de los diferentes estados afectivos que presentan las mujeres ante el proceso del parto. No obstante, no hay que olvidar que no siempre se enfoca así el proceso asistencial, a pesar de que existe evidencia científica que respalda y/o contraindica las diferentes prácticas realizadas, por lo que a pesar de los esfuerzos realizados, se siguen encontrando carencias, en cuanto al soporte psicológico que, desde algunas instituciones, se les da a las mujeres (2).

En este capítulo, nos centraremos en definir los términos ansiedad y miedo, emociones recurrentes y comentadas por los diferentes autores por su alta prevalencia en el proceso de gestación y parto; mostraremos algunos de los instrumentos de detección y/o cribado y analizaremos aspectos relacionados con el afrontamiento ante estas situaciones.

*"No es la especie más fuerte la que sobrevive, ni la más inteligente, sino la que responde mejor al cambio" Charles Darwin*

### 2.2.2 La ansiedad

La ansiedad es un estado emocional que engloba aspectos cognitivos desagradables, de nerviosismo, tensión, aprehensión, agitación, inquietud, desasosiego o zozobra del ánimo (82,83) que aparece o acompaña a una sensación difusa, experimentada por el individuo de cualquier edad, ante determinadas situaciones externas o internas, tales como pensamientos, ideas y/o imágenes, que son percibidas por él como peligrosas o amenazantes (84). El término es definido por Tobal (84), como:

*"Una respuesta emocional, o patrón de respuestas, (...) caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos"*

La sensación percibida le provoca al individuo incomodidad y tiene que ver con un acontecimiento que puede suceder o está por suceder, que además puede provocar:

*"(...) un estado de inquietud curioso porque empezamos a sufrir en el presente por algo que ni siquiera sabemos con certeza que se va a manifestar en el futuro"(81)*

La respuesta de la ansiedad a nivel fisiológico se caracteriza por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo en el que se producen una serie de cambios que afectan a nuestras hormonas, a nuestros músculos y a nuestras vísceras con descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos, alteraciones hidroelectrolíticas y modificaciones inmunológicas, que cursan clínicamente con alteraciones del ritmo respiratorio y de la frecuencia cardíaca, palidez, sequedad de boca, sudoración, alteraciones músculo-esqueléticas en forma de temblor o parestesias y sensación de debilidad, cuyas manifestaciones motoras suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos que derivan en ocasiones en conductas agresivas (81,83-86).

Estos cambios fisiológicos pueden tener una duración limitada a minutos o, como mucho, horas. Un estado de ánimo, marcado por la ansiedad, es algo mucho más prolongado en el tiempo, ya que puede durar días, meses e incluso años. La importancia de este estado es que tiene por sí solo la capacidad de alterar profundamente la manera en que se comporta nuestro cerebro y nuestro cuerpo, no en vano el cerebro es el responsable de la gestión de la mayor parte de las emociones, y aunque supone sólo el 2 por ciento del peso corporal consume el 25 por ciento del riego sanguíneo (81).

La ansiedad puede ser experimentada por cualquier persona, ya que no se sabe muy bien a qué se debe, al no existir un evento o estímulo específico relacionado, pudiendo aparecer cuando la persona se enfrenta a situaciones estresantes cotidianas, siendo esta una de las características que permite diferenciar la ansiedad del miedo (87). Es este uno de los aspectos más ampliamente estudiado, la diferenciación entre lo que es el miedo, la ansiedad y la angustia; entendiéndose por miedo la emoción surgida ante un peligro de origen externo y concreto; la ansiedad como la experiencia subjetiva que surge ante un peligro de origen interno y no concreto; y la angustia, la manifestación somática de dicha experiencia (86).

Cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias de la vida cotidiana ya que potencia un estado de alerta positivo que actúa como activador y motivador de la acción permitiendo a la persona tomar medidas para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias, nos ofrece la capacidad de huir o afrontar la situación (87). No obstante, si la ansiedad rebasa cierto límite, o se cronifica, aparece una evidente sensación de malestar que desadapta al sujeto en lugar de ajustarlo, provocando en él, una disminución de la capacidad para enfrentarse eficazmente a la situación y un aumento de la sensación de malestar y desorganización de sus procesos cognitivos (memoria, comprensión atención y concentración) (78,88,89).

Lo que ante una situación así marca la diferencia, es la forma en que la persona se enfrenta a la situación considerada amenazante; la ansiedad aparece cuando no se tienen recursos emocionales suficientes para afrontar la situación (89), ya que una persona bloqueada emocionalmente puede quedar anulada intelectualmente, “pudiendo llegar a sufrir un auténtico secuestro emocional” (81).

La importancia clínica de la ansiedad recae sobre la intensidad con la que se presenta y el manejo ejercido por el sujeto sobre ella, logrando o no ajustarse y superar la situación o evento desencadenante (86). Lo que parece claro, es que para enfrentarnos a ella debemos desarrollar competencias emocionales con el objetivo de afrontar las adversidades, reducir las emociones negativas y vivir intensamente las emociones positivas. Prestando especial atención a las emociones negativas que requerirán movilizar los recursos personales y estrategias de afrontamiento para hacer frente al suceso (78).

Todo este proceso cognitivo requiere evitar los pensamientos improductivos, que afectan a la valoración que el cerebro hace de los estímulos y emociones y que se centran en los aspectos más negativos de las situaciones, magnificándolos y olvidando los positivos, centrándose en lo peor que puede ocurrir, aunque las probabilidades de que ocurra lo peor son inciertas y a menudo remotísimas (89,89).

Por citar algunos de estos pensamientos, tendríamos las trampas mentales: patrones en los que “*el cerebro malgasta el tiempo resolviendo mentalmente hechos desgraciados que no han tenido lugar en lugar de preocuparse por el presente*”, la evasión de control: “*creer que no podemos hacer nada para cambiar las cosas y pensar que es el azar el responsable, no nosotros*”, el filtro mental: “*ver solo la parte negativa de una situación*”, la hipergeneralización: “*de un hecho aislado crear una norma general*”, la polarización: “*tendencia a evaluar en términos de todo o nada*”, el razonamiento emocional: “*me siento como un inútil, por tanto soy un inútil*”, catastrofismo: “*tendencia a hacer previsiones catastrofistas del futuro y creérselas*”(77,78,79) y la profecía de auto cumplimiento: “*las expectativas creadas ante una situación influyen y nos predisponen para que las cosas vayan como habíamos pensado que irían*”(78,89).

*“Mes tarde o más temprano ganan los que creían que podían ganar” (Richard Bach)*

Son numerosas las publicaciones que relacionan los episodios de ansiedad en el ámbito sanitario. En el ámbito anestésico-quirúrgico los pacientes<sup>3</sup> que van a ser sometidos a una intervención pueden presentar ansiedad, como un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inminente, provocada por un temor difuso, que se relaciona con episodios de agresividad, pánico y estrés y que pueden derivar en un manejo difícil del dolor postoperatorio, mayor necesidad de analgésicos, prolongación en los días de estancia hospitalaria (83,90) y mayor incidencia de inestabilidad hemodinámica, o requerimiento de mayores dosis de fármacos (86). Parece demostrado que aspectos como el tipo de cirugía, el ambiente hospitalario y la atención profesional proporcionada, estarían íntimamente relacionados con los niveles de ansiedad de los pacientes (91).

### 2.2.3 El miedo

La palabra miedo, del latín “metus” es definida por la Real Academia Española (RAE) (82), como “*la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario*” y en su segunda acepción, como “*recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que se desea*”;

Moliner (92) , en su Diccionario de uso del español, lo define de forma más detallada:

*"un sujeto experimenta miedo cuando la presencia de un peligro le provoca un sentimiento desagradable, aversivo, inquieto, con activación del sistema nervioso autónomo, sensibilidad molesta en el sistema digestivo, respiratorio o cardiovascular, sentimiento de falta de control y puesta en práctica de alguno de los programas de afrontamiento: huida, lucha, inmovilidad y/o sumisión"*

El miedo es un sentimiento que forma parte del sistema defensivo de la naturaleza, un balance constante de la situación. La percepción del peligro se vive como miedo, aunque muchos de estos miedos tienen difícil explicación por no saber muy bien de donde proceden, es la ansiedad provocada por la anticipación de un peligro (92,93). Baraza (94) afirma que al decir esto, se está diciendo algo verdadero que acaba siendo falso por su simpleza, ya que la peligrosidad va a depender de la propia evaluación que realiza el sujeto; el miedo y la ansiedad pueden ser condicionados; así, tenemos miedo a aquello que objetivamente nos hace daño, o a todo aquello que se hubiera asociado a lo que nos dañó.

---

<sup>3</sup> La denominación paciente, engloba a todos los hombres y mujeres que acuden por un problema de salud al sistema sanitario.



Las alteraciones fisiológicas del organismo ante la ansiedad y el miedo son similares. En cambio las respuestas pueden variar. Ante el miedo y tras la súbita producción de adrenalina el cerebro activará una movilización psicológica intensa en busca de una solución: afrontar o huir, si es posible. Sin embargo, en la ansiedad, la respuesta no es ni tan inmediata, ni tan intensa, ante dicha situación aparecen un conjunto de sensaciones difusas que afectan el estado de ánimo y generan un sentimiento de incomodidad continuo y permanente, que ni llega pronto, ni se va rápido (95).

Ante la sensación de que algo nos puede dañar reaccionamos; Los temores más recurrentes en la literatura consultada son el temor a la muerte, a la enfermedad, a la pérdida de un ser querido, al dolor físico, a la ruina y a todos aquellos sentimientos obvios que no necesitan explicación (93,94). Los miedos, explica Baraza (94), se aprenden por condicionamiento, por experiencia directa, por imitación, y por transmisión de información.

Es conocido que el miedo al dentista es un fenómeno común que acapara la atención de muchos investigadores, por lo que proliferan las investigaciones que centran sus esfuerzos en proporcionar información para aliviar la ansiedad o miedo de los pacientes (96-99). Esto conlleva por un lado, el desarrollo y validación de escalas específicas relacionadas con la odontología (100) y por otro, la puesta en marcha de multitud de acciones de marketing que incluyen, entre otras, sedación farmacológica, técnicas de relajación, entorno ambiental agradable, trato personalizado, etc. Con la finalidad de captar pacientes que acudan sin temor a su cita con el dentista (96,97) .

Otra de los ámbitos en los que se identifica el miedo es en el anestésico-quirúrgico, concretamente en pacientes que van a ser sometidos a una intervención; hablamos del miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir, a la anestesia, principalmente la anestesia general, que se identifica muchas veces con la pérdida del autocontrol por parte de la persona e incluso con la muerte (86).

Hay pocas experiencias en la utilización de escalas y/o cuestionarios para la determinación del miedo en el ámbito sanitario, pero a pesar de las diferentes propuestas surgidas, sigue siendo difícil de identificar y cuantificar el grado o nivel de miedo (94).

#### 2.2.4 La ansiedad durante la gestación, parto y puerperio

En los últimos años, en el área de atención a la maternidad, han crecido considerablemente los estudios publicados en relación al efecto que determinados estados emocionales de las mujeres embarazadas pueden tener sobre la evolución del embarazo y el desarrollo del feto (101,102). Este hecho creemos que constata definitivamente el interés y la sensibilidad que los

profesionales, relacionados con la atención materno-infantil, tienen en relación a los aspectos emocionales que rodean al nacimiento, considerados fundamentales, para prestar una atención integral de calidad.

Son ya muchos los autores, que liderados por Dick Read <sup>4</sup>, refieren que el parto puede ser vivido por algunas mujeres como un suceso estresante, con episodios de ansiedad y/o miedo ante la situación que puede conducir, entre otros, a un incremento de la dificultad para la labor del parto (23), provocando además, que la mujer tenga una vivencia poco satisfactoria del momento (17,28,30,65).

Además, al parecer, este malestar psicossomático en el embarazo, podría estar relacionado con un mayor número de complicaciones y quejas somáticas: más náuseas, vómitos, días de baja laboral (103) y más visitas médicas (104,105). En el parto, se relacionaría con un incremento de la dificultad para la labor del parto (23), con alteraciones de la contractibilidad uterina y de la dilatación cervical, aspectos relacionados con el 8-22% de los nacimientos por cesárea (32,104,106,107), apareciendo el nivel de ansiedad, en algunas publicaciones como predictor de resultados obstétricos adversos, incluyendo bajo peso y prematuridad entre otros (25-27).

Los estados emocionales maternos, marcados por un nivel de ansiedad alto, podrían tener también consecuencias en el neonato, ya que se relacionarían con problemas funcionales del sistema nervioso central y alteraciones en la conducta y en el desarrollo psicomotor de los niños (98,99,108,109). Aspectos que se relacionan con el hecho de que en esos estados se ha podido observar un mayor consumo de alcohol y/o tabaco (110,111) y una peor alimentación durante la gestación (112). Además, un nivel de ansiedad alto durante el embarazo puede comportar un mayor riesgo de trastornos depresivos durante el puerperio (113,114).

Niveles de ansiedad elevados, también se han detectado significativamente en las gestantes que habían sido catalogados de alto riesgo por diversos motivos: antecedentes de parto prematuro, diabetes, hipertensión, presentaciones podálicas y/o anomalías fetales (115) Y situaciones como la finalización del embarazo y la hospitalización, también se relacionaron con un incremento del nivel de ansiedad (116-118).

---

<sup>4</sup> (154) Dick Read (1959) fue el primero en establecer la relación entre la alteración de determinados factores psíquicos en la mujer en el parto (estrés, ansiedad elevada y miedo) y la dificultad con el proceso, al generarse como consecuencia el círculo miedo-tensión-dolor. Fue además pionero en la utilización de estrategias de afrontamiento en el parto, desarrollando la preparación psicoprofiláctica del parto mediante sesiones de información, sugestión y relajación.

De hecho la ansiedad durante la hospitalización, independientemente del motivo que genere el ingreso, y concretamente la ansiedad de los pacientes ante un procedimiento quirúrgico, con independencia del tipo de intervención, desencadena en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés y es un hecho prácticamente constante cuya incidencia varía según diferentes estudios entre un 10% y un 80%, dependiendo de los métodos de evaluación utilizados (86,119).

Es por todo ello que desde hace años se han ido desarrollando investigaciones sobre determinadas variables psicológicas y sociales que como factores predictores puedan explicar tanto la aparición del malestar psicósomático durante la labor de parto, como sobre las diferentes estrategias utilizadas para su afrontamiento (31,106).

### 2.2.5 Los miedos del parto

El miedo al parto, según Schmid (120), existe y

*“...en parte nace de la incógnita, en parte de las experiencias e historias negativas, en parte de condicionamientos sociales. Incluye el miedo a perder el control de uno mismo, el miedo a las propias emociones, el miedo a descubrirse, el miedo a la inadecuación y debilidad, el miedo a morir y perderse...”*

Los diferentes estudios consultados, lo encuentran presente en un 6% y un 26% de las mujeres gestantes y es frecuentemente relacionado con el dolor de parto (24,65,121-123). Ante este miedo se actúa de formas diversas: se puede reprimir y entonces se transforma en ansiedad, o se puede afrontar identificándolo y entonces es cuando desaparece (120), evitando que su presencia derive en una peor tolerancia al dolor (29); una mala experiencia, en relación al dolor en el parto, puede predisponer a desordenes psicósomáticos que se prolonguen durante los años posteriores al mismo (65).

La forma en que se supera el miedo puede variar en función de su origen, pero lo que parece demostrado es que a medida que el entorno del parto se ha vuelto extraño (lleno de procedimientos y reglas no escritas), y el proceso del parto se ha vuelto desconocido, la ansiedad, fruto de un miedo sin acción, que permanece como sensación difusa, ha ido aumentando.

Schmid (124), reflexiona en su obra, sobre el origen de los miedos que sufren las mujeres ante el parto, clasificándolos en filogenéticos y ontogénicos. Los miedos filogenéticos los define como miedos relacionados con la incógnita, con el inconsciente, como el miedo a la muerte, al abandono, a la nada, comunes a mujeres de todas las culturas; los miedos ontogénicos son aquellos que expresados por las mujeres de una forma, esconden necesidades que no pueden ser expresadas. Por poner ejemplos, la autora refiere que detrás *“del miedo a las malformaciones del*

*feto y a las patologías*” puede esconderse el miedo a la realidad del bebe, a la dependencia, a la relación, y/o el miedo a ser castigada por su propia negatividad; detrás del *“miedo a no ser buena a no sentirse adecuada”* se podría esconder el miedo a ser mujer, a su sexualidad, al cuerpo, a sus emociones; detrás del *“miedo a lo que me harán y del dolor”* puede encontrarse una necesidad de respeto, la exigencia de conocer los procedimientos del hospital y el éxito de sus partos, la necesidad de intimidad, de una asistencia continua, de una persona conocida como punto de referencia; como consecuencia la identificación detallada de los miedos de cada mujer se vislumbra, como el primer paso para su superación.

Odent (125), en la misma línea, estableció la relación entre ambiente externo y nivel de estrés (miedo), considerando que un ambiente externo estimulante aumenta el estrés y el dolor, mientras que un ambiente íntimo produce lo contrario; recomendando para conseguir esto último el canto prenatal, preservar la intimidad, acceso a baños calientes y ambiente acogedor.

Por todo ello, a pesar de que se constata el interés en el tema, en base a la gran cantidad de artículos relacionados con el tema publicados, es necesario desarrollar más investigaciones, con el fin, de obtener cuestionarios validados sobre determinadas variables psicológicas, que como factores predictores, puedan explicar, entre otros, la aparición del malestar emocional y psicósomático durante la labor de parto, así como, las diferentes estrategias utilizadas para su afrontamiento (24, 31,126).

Descartes (127), en su tratado de las pasiones escribió:

*“...y como la principal causa del miedo es la sorpresa, no hay nada mejor para librarse de él que utilizar la premeditación y prepararse para todos los acontecimientos cuyo temor pueda causarlo...”*

#### 2.2.6 Escalas de valoración de la ansiedad y miedos

En la literatura científica encontramos diferentes estudios descriptivos que demuestran la importancia de las medidas cuantitativas de la ansiedad del paciente. Para intentar valorar el grado de ansiedad se han utilizado diferentes métodos, no siendo ninguno definitivo. Entre estos métodos podemos destacar la medición de variables fisiológicas (como la frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, flujo sanguíneo de la piel, ventilación alveolar, resistencia eléctrica de la piel, diámetro pupilar y movimientos oculares), la determinación de valores normales (catecolaminas, hormona anti diurética) y pruebas de autoevaluación (como la Escala Analógica Verbal (EAV), la EVA, el STAI y otros cuestionarios psicológicos, como el

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) y el Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)) (86).

De los muchos intentos por determinar el miedo en el ámbito sanitario, Baraza (94), en su tesis doctoral, valida una escala en la que se recoge una lista de los miedos más frecuentes que el paciente puede sentir antes de entrar a quirófano. En su obra expone, algunas de las diferentes propuestas que otros autores han utilizado para identificar y cuantificar el grado o nivel del miedo, en los distintos escenarios en los que el paciente puede situarse en un hospital, centrándose principalmente en uno de los ambientes que más ansiedad y miedo provocan en el paciente: el relacionado con el proceso quirúrgico y todo lo que el proceso conlleva implícito (100,128,129).

Tras la revisión de las diferentes investigaciones se constata que no existe un cribado sistemático de la ansiedad y/o miedos de las gestantes en nuestro entorno ni existe un cuestionario específico del tema validado en nuestra población, aunque sí se han encontrado escalas específicas sobre miedos y ansiedad en el embarazo y parto, en lengua inglesa; en el año 2003 Green et al desarrollaron la escala Cambridge Worry Scale (CWS), que mide las preocupaciones de las mujeres ante el parto, desde una perspectiva global, indagando en los aspectos que preocupan a las gestantes durante su embarazo y que pueden afectar a su bienestar psicológico; en esta línea también podemos destacar la escala Oxford Worries About Labour Scale (OWLS)(2), la Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) que mide el miedo pre y post parto (130) y la Delivery Fear Scale que mide el miedo durante el parto (DFS)(131), entre otras.

Por otro lado, las escalas comentadas al inicio de este apartado están validadas para población general, como la EAV, que supone la gradación entre varias categorías verbales previamente calibradas, siendo la más común la de tipo Likert (132); la EVA (133) y/o el STAI (134), ampliamente utilizado en estudios nacionales y extranjeros en el ámbito obstétrico (24,99,102,135,136) entre otras.

El STAI es considerado el patrón de oro de este tipo de mediciones, fue elaborado por Spielberger y colaboradores en 1964 (134). El STAI comprende 2 escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como son la ansiedad como estado (AE) y la ansiedad como rasgo (AR). La AE está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La AE no persiste una vez que finaliza el motivo que lo acciona. La AR es un patrón de ansiedad que identifica un rasgo de personalidad (85) Las puntuaciones AE y AR pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Valores

altos de STAI-AE indicarían un grado elevado de ansiedad situacional, mientras que valores elevados de STAI-AR se corresponderían con una personalidad ansiosa. El STAI-AE se muestra por tanto, adecuado y ha sido ampliamente utilizado en diferentes investigaciones para medir la ansiedad en mujeres durante su gestación, parto y puerperio y su posible relación con morbilidad materna y/o fetal o formas de finalizar el parto entre otros (99,101,102,135-137).

La EVA (133), permite a la mujer registrar su opinión sobre el nivel de ansiedad o nerviosismo que presenta previo al parto, marcando un punto en una línea de 10 cm, que va de 0 a 10, estando los dos extremos de la misma etiquetados para reflejar los estados de ausencia y/o extrema ansiedad. Es intuitiva y fácil de usar por la población general.

## 2.3 El dolor del parto

La palabra dolor, que proviene del latín (*dolor, -oris*), es definida por la RAE (82), como una “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior” y en su segunda acepción como “sentimiento de pena y congoja”. En el ámbito clínico, es definido por la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) (138), como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”, siendo ésta una de las definiciones, más ampliamente aceptada (139).

En lo que coinciden las definiciones, anteriormente descritas, es que nos encontramos ante un fenómeno complejo que integra las esferas física y psicológica; según Melzack (140), el motivo de esta integración podría ser el hecho de que el influjo nociceptivo activa sistemas de control central relacionados estrechamente con factores emocionales, cognitivos y motivacionales que contribuyen a facilitar o inhibir dicho influjo. En la percepción que uno tiene del dolor también influyen factores sociales y culturales, por lo que es necesario, ante su aparición, un abordaje multidisciplinar y multidimensional (141).

Sin embargo el dolor de parto es un dolor complejo, agudo, severo, subjetivo, no constitutivo de enfermedad, con consecuencias habitualmente positivas para la mujer y que ha sido y es interpretado y tratado de forma desigual en las diferentes épocas, sociedades y culturas.

Actualmente, mientras que para algunas mujeres representa “una amarga y dulce experiencia paradójica” (28), para otras es considerada la experiencia más dolorosa de toda su vida (142), aunque todas ellas coinciden en la consideración de que el parto es un proceso fisiológico muy doloroso, que a menudo supera lo esperado (143); existiendo al parecer de forma frecuente un desajuste entre las expectativas respecto al dolor de parto y las experiencias reales (144). En este sentido también en el ámbito de la atención profesional al parto, conviven posturas contrapuestas. Mientras que organizaciones prestigiosas como la OMS dicen que hay que evitar el uso de la medicación durante el parto, recomendando el uso de métodos no farmacológicos, son muchos los profesionales que se declaran a favor de la analgesia farmacológica del parto, concretamente a favor de la analgesia epidural, considerando además que su cuestionamiento es inaceptable:

“...aún hoy, nos encontramos en médicos, enfermeras, matronas y en la sociedad en general, errores y prejuicios acerca de la naturaleza y del tratamiento del dolor del parto....” (145)

Lo que apuntan en este sentido autores como Paya (146), es que como ocurre en la mayoría de disyuntivas entre dos opciones extremas, ninguna de las dos será la adecuada en todos los casos, ya que probablemente ambas gocen de ventajas e inconvenientes. Pero en lo que sí que coinciden los diferentes autores consultados es en el hecho de que es preciso comprender y conocer la naturaleza multidimensional del dolor del parto, los mecanismos y las vías de transmisión del dolor durante todo el proceso, así como los factores que influyen en su intensidad, duración, calidad y distribución del mismo con el objetivo de mejorar la atención de las mujeres en este aspecto.

El *“Protocol de Educación Maternal: preparació per al naixement”* (2009), distingue tres aspectos del dolor en el parto: el sensitivo (sensaciones físicas), el afectivo (sentimientos y emociones) y el cognitivo (pensamientos) (1). De todos los aspectos comentados, diversos autores sugieren que el afectivo es quizás el factor más importante (45,147). El control de la afectividad es capaz de modificar la percepción y facilitar la adaptación al síntoma; de hecho la mayoría de los dolores, en el ámbito clínico en general, se acompañan de sintomatología ansiosa o depresiva que debe ser controlada para un adecuado tratamiento del dolor (45). Por otro lado, parecería demostrado que la ansiedad y el miedo ante el parto son emociones estrechamente relacionadas con el dolor, pero, aunque se acepta que a mayor ansiedad mayor dolor (148), la relación no está clara ya que hay muchos factores susceptibles de modificar dicha relación: la personalidad del individuo, las características del proceso por el que tiene que pasar, el grado de conocimiento y comprensión del proceso, la confianza en los recursos, la capacidad y habilidad para manejar el dolor, el grado de serenidad con que se afronte el parto, el recuerdo de experiencias manifestadas por familiares, experiencias propias negativas de otros partos, embarazos no deseados, su estado físico y anímico, etc. (149). Dichos aspectos pueden verse influenciados positivamente por un entorno favorecedor que incluya la presencia afectiva de la pareja o de la persona que la mujer elija.

Otro de los aspectos comentados, el sensitivo, se refiere a cómo percibe la mujer el síntoma y comprende las características de intensidad, pauta y calidad del dolor.

Por último, el tercer aspecto destacado es el cognitivo, éste incorpora el significado del dolor, el sufrimiento, la muerte y los tratamientos; significados que varían de una cultura a otra, según la religión y las creencias, facilitando su afrontamiento, en unos casos y dificultándolo en otros (45).

Olza (150), en este sentido, en el prólogo del libro de Schmid (2010), reflexiona sobre el importante lugar que el dolor ha ocupado en el debate social planteado ante el deseo de un nuevo paradigma de atención al parto. En este escenario hay opiniones para todos los gustos, desde



posiciones que abogan por eliminar el dolor por completo, hasta posturas que señalan que el dolor es un artificio fruto del modelo de atención y/o de la educación de los miedos de cada mujer; algunas mujeres, en este contexto, han sentido que tenían que pedir perdón por solicitar la epidural<sup>5</sup>, mientras que otras han sido tachadas de locas por pedir un parto sin anestesia.

En este contexto las mujeres, se encuentran ante un escenario de cambios culturales muy dinámicos y rápidos que conllevan un conflicto de adaptación, para el que los profesionales también hemos de prepararnos con el objetivo de responder a las necesidades de nuestras usuarias,

*“...no podemos olvidar que la eliminación completa del dolor no significa necesariamente que la experiencia del parto sea más satisfactoria para la mujer por lo que es necesario individualizar el tratamiento efectivo y satisfactorio del dolor para cada mujer...”(151)*

### 2.3.1 Repaso histórico

Aunque el tratamiento y posterior alivio del dolor en cualquier contexto clínico, ha sido considerado una obligación médica, el dolor de parto, durante muchos años ha sido una excepción, a pesar de que el dolor asociado al parto ha sido descrito como una de las formas más intensas de dolor que pueden experimentarse (151). De hecho la comprensión conceptual del dolor de parto en las sociedades modernas, es relativamente reciente (mitad del s. XIX) (142).

Simpson (152) realizó la primera anestesia obstétrica con éter en 1847, con el objetivo de ayudar a una mujer en un parto de nalgas con feto muerto; pero su actuación generó críticas tanto de la sociedad religiosa como del público en general, ya que muchos consideraban que la analgesia al parto era un acto antinatural y amoral. Administrar analgesia para el parto se entendía como contradecir la palabra de Dios, tal como se refleja en el texto bíblico del Génesis 3/16, “*A la mujer dijo: “tantas hare tus fatigas cuantos sean tus embarazos: con dolor parirás a tus hijos”.*

En nuestro medio la influencia de la religión durante siglos ha sido muy evidente, aunque los argumentos de índole religiosa perdieron algo de fuerza cuando en 1853 la reina Victoria de Inglaterra, cabeza de la Iglesia anglicana, aceptó que en un parto se le administrara cloroformo de forma discontinua para aliviarle el dolor de las contracciones, no obstante la iglesia católica persistió con sus recomendaciones en contra hasta bien entrado el siglo XX (153).

---

<sup>5</sup> Según datos de la memoria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Joan XXIII , se realizaron 1518 partos durante el a. 2012, el 85 % de estas mujeres recibieron algún tipo de anestesia siendo las técnicas locoregionales las formas más utilizadas y entre estas la analgesia epidural la más demandada (52%).

A lo largo de la primera mitad del s. XX, el panorama apenas se modificó; los partos como ya se ha comentado, eran atendidos por matronas en los domicilios con la presencia muy excepcional de un tocólogo si aparecían complicaciones; a pesar de todo en ocasiones se utilizó el cloroformo “a la reina” como se denominaba ese tipo de anestesia en referencia a la anestesia aplicada a la reina años antes y su administración requería la presencia de un médico durante todo el proceso(152).

En 1919 Fidel Pagés inventó la anestesia epidural (150), aunque fue bastante más tarde, cuando las técnicas loco regionales se fueron introduciendo progresivamente en el terreno de la analgoanestesia obstétrica, ofreciendo desde el principio la ventaja de poder ser aplicadas por los propios tocólogos. A pesar de ello su utilización era escasa, tal como Hervás (153) constata en su obra al revelar, que en el marco de una importante reunión científica realizada en Barcelona en los años 50, Santiago Dexeus, eminente tocólogo de la época, presentó los resultados de una encuesta sobre que métodos eran utilizados para calmar los dolores de parto, realizada a tocólogos de Catalunya y del resto de España. Se constató entonces que la mayoría seguían utilizando la anestesia “a la reina” con éter o cloroformo, unos pocos usaban el óxido nitroso y como analgésico se recurría a la meperidina (Dolantina®); la analgesia regional, para entonces, contaba ya con muy pocos adeptos.

A partir de los años 60-70 llegaron noticias de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto. Se basaban en las ideas de Read, Nikolaiev, Lamaze y Leboyer. Aquí en España, tuvo cierta difusión la instrucción de la embarazada en técnicas de relajación para el parto basada en el “Método autógeno de Schultz” con ayudas de clases, *cassettes* y folletos. Estos métodos aportaron ideas nuevas y positivas que humanizaron notablemente el parto al convertir a la mujer en elemento activo y no pasivo, pero sin pretender influir en absoluto sobre el niño, que quedaba en segundo término; asumiendo que de forma progresiva había que preparar a la embarazada para el parto, la maternidad y la lactancia (154,155).

Los años 60 también conocieron el auge de la técnica analgoanestesia en el parto mediante la administración de un barbitúrico, el tiobarbital (Pentothal®), por vía intravenosa, la aplicaban los mismos tocólogos que supervisaban a la vez el parto y la anestesia; los efectos que se conseguían eran la sedación y la amnesia materna del evento del parto con riesgos evidentes de depresión respiratoria y neurológica neonatal (145).

A partir de los años 70 el uso del Pentothal fue descendiendo y reapareció entonces la anestesia epidural, que se convirtió en la técnica de elección para el tratamiento del dolor de parto, imponiéndose al resto de procedimientos. La anestesia epidural, desde entonces, se fue instaurando de forma progresiva por los diferentes territorios, aunque de forma desigual. Olza,

en este sentido, relata que en 1998 vio en prensa como un grupo de mujeres embarazadas se manifestaban ante el Hospital San Jorge de Huesca para reclamar que la anestesia epidural estuviese disponible en todos los partos de dicho hospital. Al parecer se le aplicaba solo a un 40% de las mujeres que daban a luz en Hospitales del Insalud (145). Tras estas movilizaciones, secundadas por gran parte de la opinión pública de aquel momento, se consiguió que en el año 2000 la práctica totalidad de hospitales públicos de nuestro país ofertara la anestesia epidural, considerándose este hecho, un criterio de calidad; paradójicamente, unos años más tarde, entre 2003 y 2007, y coincidiendo con un cambio de paradigma en la atención al parto, aparecieron mujeres decepcionadas de sus partos y cesáreas, acontecidos con anestesia epidural, a la vez que otras denunciaban que parir sin epidural era algo difícil de conseguir (150).

En definitiva un escenario complejo, de controversias y alternancias que debía respetar las opiniones y demandas de las mujeres, que informadas querían decidir libremente; escenario que probablemente aún persiste en la actualidad.

### 2.3.2 Mecanismos del dolor del parto

El dolor del parto es un dolor de origen complejo que evoluciona en el tiempo y que es clasificado como somático (superficial y profundo) y visceral, dolores provocados por los cambios anatómicos y fisiológicos propios del proceso de parir: contracción del músculo uterino, estiramiento y dilatación del cuello uterino, distensión peritoneal de órganos pélvicos, de la compresión del plexo lumbo-sacro y de la distensión del periné (142). A lo largo de todo el proceso se pueden diferenciar los diferentes estadios del parto atendiendo a las características del dolor; además el dolor del parto no es homogéneo, ni se presenta con igual intensidad en las diferentes zonas referidas.

En una primera fase, el dolor, se circunscribe al hipogastrio, fosas iliacas y región lumbar baja; después, y a medida que progresa el parto, las contracciones se hacen más intensas, y el dolor se extiende a la región peri umbilical, región lumbar alta y sacra; por último, durante el segundo estadio el dolor es muy intenso en el ano, en el sacro y en el periné (142,156). Pero, tal vez la característica más importante del dolor del parto, es su ritmo caracterizado por dolor y pausa, contracción y expansión, malestar y bienestar, aceleración y ralentización; lo que conlleva picos de dolor alternados con pausas de ausencia total de dolor, que producen como efecto paradójico una fuerte estimulación de la producción de endorfinas si el parto es espontáneo. En esa intermitencia, relata Schmid (156), reside el gran secreto del parto fisiológico, que da la posibilidad de una adaptación gradual y recíproca entre madre y bebé, señalando que la falta de respeto hacia los tiempos y la aceleración del proceso de dar a luz provoca estrés materno y fetal. Hay mediadores químicos en nuestro organismo, que en el parto actúan como inhibidores o

estimuladores del dolor en función de las circunstancias en que se desarrolle el parto. Como sustancias inhibidoras, están las endorfinas y las encefalinas, opioides endógenos que inhiben el dolor y crean sensación de bienestar y placer; de hecho parece ser que la tolerancia al dolor se incrementa ya, durante el embarazo como resultado de la liberación de endorfinas endógenas (65). Como estimuladores del dolor tenemos sustancias como la corticotropina u hormona estimulante de la corteza suprarrenal, la oxitocina y las prostaglandinas o situaciones como el estrés y/o la contracción uterina. Si la presencia y/o acción de estas sustancias o situaciones es continuada o crónica (estrés crónico, perfusión de oxitocina sintética o de prostaglandinas) la producción de endorfinas queda inhibida y el dolor aumenta de intensidad y se mantiene en niveles altos (156).

En definitiva, se han podido identificar una serie de factores fisiológicos y no fisiológicos que podrían aumentar o reducir el dolor en el parto, que debemos conocer y fomentar o evitar según la situación, con el fin de mejorar la experiencia del parto.

*Entre los factores que aumentarían el dolor en el parto se encuentran:* contracturas a nivel periférico, tensión en el segmento uterino inferior, hipertonia uterina, umbral bajo del dolor, adherencias anexas, falta de libertad de movimiento, posturas no naturales, anti fisiológicas (litotomía), ansiedad, tensión, miedo (65,157), expectativas negativas del dolor, experiencias y relatos negativos sobre el dolor (157), entorno poco confortable, pasividad y delegación, ausencia de ayuda, falta de relajación entre las pausas, medicalización del parto y la separación inmediata del recién nacido.

*Entre los factores que reducirían el dolor del parto se encuentran:* movimiento pélvico, buen tono perineal, cuello del útero más blando y corto al final del embarazo, tono uterino eutócico, movimiento libre, umbral alto del dolor, expresión libre a nivel de comportamientos y manifestaciones verbales, posturas fisiológicas con dorso inclinado hacia delante y pelvis libre, confianza y aceptación del dolor de parto, motivación y expectativas reales sobre el dolor, entorno relajante e íntimo, apoyo de la pareja, control obstétrico respetuoso, ayuda profesional de la matrona (6), relajación profunda durante las pausas (65), periodo de expulsión con contracciones espontáneas y acoger al bebé en las primeras horas del postparto.

### 2.3.3 Interpretaciones culturales

El dolor es uno de los aspectos más relevantes del parto y en las distintas culturas la interpretación y la transmisión del fenómeno varían mucho, el dolor de parto se encuentra íntimamente ligado a la filosofía de vida dominante en la sociedad.

Schmid (120), reflexiona sobre la idea de que el modo en que una mujer quiere que sea su parto suele ser acorde a su estilo de vida,

*“Una mujer con un estilo de vida lineal y que pertenece a una sociedad tecnológica elegirá un parto lineal con un componente tecnológico; mientras que quien se siente más próximo a la naturaleza escogerá un parto natural”*

Otro aspecto muy ligado a la cultura son las expresiones del dolor. La respuesta al dolor es motora, vegetativa y verbal, es poderosa y comporta un movimiento instintivo, libre y continuado, que permite a un profesional sensible, comprender con exactitud la situación de parto en el que se haya una determinada mujer; una de las habilidades fundamentales del arte de la obstetricia.

Ante lo expuesto, es curioso comprobar cómo las diferentes culturas rigen la forma en que las mujeres deben manifestar su dolor en el parto; de hecho las expresiones de dolor, pueden ser toleradas y/o fomentadas por algunas culturas y/o rechazadas por otras. En este sentido en una sociedad como la nuestra, la expresión del dolor es poco tolerada, y en general se anima a la mujer a que se controle; Posadas (158), haciendo referencia a como había cambiado el panorama de los paritorios tras generalizarse la aplicación de la analgesia epidural en los hospitales, escribió:

*“...hace aún no muchos años en los que las expresiones de dolor por parte de las mujeres en sus muy diversas vertientes conductuales y verbales estaban a la orden del día... “*

En contrapartida, Schmid (120), relata en su obra, como en otras culturas se fomenta este dolor, al que llama “don”. Nos explica que en una tribu de indios nativos, se valora de forma muy positiva el dolor provocado por la contracción, con la convicción de que estos dolores o “dones” acercan a la mujer al nacimiento de su bebé. Utilizan en el proceso rituales y ceremonias de acompañamiento que utilizan el canto, la flauta, el sonido rítmico de determinados instrumentos, la lectura de poesía, la estimulación de los sentidos mediante olores y en absoluto coartan las expresiones y manifestaciones externas de dolor; lo que la propia Smith interpreta, *“No se trata de controlar para reprimir, ¡sino más bien de transformar el dolor en expresión!”*.

#### 2.3.4 Situación actual del tratamiento del dolor del parto

Hablar de alivio del dolor en el parto en el contexto hospitalario de nuestro entorno es fundamentalmente, hablar de analgesia epidural; pero es interesante constatar cómo de forma progresiva se van implantando otras alternativas no farmacológicas al alivio del dolor en partos normales, algunas ya comentadas en este capítulo y otras relacionadas con la aplicación de terapias naturales, como la homeopatía, las flores de Bach; terapias manuales como los masajes

(159), la reflexoterapia, la acupuntura, o la terapia sacro craneal u otras como la musicoterapia (28,159) y/o la hipnosis (147). Aun así, una reciente revisión Cochrane apunta que son pocos los tratamientos complementarios que han sido sometidos a estudios científicos adecuados (160), por lo que se nos plantea la incógnita de si realmente las mujeres disponen en su entorno de estos métodos alternativos, en base a la escasa bibliografía que existe en relación a su aplicación, a la vez que se plantean dudas respecto a si las matronas que podrían administrarlas tienen la formación adecuada para su aplicación.

En este sentido, Muñoz (161), recientemente, ha concluido una interesante tesis doctoral sobre la implantación y uso de terapias complementarias en hospitales acreditados (hasta el año 2011), para la atención natural al parto normal en Cataluña. El estudio se realizó con un diseño metodológico mixto, cuantitativo y cualitativo y la muestra estudiada fue de 237 matronas y 12 mujeres. Sus resultados han podido evidenciar que un alto porcentaje de las matronas de nuestro entorno asistencial (70%) no dispone de unos conocimientos adecuados y específicos en terapias complementarias. También ha podido constatar que la formación de las matronas es, actualmente, totalmente voluntaria y que esta formación se correlaciona negativamente con la edad y los años de experiencia en partos. Muñoz recomienda, por todo ello, motivar a las matronas para que se formen e investiguen al respecto en base a que concluye, que existe poca evidencia en la efectividad de algunas de las terapias complementarias utilizadas en el tratamiento del dolor en el parto.

La analgesia epidural, es el método farmacológico más generalizado para el control del dolor en el parto fisiológico o distócico, técnica que consiste en la administración continua o intermitente de anestésicos, mezclados con un opiáceo, en el espacio epidural, a la altura de la 3ª o 4ª vértebra lumbar (162). Posadas apunta, que la introducción de esta técnica ha modificado, entre otras cosas, la forma en que los diferentes profesionales, sobre todo auxiliares, matronas y obstetras, se enfrentan al hecho del nacimiento (158). Las matronas han visto como su “acompañar en el parto” ha ido derivando más, a la aplicación de las diferentes técnicas y a una mayor vigilancia del estado feto-materno que, a las tradicionales medidas de apoyo para mitigar el dolor y favorecer el autocontrol de la madre, tal como explicaban Read o Lamaze (154,155). Algo que se debe retomar y más sí se tiene en cuenta, que ante un parto con analgesia epidural, en el que la promesa es la de un parto sin dolor (algo difícil de cumplir, ya que en nuestro entorno nunca se puede administrar antes de que el trabajo activo se haya consolidado), la mujer tiene que enfrentarse habitualmente durante la primera etapa del parto a contracciones que pueden resultar dolorosas.

Ante esta situación si la mujer desconoce el proceso, si desconoce la fisiología del dolor del parto, no se ha preparado previamente y/o no tiene un buen acompañamiento, sentirá miedo ante el dolor y lo rechazará, sufriendo aún más (120,158); de hecho el sufrimiento ante el dolor aumenta considerablemente ante el intento de reprimirlo y disminuye cuando se acepta sin oponer resistencia. Además, después del nacimiento, al ser un parto medicalizado, la mujer no experimentará la gratificación provocada por las endorfinas que se sienten tras un parto natural (120).

La investigación relativa a la analgesia epidural es escasa. La mayor parte de los estudios hallados hacen referencia a los fármacos o dosis utilizados durante su administración, o a la eficacia analgésica de la técnica; decir en este sentido que un 93% de las mujeres consultadas, según los diferentes estudios, encontraron la técnica muy eficaz (162).

### 2.3.5 Instrumentos de medición del dolor

La gestión del dolor del parto, es compleja al ser el dolor una sensación personal y subjetiva muy difícil de medir, cuantificar y comparar; de las múltiples dimensiones del dolor, la intensidad del mismo es la más estudiada, en investigaciones realizadas exclusivamente con metodología cuantitativa (163). La intensidad del dolor es medida habitualmente por el propio paciente, utilizando diversas escalas de valoración, y en este sentido las escalas más utilizadas en el ámbito clínico son la EVA (133) y la EAV, utilizada, entre otros, en el estudio de Malouf (45).

En cambio existen pocos instrumentos para valorar la satisfacción del paciente con el tratamiento analgésico o la calidad percibida de la técnica analgésica utilizada y no podemos obviar que el alivio del dolor es solo uno de los numerosos factores que contribuyen a la experiencia analgésica (163,164). En este sentido, Angle (163), presenta un interesante estudio sobre la calidad de la analgesia/anestesia epidural que se prestaba a las mujeres de parto, en el que se combinan las metodologías cuantitativa y cualitativa, con el fin de ofrecer una visión más realista desde el punto de vista de la calidad, teniendo en cuenta, además de lo comentado, las expectativas y experiencias de las mujeres durante el parto, lo que valoran y lo que no les gusta mediante la triangulación de datos y la creación de grupos focales, con mujeres que habían parido no más de 72 horas antes. El propósito del estudio cualitativo de la Dra. Pamela Angle fue definir los aspectos que deberían ser considerados como importantes en la valoración de una alta calidad analgésica, y que resultaron ser: el preservar la percepción de autocontrol física y emocional de la mujer, el dar capacidad de decisión a las mujeres, el preservar las sensaciones corporales durante el progreso del parto, el preservar la movilidad, no bloqueo motor y el mejorar la experiencia de su parto (163,164). Los resultados mostraron que la atención individual, la participación de las mujeres en el proceso del parto y la implicación de la mujer en

el tratamiento del dolor, tendrían una influencia mayor que el tipo de analgesia en la satisfacción tras el nacimiento (165).

Este aspecto es corroborado en un estudio que valoraba la satisfacción con el tratamiento analgésico, en el que se pudo comprobar que a pesar de que la analgesia epidural es la técnica más efectiva para el control del dolor, el grupo de mujeres que utilizaron esta técnica no eran las más satisfechas, debido al parecer, a que el empleo de la analgesia epidural se asoció a un trabajo de parto prolongado y a un mayor número de partos instrumentales, no siendo el alivio del dolor tan determinante en el grado de satisfacción (166,167).



## 2.4 Satisfacción y expectativas ante el parto

La palabra satisfacción, del latín “*satisfactio*” es definida por la RAE (82), en su primera acepción, como la “*acción y efecto de satisfacer o satisfacerse*”; a la que siguen “*razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria*”; “*presunción, vanagloria*”; “*confianza o seguridad del ánimo*”, para en su quinta y última acepción definirse como “*cumplimiento del deseo o del gusto*”.

### 2.4.1 Satisfacción y calidad en cuidados de salud

La satisfacción del paciente es un concepto psicológicamente complicado, pero aun así es considerada una importante medida del control de calidad de los procedimientos y resultados del proceso sanitario y un criterio de primera magnitud en la acreditación de las instituciones sanitarias, hospitales y servicios médicos (168). Además, parece demostrado, según recientes estudios, que la implantación de los principios de calidad total incidiría en la mejora de los resultados económicos de las organizaciones (94).

Fitzpatrick (169), en este sentido, describe tres razones por las que evaluar la satisfacción es importante; en primer lugar considera que el grado de satisfacción del paciente es una medida del resultado del proceso, en segundo lugar que aporta un mecanismo de medida de los patrones de comunicación, permitiéndonos evaluar si la información dada es suficiente, si ha sido entendida o si ha habido implicación del paciente en la toma de decisiones, y por último otorga a la evaluación de la satisfacción la facultad de que nos ayuda a los profesionales a elegir cuando existen varias alternativas organizativas o de tratamiento.

Es importante conocer la satisfacción de los pacientes, en un entorno asistencial emergente, en el que la calidad ya no se entiende únicamente por la calidad científico-técnica, medida en términos de eficiencia, efectividad y accesibilidad al sistema sanitario. La calidad “percibida” es necesaria y crucial en un entorno que quiere mejorar, así como la satisfacción y el cumplimiento de expectativas del paciente, ante un determinado proceso asistencial, son sus indicadores:

*“la Atención de calidad va más allá de la competencia de los profesionales y las organizaciones, de la calidad técnica de los procedimientos utilizados o de la adecuación y efectividad diagnóstica y terapéutica” (6)*

Hay que conocer la satisfacción a través de la opinión del paciente, que se produce a partir de “*la experiencia vivida al recibir el servicio*” y que no siempre está relacionada con la calidad técnica, esta dimensión de la satisfacción es la llamada calidad percibida (170).

Según Donabedian (171), la calidad del cuidado se mide por su capacidad en lograr y producir salud y satisfacción; considerando que si los pacientes no están satisfechos, el cuidado, aunque sea de alta calidad, no es el ideal. Conseguir un alto grado de satisfacción ha de ser un elemento esencial para asegurar unos buenos resultados.

La satisfacción es un concepto multidimensional influenciado por una variedad de factores. Malouf (45), sugiere que la satisfacción puede verse influenciada por los resultados clínicos, el entorno físico en el que se encuentra el paciente y la relación con el personal sanitario, médicos y enfermeras. Otros añaden a esta valoración aspectos como la accesibilidad, la capacidad técnica y la conveniencia de los servicios, la estructura institucional, la competencia de los profesionales sanitarios y las expectativas y preferencias de los pacientes, fuertes predictores, todos ellos, de la evaluación del cuidado recibido (172,173).

En lo que coinciden la mayoría de los autores es en el hecho de que la satisfacción de los pacientes con el cuidado sanitario está directamente relacionada con el nivel de expectativas que han sido alcanzadas, que surgen de creencias previas desarrolladas y mantenidas a través de procesos cognitivos. Un aspecto muy importante en este sentido es la información que el paciente recibe o mejor dicho, que recuerda haber recibido por parte del médico o enfermera a cerca de su proceso (174); en este sentido Malouf (45), reflexiona en su investigación sobre la manera en que se debe dar la información, resaltando el hecho de que se debe ser muy cuidadoso y especialmente preciso en las explicaciones que damos a los pacientes, especialmente en relación a las expectativas que pueden tener acerca del procedimiento y los tratamientos. En la misma línea, Linder y Pelz (175), consideran la satisfacción de un paciente como la valoración positiva de una serie de actuaciones sanitarias complejas, basándose más en la cobertura de las expectativas previas que en los sentimientos propiamente dichos.

El paciente, tiene un modelo de perfección en el que basa sus expectativas y a partir del cual juzga el cuidado recibido; aun así es capaz de asimilar discrepancias entre el patrón esperado del cuidado y la experiencia real siempre y cuando la diferencia no exceda la capacidad del paciente de asimilarlo ya que en ese caso disminuiría su satisfacción. Por ello se resalta la importancia de analizar los procesos con el objetivo de dar respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes (176). El punto de partida, por tanto, es identificar las necesidades y expectativas de estos para convertirlos en requisitos y en objetivos de calidad de la asistencia sanitaria, estrategia que diferentes autores proponen para incrementar la calidad percibida de la prestación sanitaria (177).

#### 2.4.2 Valoración de la calidad percibida en el entorno clínico. Instrumentos de evaluación

La valoración cuantitativa de la calidad de la asistencia sanitaria percibida por los pacientes mediante encuestas de satisfacción, se ha convertido en uno de los indicadores más importantes de un sistema de salud. El más simple es el de respuesta SI/NO. Presenta como ventaja la simplicidad del mismo, aunque según diversos autores sobrevalora la respuesta positiva. La persona que responde tiene tendencia a la respuesta afirmativa. Es útil en estos cuestionarios introducir una respuesta neutra, para aquellos casos en los que la persona que responde no tiene clara la respuesta, de esta manera se equilibran las opciones de respuesta. Otros cuestionarios ofrecen más de dos respuestas posibles, cuatro o cinco que van de muy favorable a muy desfavorable. Estos permiten que el individuo que responde el cuestionario manifieste mejor su “posicionamiento” respecto al tema. Se ha visto que aumentar a siete las opciones tiene un efecto mínimo sobre el resultado, por lo que habitualmente se utilizan cinco categorías de respuesta. Son las llamadas escalas de Likert con las que se valoran varios ítems, cada pregunta con cinco opciones, una neutra central con dos desfavorables en orden decreciente a un lado y dos favorables en orden creciente al otro lado (169).

El momento en el que se realiza el cuestionario es importante, en un estudio de Raphael citado por Westbrook (178), se comparó la realización de una encuesta a pacientes ingresados en el hospital o de alta en casa y se vio que los pacientes ingresados eran más críticos a la hora de evaluar. En otro trabajo del mismo autor se realizaron tres grupos, uno con pacientes ingresados, otro tras dos o tres semanas del alta y el último varios meses tras el alta, se vio que la distribución tenía forma de U, los pacientes ingresados y los que llevaban varios meses de alta mostraban una mayor satisfacción que el grupo que realizaba la encuesta de 2 a 3 semanas del alta.

La entrevista personal al paciente utilizando un cuestionario de base permite una exploración más detallada de las experiencias vividas que la realización de una encuesta de auto-cumplimentación. La tasa de respuesta es similar en cualquiera de las dos formas. Aunque la realización de la entrevista personal “consume” tiempo, es más costosa y la respuesta puede estar condicionada, ya que se pierde confidencialidad (178).

Las técnicas de investigación cualitativa se han incorporado en la última década a la valoración de la calidad de los procesos, siendo especialmente útiles cuando se trata de analizar el punto de vista de los pacientes. Han sido utilizadas en diversos ámbitos asistenciales como por ejemplo en Atención Primaria, explorando la valoración sobre el trato y competencia de los médicos y en la valoración sobre el funcionamiento de los centros de salud, entre otros. En el ámbito

hospitalario, esta metodología ha sido también utilizada para mejorar determinados procesos con el propósito de mejorarlos y hacerlos compatibles con los deseos de los pacientes (177).

En líneas generales la mayoría de los pacientes no quieren criticar aspectos de su estancia hospitalaria. Si se pregunta a los pacientes por la satisfacción ante los cuidados recibidos, tienden a contestar que sí, por lo que en una encuesta de satisfacción deben valorarse especialmente todas aquellas respuestas que no sean de excelente. En las encuestas de satisfacción es frecuente encontrar resultados positivos entre el 75% y el 100%. Resultados inferiores a estos deben ser evaluados ya que indican un grado de insatisfacción elevado, los resultados neutros también pueden esconder un cierto grado de insatisfacción (178).

Las encuestas en general tienden a presentar un bajo número de pacientes que manifiesten su insatisfacción a propósito de una cuestión en particular. Uno de los grandes problemas de este tipo de estudios es la baja variabilidad que presentan, al menos el 80% de los individuos que responden manifiestan su satisfacción por alguna de las cuestiones por las que se les pregunta y en general no se atreven a manifestar sus críticas sobre los cuidados recibidos (169).

Otro de los problemas que se atribuyen a estos estudios es que algunas de las respuestas deben de interpretarse con reservas ya que se realizan con individuos, habitualmente, enfermos, con una situación emocional que puede condicionar las respuestas (169).

Un estudio sugiere que la valoración de la habilidad técnica y la competencia del médico, que realiza el paciente, viene determinada por percepciones de ciertas cualidades del médico como son la amigabilidad o la manera de relacionarse con el paciente. Esto es lo que los psicólogos denominan el efecto “halo”<sup>6</sup>.

Los factores que contribuyen en la satisfacción del paciente se pueden agrupar en cinco categorías: ambientales y de estructura, de accesibilidad y conveniencia, servicios de hostelería, relaciones interpersonales y finalmente competencia clínica del personal sanitario. Otros factores que también pueden influir suelen estar relacionados con cuestiones financieras, continuidad, eficacia y desenlace o resultado, disponibilidad de cuidados, expectativas y preferencias personales (178).

---

<sup>6</sup> El psicólogo Edward L. Thorndike, en 1920 definió y acuñó el término “efecto halo” uno de los sesgos cognitivos más clásicos de la psicología. Consiste en valorar a las personas a partir de un rasgo sobresaliente, positivo o negativo, y generalizar a partir de esa primera impresión hacia características que posiblemente nada tienen que ver.

Cuando se evaluaban años atrás los cuidados clínicos, uno de los argumentos que se habían utilizado para no preguntar al paciente, era considerar que éste no estaba capacitado para evaluar los cuidados, ni la competencia técnica del equipo que le trataba. Sin embargo, Westbrook (178), refiere que en un estudio realizado con grabaciones de vídeo se pudo ver que los individuos que participaron eran capaces de distinguir entre un nivel de competencia alto y uno bajo, influyendo esta percepción en la satisfacción general, la cortesía percibida y el cumplimiento del tratamiento a posteriori. Otro punto importante es que unos buenos cuidados clínicos precisan de información adecuada, siendo esto un índice de calidad. Westbrook (178) comprobó que una correcta información reducía incluso las necesidades de analgesia en el postoperatorio en un 50% y aceleraba el alta, a la vez que pudo relacionar el grado de satisfacción con la percepción que los pacientes tenían sobre la competencia de las enfermeras y la claridad con la que respondían las preguntas, no encontrando que el grado de satisfacción se relacionase con dolor, ansiedad o el tipo de servicios. En resumen este autor valoró que el factor más influyente sobre la satisfacción del paciente es la competencia técnica percibida del personal sanitario y la cantidad y calidad de la información que se le suministra.

El dolor agudo de intensidad moderada o severa, aparece como una de las principales causas de insatisfacción de los pacientes sometidos a un procedimiento anestésico y/o quirúrgico de lo que podemos deducir que el correcto tratamiento del dolor es uno de los puntales para conseguir un alto grado de satisfacción en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y anestésicos (179). No obstante, numerosos trabajos evalúan la satisfacción del paciente y ésta continúa siendo elevada a pesar de la severidad del dolor que refieren los pacientes. Persiste la paradoja de padecer dolor intenso con alto grado de satisfacción (180). No están claras las causas de esta paradoja, quizás es la falta de concreción en las preguntas o que lo que se mide es el desenlace final del procedimiento y no el hecho puntual de padecer dolor.

Svensson (181), en su estudio, tomando como base las expectativas de dolor previas a la intervención y la media de dolor en el periodo postoperatorio, pudo observar que una media de intensidad alta de dolor se asociaba con insatisfacción en el tratamiento del dolor, en función de las diferentes variables que se asociaban a la situación, sexo, edad y expectativas preoperatorias. La probabilidad de insatisfacción era mayor en pacientes jóvenes y en mujeres.

En una investigación posterior, se pudo comprobar que los factores que se asociaron a mayor grado de satisfacción fueron la edad elevada, el sexo masculino y un riesgo preoperatorio elevado por patología coexistente. También se produjo menor satisfacción en procedimientos cortos y ante la aparición de efectos adversos en el periodo postoperatorio (179).

No obstante, a pesar de todas estas publicaciones se cuestiona la utilidad de la evaluación de la satisfacción del paciente como una medida de la eficacia del tratamiento analgésico, concluyendo que el alto grado de satisfacción que se encuentra en los estudios sería un indicador de una interacción positiva entre el paciente y sus cuidadores, más que de la eficacia analgésica (182).

#### 2.4.3 Valoración de la calidad percibida en la asistencia al parto

La mayor parte de los partos en nuestro país se asisten en hospitales con un modelo de atención intervencionista. Este tipo de atención conlleva una asistencia basada en un soporte tecnológico fruto de los últimos avances técnicos (la monitorización continua de frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina, la telemetría, la analgesia epidural, la inducción farmacológica y avances derivados de nuevas técnica quirúrgicas entre otros) lo que, al parecer, ha comportado una mayor seguridad sanitaria en los partos de alto o muy alto riesgo (1). Esta instrumentalización y monitorización del proceso ha conllevado un mayor grado de seguridad en los profesionales, al tener datos objetivos de lo que está ocurriendo en cada momento, a la vez que ha propiciado un cambio en el papel profesional de la matrona.

Vivancos (183), apunta ante esta situación, que la matrona ha precisado una mayor formación, capacitación y dedicación a los aspectos técnicos del parto, lo que ha supuesto en ocasiones, un deterioro de la asistencia personalizada al parto fisiológico y de los cuidados emocionales tan importantes en esta etapa, de consecuencias diversas,

*“(...) el hecho de saber “que todo va bien” puede hacer que se relaje la comunicación entre el personal sanitario responsable de los cuidados del parto y de la madre”*

*“(...) es fácil caer en la tentación de respuestas breves, que aseguran que todo discurre correctamente pero que no se acompañan de una explicación de qué es exactamente lo que ocurre y sobre todo qué es lo esperable que ocurra a partir de ese momento. Esto produce en la madre muchas veces sensación de falta de control, pues lo que va sucediendo es inesperado, por desconocido para ella”*

Aspectos similares se reflejan en las narraciones recogidas por Alba y Olza (19), en su reciente publicación *“Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia”*, editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la que se dedica todo un capítulo al relato de las experiencias de mujeres en sus partos:

*“...Pensaba en un parto idílico, natural, sin epidural, piel con piel...Se me olvidó todo lo soñado con respecto a mi parto. A la hora, ya tenía puesta la epidural (he de decir que fue un alivio), un gotero de oxitocina, ¿por qué? -pregunté ilusa-, -no querrás que estemos hasta mañana pariendo -contestó la matrona-. Después vino la rotura de la bolsa, ¿para qué? - volví a preguntar-. “Parece que el bebé no se encuentra muy a gusto y además las aguas*

*han salido un poco teñidas". Me pusieron oxígeno durante toda la dilatación que, por suerte, solo fueron un par de horas. El sentimiento de ser una mala madre por no haber conseguido parir sin epidural me acompañó en todo momento junto con la preocupación de si estaría todo bien...M.S."*

En este escenario hay mujeres que se enfrentan al parto con miedo ante lo desconocido, desconfianza ante su capacidad de parir y acuden en ocasiones con experiencias previas, que si no fueron positivas podrían condicionar una actitud poco receptiva ante la información y/o sugerencias planteadas por el equipo obstétrico que atenderá a la mujer en el parto (2,4). No cabe duda, que ante estas consideraciones es fundamental prestar un acompañamiento adecuado, ya que se ha visto que el cuidado prestado durante el parto disminuye la ansiedad y aumenta la satisfacción, mejorando el vínculo, la estabilidad metabólica y hemodinámica, la tasa de lactancia y su duración y el desarrollo psicomotor y neurológico del recién nacido (184,185).

Durante décadas la matrona ha asumido los cuidados integrales de la madre durante todo el trabajo de parto, como única forma de monitorización y control disponible. La relación entre la matrona y la mujer era cercana y permitía la asistencia al parto en un ambiente familiar y doméstico que reportaba a la mujer seguridad. Vivancos (183), incide en el hecho de que nuestro modelo de asistencia actual ha provocado la necesidad de reevaluar la forma en que asistimos a las mujeres. Se precisan profesionales capaces de apoyar y reforzar emocionalmente a la mujer, haciéndole participe en la toma de decisiones y devolviéndole el papel protagonista de su parto, que parece haberle sido arrebatado por la excesiva y a veces innecesaria intervención.

La mejora de la salud de la población y el aumento del nivel socioeconómico y educativo del país coincidieron con el proceso de cambio de paradigma en la asistencia al parto y al nacimiento, alentado por la reunión de Fortaleza en 1985, transición hacia un nuevo modelo de atención caracterizado por el respeto a la fisiología del parto, al protagonismo de la mujer y al ejercicio de su autonomía, caracterizado también por una atención sanitaria responsable, personalizada y basada en la mejor evidencia científica disponible (68,69).

Ante esta situación es necesario medir la satisfacción de las mujeres con los cuidados recibidos en el parto, con la experiencia del nacimiento y con el desarrollo del mismo (186). Sin duda alguna, la opinión de las madres en este sentido ha servido, sirve y servirá para mejorar la calidad de la asistencia al parto (9,183).

#### 2.4.4 Valoración de las expectativas en la fase prenatal

Es importante resaltar que las expectativas que las mujeres tienen previas al parto van a condicionar su satisfacción con el proceso por lo que es preciso conocerlas (8); solo así los profesionales podrán ajustarlas al entorno concreto en el que darán a luz; advirtiendo a la mujer y

su familia, que la situación clínica de la mujer o de su futuro hijo en el parto, obliga, en ocasiones, a adaptarse a situaciones que se desvían del “parto deseado”, algo para lo que la mujer y su pareja deben estar informados y preparadas previamente, para minimizar en lo posible su decepción,

*“la calidad en la atención al parto y al nacimiento condiciona, además de la morbimortalidad registrada, otros aspectos: insatisfacción con la experiencia y deslegitimación del sistema sanitario cuando ofrece una atención acientífica y deshumanizada, pérdida de autoestima, sentimientos de desvalimiento e incompetencia, depresión, dificultades en el apego al RN, rechazo del amamantamiento o dificultades con la lactancia, problemas con la crianza, problemas relacionados con la lactancia artificial, etc.”(69)*

Sin duda, el papel de la matrona en esta fase es crucial. Debe explicar y transmitir a la madre la información necesaria para que se sienta segura durante los controles de su gestación. Debe favorecer la asistencia de las mujeres y sus parejas a un Programa de Educación para la Maternidad, que los oriente e informe de lo que va suceder con el objetivo de generar en ellos expectativas reales antes del parto. Más tarde la matrona en el paritorio habrá de reforzar los conocimientos previos y explicar de forma individualizada y personalizada a la madre como se desarrolla el parto, atendiendo a las necesidades que la mujer exprese. (10,183)

#### 2.4.5 Valoración de la satisfacción tras el parto. Instrumentos de evaluación

Tal como hemos visto anteriormente, diferentes autores coinciden en que el grado de satisfacción de cada mujer ante el parto es fruto de su valoración personal y está condicionado por las expectativas previas, a menudo relacionadas con el desarrollo social; por lo que atenciones consideradas aceptables en un determinado momento no lo son al cabo de pocos años o en un contexto social diferente (170). Por ello, es importante incorporar la visión de las mujeres en la valoración de la atención prestada para identificar los aspectos susceptibles de mejora, percibidos como poco adecuados o insatisfactorios (170,187,188), aún más, si tenemos en cuenta que los procedimientos obstétricos suponen hoy en día la quinta parte del total de actividad especializada en España y el parto es uno de los actos sanitarios de mayor prevalencia en los hospitales del Sistema Nacional de Salud de nuestro país (452.963 partos en el año 2012) (189).

En cualquier caso se establece de forma evidente la necesidad de realizar encuestas de satisfacción a través de cuestionarios validados que tomen en consideración la opinión y el grado de satisfacción de la madre para mejorar la educación previa al parto, así como la asistencia al mismo y al recién nacido. En esta línea se están realizando interesantes estudios en nuestro país en relación a este tema. Mas-Pons (187), ha valorado la fiabilidad y la validez de contenido y concepto de la escala americana *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*” (MCSS), escala diseñada para medir la satisfacción de las mujeres con la vivencia del parto y el nacimiento de un



hijo; desarrollada originalmente en lengua inglesa; se trata de un cuestionario, que se administra a la mujer antes del alta hospitalaria. Consta de 34 ítems agrupados en cinco subescalas que hacen referencia a la mujer, la pareja, el recién nacido, la matrona y el obstetra; también contiene una subescala de valoración global de la experiencia. Vivanco (183), presentó recientemente un proyecto de validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción *Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale (COMFORTS)*; escala psicométrica destinada a medir la satisfacción de la madre en la aplicación de los cuidados obstétricos hospitalarios. Esta escala incluye 40 ítems que valoran diferentes áreas, evaluando el grado de satisfacción materno en relación a: la asistencia durante el período del parto, los cuidados puerperales en planta, los cuidados del recién nacido y los aspectos logísticos y el respeto a la intimidad.

## **2.5 Educación para la salud ante el parto**

### **2.5.1 La importancia de la educación sanitaria**

La información que un usuario posee en el entorno asistencial hospitalario, independientemente del tipo de asistencia que precise, según Baraza (94), se basa generalmente en el conocimiento oral transmitido por personas próximas, por la cultura de procesos hospitalarios imperante y la emitida por otros profesionales, sin olvidar la búsqueda que realiza el propio usuario en fuentes externas al ámbito sanitario, lo que sin duda en ocasiones puede derivar en una adquisición de conocimientos erróneos o poco adecuados a la situación, favoreciendo estados de inquietud y desasosiego.

Aunque no se cuestiona que la finalidad de cualquier actuación sanitaria, así como la misión de los profesionales sanitarios son los mismos desde hace décadas, velar por la salud y cuidar en la enfermedad, los procesos asistenciales han cambiado desde que la sociedad y los profesionales han empezado a preocuparse por satisfacer no solo las necesidades de sus pacientes, sino también sus expectativas. En este escenario los pacientes, como coproductores de los cuidados de salud, han adoptado un rol diferente y ahora es necesario contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud (190).

La información facilitada al usuario y concretamente, los programas de educación sanitaria son cruciales y desarrollan un papel primordial. De hecho, la educación para la salud, es reconocida como una de las estrategias básicas de los servicios sanitarios, para conseguir el gran objetivo de “*salud para todos*”, con independencia de cuál sea su edad, sexo, nivel de renta y lugar de residencia y con independencia de las circunstancias de su vida personal, familiar o social (191).

La educación para la salud, tiene por objetivo aportar conocimientos veraces, dotar de estrategias y habilidades acordes con hábitos saludables y modificar conceptos, actitudes y comportamientos poco adecuados que tengan repercusión sobre la salud. Además, según refiere Fuentes (191), la educación para la salud ha demostrado su eficacia ante el abandono del hábito tabáquico, la reducción del consumo de alcohol, la prevención de accidentes infantiles, la reducción del exceso de peso y la reducción de la hipercolesterolemia, entre otros.

Es, por tanto, una de las principales medidas utilizadas en las áreas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. Sin embargo la educación para la salud presenta deficiencias y aunque se le presuponen sus beneficios, desde hace unos años, se cuestiona su utilidad, en diversos problemas de salud, en especial si se implementa de forma aislada, se

implica poco al usuario<sup>7</sup> o se elaboran materiales educativos poco adecuados al nivel de comprensión de los participantes.

Sin embargo, ¿por qué, a pesar de la evidencia disponible sobre la escasa efectividad de las medidas educativas, continúan estando entre las principales intervenciones llevadas a cabo?; Artieta (21), refiere que tal vez su gran aceptación, por parte de la población, podría ser una de las razones. Este aspecto tan importante, favorece y alienta a seguir trabajando en el logro de una educación para la salud, creada y pensada en base a las necesidades y expectativas del usuario, al que se “empodera” para que se creen programas, fruto de la interrelación entre los profesionales de la salud y los usuarios.

### 2.5.2 Los Programas de Educación Maternal

En el transcurso de un parto confluyen sensaciones diversas, emoción, dolor, sentimientos y miedos; se trata en definitiva de uno de los momentos más intensos en la vida de una mujer y su pareja, y es deseable que ambos lo vivan y asuman de forma positiva. Los Programas de Educación Maternal (PEM)<sup>8</sup> son recomendados por matronas y obstetras en muchas partes del mundo, a través de proveedores de servicios de obstetricia públicos y privados, con el objetivo de mejorar su salud, aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de parir, desarrollar redes de apoyo social, estimular la asertividad de los padres y contribuir con la reducción de la morbilidad y la mortalidad perinatal (20).

Uno de los aspectos que más nos llaman la atención, es la variedad de nombres con la que se denomina a este programa, en las diferentes publicaciones, las guías de práctica clínica, manuales de atención primaria, manuales de obstetricia, etc.; aspecto al que también se refiere Martínez-Galiano (52) en su reciente investigación. Se puede encontrar referencias a educación maternal, preparación para el parto, preparación para la maternidad, preparación para el nacimiento, clases prenatales y psicoprofilaxis obstétrica entre otras.

Aun existiendo divergencias en su denominación, los objetivos de estos programas son comunes y se basan en dotar de conocimientos y habilidades a las mujeres y sus parejas ante el nacimiento de su hijo. Los padres esperan que estos programas les proporcionen información importante

---

<sup>7</sup>La palabra usuario engloba a cualquier persona que accede al sistema sanitario con independencia de su estado de salud, es decir engloba a aquellos que tienen un problema de salud y a los que no lo tienen

<sup>8</sup> En esta investigación Programa de Educación Maternal (PEM), será la denominación utilizada al referirnos a los cursos o sesiones de educación sanitaria impartidos en el ámbito obstétrico

sobre temas como la toma de decisiones sobre y durante el trabajo de parto, las habilidades para el trabajo de parto, el alivio del dolor, aspectos relacionados con los cuidados puerperales, los primeros cuidados del neonato y la lactancia materna.

No obstante, en una reciente revisión Cochrane, Gagnon (20) ha cuestionado los beneficios de la educación prenatal para el parto, tras la realización de una revisión en la que se valoraron nueve ensayos con 2284 mujeres. En estas investigaciones, las intervenciones educativas variaron enormemente y no pudieron medirse resultados coherentes. La revisión de los ensayos encontró poco rigor científico en muchos de los estudios realizados, por lo que concluyeron que los efectos de la educación prenatal seguían siendo en gran parte desconocidos. Los autores plantean, que se pueden mejorar los actuales enfoques educativos, aunque comentan que faltan pruebas para la recomendación del mejor método, por lo que recomiendan realizar una revisión sistemática del tema, que tenga en cuenta la enorme variabilidad de los programas actuales, con la finalidad de que los recursos empleados en este sentido cumplan con las necesidades de los padres y sus recién nacidos.

Aun así, esta revisión, lejos de desaconsejar la recomendación de estos programas, pretende mejorar las estrategias educativas de los mismos, unificar sus objetivos fundamentales y mejorar la forma en que se proporcionan las clases; la variabilidad actual de los mismos es amplia: programas de sesiones de un solo día o de varios; las mujeres acuden solas o acompañadas de sus parejas, las técnicas didácticas utilizadas son diversas y los contenidos de las charlas varían enormemente, así como las habilidades, experiencia y motivación del profesional responsable del mismo. Parece claro, ante lo expuesto, que existen muchas formas de impartir los PEM y que algunas podrían ser más efectivas que otras, además en general estos programas no se han basado en las necesidades expresas de las personas que son atendidas, sino en los mensajes que los educadores creen que deben impartir (20).

Los PEM surgieron a principios del s. XX con el objetivo de mitigar o paliar el dolor del parto. Vaughan y Randell, de la escuela nórdica, fueron los primeros en introducir la gimnasia prenatal y la adopción de diferentes posturas en el parto. Autores como Lamaze en 1958 (192) y Dick-Read en 1959 (154) fueron incorporando a la educación prenatal, métodos para aliviar el dolor en el parto natural, con técnicas basadas en la psicoprofilaxis y la relajación. De un modo casi paralelo, en nuestro país, Aguirre de Carcer en 1956 introduce el concepto de Psicoprofilaxis obstétrica, sistematizando así los PEM. A estos les siguieron Caldeyro Barcia, Leboyer y Kitsinger quienes a partir de la década de los 70 introdujeron conceptos como parto natural y/o humanizado, incorporando la importancia del apoyo psicológico de la pareja, el abordaje del

trabajo de parto con confianza y la importancia de un entorno agradable y adaptado a las necesidades de la mujer entre otros (193,194).

Los principios de estos abordajes siguen vigentes en muchos de los actuales enfoques educativos, ya que se basan en ayudar a las madres a identificar y desarrollar recursos propios para afrontar la experiencia del parto (193). Sin embargo, Fernández-Idiago (194), plantea el hecho de que el uso sistemático de la analgesia epidural ha podido desplazar la “utilidad percibida”, por la población de mujeres gestantes y sus parejas, de los PEM.

El objetivo de estos programas es favorecer la consecución de una buena vivencia del momento del parto y en este sentido, se trabajan los conocimientos con el objetivo, de que la mujer conozca de forma veraz los principales cambios anatómicos y fisiológicos que se irán sucediendo durante la gestación y parto. Es necesario ofrecer y dotar a la mujer y su pareja de conocimientos, estrategias y habilidades que los preparen para afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida que conlleva el proceso del nacimiento de un hijo. Estos recursos, pueden ayudarles a dejar de lado el miedo a lo desconocido, favoreciendo la confianza en su capacidad de reconocer los cambios que tienen lugar en su cuerpo, que le permitirán, entre otras cuestiones, saber cuándo han de acudir al hospital cuando el parto ha comenzado y/o reconocer posibles signos de alarma (195).

Es interesante además trabajar durante las sesiones la adquisición de destrezas y habilidades que permitan a la mujer una participación activa en el parto, como pueden ser técnicas no farmacológicas de alivio del dolor (masajes, cambios posturales, musicoterapia...) que les ayudaran y darán seguridad y fortaleza ante la situación que tienen que vivir. Además hay que ofrecer toda la información necesaria para que la mujer y su pareja conozcan cuáles son los procedimientos más habituales con los que se encontrarán en el hospital y cuáles son los recursos con los que podrán contar (1).

### 2.5.3 Los Programas de Educación Maternal en el ámbito de la Atención Primaria en Cataluña

En Cataluña, a partir de las recomendaciones de la “*Declaración de Fortaleza*”, ampliamente citada en esta investigación (33), se crearon protocolos de seguimiento y de atención a las mujeres embarazadas, complementados con diversos PEM, en los que se indicaban las directrices de actuación consensuadas por diferentes profesionales del ámbito de salud sexual y reproductiva, el *Protocol següiment de l'embaras a Catalunya* (61,63), el *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó* (36) i el *Protocol per l'assistència natural al part normal* (35), entre otros.

Posteriormente, en el año 2009 y al amparo del Departament de Salut, se editó un nuevo PEM orientado al ámbito de la Atención Primaria de salud titulado: *“Educació Maternal: preparació per al naixement”*(1). Este material representó una puesta al día acorde a las necesidades del momento y en consonancia con las últimas recomendaciones propuestas. Desde su inicio, nació con el propósito de que los PEM de los diferentes ámbitos se unificaran. El material diseñado se ideó para ser aplicado a los grupos del PEM, que ofrece el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el ámbito de la Atención Primaria. Se pretendía que esta preparación contemplara, no sólo los conocimientos, sino también los sentimientos, las emociones y las habilidades necesarias para hacer frente a los aspectos más fundamentales de la gestación, el parto y el puerperio, así como el entrenamiento psicofísico.

Los contenidos de esta publicación se estructuraron y adecuaron para dar respuesta a las necesidades que expresan las mujeres, sus parejas y los profesionales que se dedican a la educación para la preparación del nacimiento. Este documento fue fruto de una investigación cooperativa con metodología cualitativa, en la que se utilizaron grupos de discusión, en los que participaron un total de 82 personas, entre matronas y obstetras del ámbito de la atención hospitalaria y primaria y madres-parejas, de las 4 provincias catalanas (1).

El programa está formado por un apartado introductorio y metodológico y otro que engloba ocho sesiones, de las cuales, una es preliminar, dos son sobre el embarazo, dos sobre el parto, una sobre el puerperio y dos sobre el bebé. El material en papel, que se ha distribuido por todos los centros de atención primaria de la comunidad catalana, se complementa con unos CD que incorporan diapositivas y casos prácticos, DVD de historias animadas y videos sobre situaciones reales. Además se puede acceder al contenido íntegro en la web [www.gencat.cat](http://www.gencat.cat) (1).

Los materiales elaborados pretenden favorecer el desarrollo de tres dimensiones fundamentales en las madres y sus parejas: la actitudinal y emocional, la cual ayuda a entender y aceptar los cambios físicos, sexuales y emocionales; la comportamental que contempla el desarrollo de habilidades para vivir de forma satisfactoria el proceso y por último la cognitiva, relacionada con la adquisición de conocimientos de las fases del embarazo, parto y postparto. Las sesiones grupales ofrecen además la oportunidad de compartir vivencias, satisfacciones y dudas comunes entre personas que están pasando por una misma situación.

Este material ha facilitado que los profesionales de diferentes áreas geográficas elaboren de forma sistemática y estructurada las sesiones de sus programas, ya que cada una de las sesiones cuenta con unos objetivos que se complementan con técnicas y estrategias consensuadas previamente. Las técnicas recomendadas en este programa son diversas: discusiones dirigidas, juegos de rol, cine fórum, debates, sesiones magistrales, etc.(1).

En definitiva, se trata de un programa muy bien organizado, claro y bien estructurado que aporta materiales de calidad. Sin embargo, faltan estudios que valoren su implementación y su efectividad. Al finalizar la Fase I de esta investigación, hemos realizado un análisis DAFO, de este programa, en el que se han analizado sus debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

#### 2.5.4 Sesión educativa del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

Actualmente las matronas del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII (HJ23) imparten una sesión magistral de periodicidad mensual dirigida a mujeres gestantes y sus familias, independientemente del momento de gestación en el que se encuentren. A esta sesión informativa acuden las mujeres que se plantean parir en el hospital y que quieren conocer la manera de trabajar del centro, el espacio físico, las normas y los aspectos prácticos del ingreso hospitalario el día del parto entre otros.

El objetivo de esta sesión es ofrecer la información necesaria para que la mujer y su pareja conozcan cuales son los procedimientos más habituales con los que se encontraran en el hospital y cuáles son los recursos con los que podrán contar. Para muchas mujeres, el nacimiento de su hijo es su primer ingreso en un centro hospitalario, por lo que conocer previamente el entorno le puede dar tranquilidad y seguridad. El papel del hospital es fundamental para facilitar la cobertura de las necesidades físicas y emocionales de la mujer y su familia.

La sesión es grupal y se imparte de un modo magistral con el soporte de medios audiovisuales. Tiene una duración de una hora y media y se facilita que las mujeres y sus familias pregunten y aclaren sus dudas. Estas sesiones iniciaron su andadura en el año 2007 y son valoradas muy positivamente por las mujeres que acuden a ellas.

#### 2.5.5 El coaching emocional, un nuevo enfoque educativo

El objetivo final del *coaching* emocional es que la persona se auto lidere emocionalmente. En palabras de Cabero (78), “*el conseguir estos objetivos provocan una satisfacción profunda y como consecuencia dan sentido al coaching*” pero también nos prepara y dota de recursos para, entre otros, afrontar dificultades:

*“La vida nos lleva a donde no habíamos imaginado que nos llevaría y donde nunca hubiéramos querido estar. No se puede escapar siempre de las circunstancias, hay que afrontarlas, con una buena competencia emocional”*

Estos recursos internos son básicamente los pensamientos, las creencias, las prioridades, los valores, las emociones, las actitudes, los talentos y las limitaciones; la suma de todos ellos constituye la fortaleza interior de la persona, cuanto más firme sea ésta más potencia tendremos para superar los obstáculos externos e internos (78). La palabra *coaching* es un anglicismo que

procede del verbo inglés *to coach* y significa entrenamiento. Se trata de un proceso sistematizado de acompañamiento cuyo objetivo es el desarrollo y el crecimiento de personas en el tránsito de una situación actual a otra previamente definida a la que se pretende llegar (196). Podría definirse también como proceso, cambio, aprendizaje, desarrollo o transformación o bien como resultados extraordinarios, optimizar experiencias y calidad de vida.

Es un método de aprendizaje, que se inspira en diferentes modelos, la mayoría de los cuales provienen de la psicoterapia, pero también de otras disciplinas como son el modelo sistémico o relacional y el modelo orientado a las soluciones (197). Su finalidad no es aprender por aprender sino poner en práctica lo aprendido para cambiar algo, transformarse, hacer las cosas de otra manera y así conseguir resultados diferentes.

El principio más importante en el que se basa el *coaching* es que cada persona tiene dentro de sí misma las mejores respuestas a las cuestiones que le atañen: solo tiene que encontrarlas y sacarlas. Nadie tiene la suficiente información sobre nosotros mismos como para poder aconsejarnos de que es lo mejor para nuestras vidas. Solo nosotros conocemos nuestra historia y experiencias, que tanto marcan y determinan nuestra forma de ser y comportamientos, pero a veces necesitamos que nos lo recuerden (198).

El *coach* es la persona que guía, sustenta y ayuda a la persona a descubrir sus propios objetivos y encaminarse hacia ellos y es además quien acompaña a la persona en el trayecto que va desde el estado actual al deseado (78). El *coach* en salud, es el profesional que hace *coaching*, el *médico-coach*, la *enfermera-coach*, la *matrona-coach*, es un tipo de entrenador especial que no dice lo que se tiene que hacer si no que pregunta y facilita a la persona que sea ella quien consiga sus objetivos, que en este caso son de salud (197). El *coach* define junto a la persona la relación de trabajo entre ambos y se compromete en el proceso de consecución a trabajar en base a unos objetivos. El profesional conoce las fortalezas y debilidades de su cliente y sabe de lo que es capaz, y así constantemente le apoya.

El *coach* y el *coache* comparten ratos de conversación, que en *coaching* recibe el nombre de *conversación transformadora* y que consiste en hacer pensar al interlocutor por medio de preguntas. El lenguaje no solo describe, sino que crea nuestra realidad y tiene por sí mismo la capacidad de afectar a las emociones y los estados de ánimo. Lo que el corazón quiere sentir, la mente se lo muestra y una de las maneras más rápidas y potentes para llevar nuestra atención a un determinado lugar es por medio de las preguntas; una pregunta es una invitación a pensar (81).

*“Las palabras no se las lleva el viento sino que crean realidades. Busque palabras para ayudar (...) tal vez se sorprenda de lo que empieza a suceder”* (81)



El referente histórico de la *conversación transformadora* es el modelo mayéutico de Sócrates quien es citado por varios autores como el primer *coach* de la historia y es entrañable descubrir que fue su madre, matrona, que ayudando a las mujeres a parir, le sirvió de modelo, y como ella, él extraía lo mejor de sus discípulos (78,197)

*“Yo no puedo enseñaros nada, solo puedo ayudaros a buscar el conocimiento dentro de vosotros mismos” Sócrates*

En el mismo sentido y volviendo al campo de la obstetricia y concretamente al campo de la asistencia al parto, encontramos muchas similitudes entre el *coaching* y el apoyo cálido y continuado de la matrona. Cuando la mujer se siente bien atendida y acompañada, cuando se establece una buena conexión con el profesional que le atiende, lo toma como su guía, entrenador o “*coach*”, favoreciendo, a través de una buena comunicación, la relación entre ambos, tal como se aprecia en los relatos aportados por Alba, Aler y Olza (19)

*“Hay una enfermera que se aproxima con cariño a preguntar cómo estamos y cómo va todo. En ese momento la abrazaría fuerte y deseo que nos acompañe ella todo el tiempo...M.N”*

*“...Mi segundo parto fue natural, es decir, normal. Muy intenso, muy doloroso en momentos, pero ya está, doloroso. En ningún instante hubo sufrimiento (...) Una mujer sufre en un parto cuando tiene miedo, cuando nadie le informa de lo que ocurre o de lo que le van a hacer, cuando se siente sola aunque esté rodeada de gente, cuando vive el proceso de parto como algo peligroso y piensa que el dolor es malo... A.M”*

El *coaching*, según Cabero, favorece que tomemos conciencia de quien somos, qué nos importa y cuáles son nuestros valores, lo que implica en ocasiones cuestionar aquellos aspectos de nuestra vida que no nos satisfacen (78). Por medio de este método, inductivo y reflexivo, el *coaching* despierta la conciencia y el autodescubrimiento de la persona y le hace encontrar sus propias respuestas. Alonso Puig (81), en este sentido opina que cuando uno cambia la forma de ver las cosas, las mismas cosas cambian; acercarse a lo que ya conocemos con un espíritu abierto puede ayudarnos a descubrir mucho más.

*“No podemos obviar que la persona es receptora de circunstancias, pero a la vez creadora de circunstancias que con un buen equipamiento emocional se convierten en potenciadoras, positivas. El coaching no solo trabaja el afrontamiento ante circunstancias, también genera que sea la propia persona la que cree circunstancias positivas y favorecedoras para su bienestar emocional” (78).*

El enfoque educativo que proponemos en esta investigación se basa en que la matrona del hospital, que dirige la sesión grupal, no diga lo que hay que hacer, sino que a través de una conversación facilitadora, pregunte y deje que sea la mujer quien descubra sus propios objetivos ante el parto, favoreciendo su consecución mediante el entrenamiento de habilidades comunicativas, fomentando conductas y actitudes proactivas y asertivas con el entorno.

Muchas veces lo más relevante no es impartir conocimientos o dar explicaciones sino hacernos preguntas que nos permitan explorar cosas que previamente ni nos habíamos planteado. El propósito final es que la mujer aborde el parto con una actitud confiada y serena, lo que le permitirá centrar su atención en medio de la dificultad en lo que para ella es una prioridad (81).

Este tipo de dinámica, favorece que las mujeres expongan sus preocupaciones y solventen sus dudas, centrando la atención en generar expectativas realistas ante el proceso del nacimiento con el fin de mejorar su vivencia tras el proceso. Supone también modificar la manera en que los profesionales nos relacionamos con los usuarios; precisa revisar nuestras habilidades comunicativas, empezar a hablar menos, a escuchar más, a preguntarles sus motivos, sus deseos, sus miedos, a respetar sus silencios, sus llantos, lo que autores como Bimbela (199), también han denominado *couselling*, anglicismo que significaría consejo asistido, relación de ayuda y asesoramiento, elementos comunes al proceso del Coaching.

El *Couselling* es un conjunto de técnicas y habilidades comunicativas cada vez más incorporado a la práctica de los cuidados de los pacientes en el ámbito de la salud. Los tres instrumentos fundamentales del *couselling* son las habilidades emocionales interpersonales (para que el profesional aprenda a volver a pensar), las habilidades emocionales interpersonales (para favorecer que el usuario vuelva a pensar) y el modelo PRECEDE de diagnóstico conductual que permite que el profesional pueda identificar los factores que pueden estar influyendo en la conducta de los usuarios. Este enfoque se basa en el hecho de que una situación produce estrés, cuando se concibe como una amenaza y la persona siente que no tiene suficientes recursos para afrontarla; ante esa situación, el *couselling* trabaja el nivel cognitivo evitando los pensamientos improductivos que se centran en lo negativo de la situación, favoreciendo una reestructuración cognitiva (volver a pensar). No obstante, a veces la comunicación no es fácil, cuesta transmitir lo que queremos, de forma verbal y no verbal. Se trataría de escuchar y empatizar activamente, resumir, sintetizar y luego retroalimentar (89).

A partir de aquí la utilización del coaching, en las sesiones educativas, pensamos que puede favorecer que la mujer sienta que tiene capacidad de elegir y tomar decisiones en algo tan importante para ella, como es el nacimiento de su hijo.

Los PEM precisan de nuevos enfoques educativos más acordes a la realidad asistencial ante la que nos enfrentamos y una sesión educativa basada en el *coaching* es nuestra apuesta. Nuestro entorno asistencial precisa de programas que impliquen a las matronas del hospital en el periodo prenatal para que participen en programas educativos que tengan por objetivo el dotar de estrategias a las mujeres con el objetivo de favorecer su empoderamiento, de una forma coherente, responsable y adaptada al entorno. El *coaching* favorece la adquisición de una mayor

competencia emocional, estimulando en el proceso, que la mujer se sitúe como un elemento proactivo, liderando el proceso del parto cuando éste acontezca. Solo así podremos conseguir adaptar sus expectativas al entorno y en definitiva mejorar su experiencia.

## 3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1 Hipótesis

La sesión educativa basada en el *coaching*, para mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de su gestación, diseñada e implementada durante el transcurso de esta investigación, mejora la experiencia del parto en el hospital, aumentando el nivel de satisfacción y el grado de cumplimiento de expectativas previas al parto

### 3.2 Objetivo General

Determinar la eficacia de una sesión educativa basada en el *coaching*, en relación a la mejora de la satisfacción y al grado de cumplimiento de expectativas; diseñada, implementada y evaluada durante el transcurso de esta investigación

### 3.3 Objetivos específicos

- 1- Describir el perfil socio demográfico, clínico y asistencial de las mujeres participantes en esta investigación (FASE I versus FASE II) durante la gestación y parto
- 2- Medir y analizar el nivel de ansiedad de las mujeres participantes en el estudio (FASES I y II), con el cuestionario STAI-AE y una EVA, durante el tercer trimestre de su gestación, en relación a la forma de finalizar el parto, el Apgar y el peso de los RN al nacer, la percepción del dolor, los miedos, las experiencias de partos anteriores y la asistencia a los cursos de educación maternal
- 3- Diseñar e implementar una sesión educativa basada en el *Coaching* centrada en mejorar los aspectos que una vez analizada la FASE I, parece que podrían influir en el aumento de la satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto
- 4- Determinar las variables dolor en el parto, alivio del mismo ante la administración de tratamiento y miedos percibidos y su relación con el resto de variables estudiadas, estableciendo una comparativa entre ambas fases para valorar el efecto de la sesión educativa
- 5- Determinar la valoración que la mujer hace de la atención recibida en el parto y del hospital en general, su satisfacción y el grado de cumplimiento de expectativas tras el mismo desde un abordaje mixto, cuantitativo y cualitativo, estableciendo en todo ello una comparativa entre ambas fases con el fin de evaluar la eficacia de la sesión educativa



## 4.1 Introducción al diseño de la investigación

La finalidad de esta investigación, fue mejorar la experiencia de las mujeres que acudían a parir al hospital. Con esta idea se diseñó un estudio cuasi-experimental de dos fases bien diferenciadas, consecutivas en el tiempo y con dos grupos de participantes diferentes en cada una de ellas. Como primera fase del estudio surgió la necesidad de realizar una valoración de la atención al parto en el hospital, a través de las experiencias de un grupo de gestantes que posteriormente parieron en el mismo. Una vez analizada dicha información se diseñó una sesión educativa basada en el *coaching* con elementos dirigidos a cubrir las necesidades percibidas tras el análisis de los resultados de la primera fase. En una segunda fase se implementó y evaluó la eficacia de la sesión educativa en relación a la mejora de la satisfacción y cumplimiento de expectativas entre otros.

En el diseño de esta investigación no se optó por una única metodología, debido a que la temática que nos ocupa, exigió pluralidad para, a través de un paradigma positivista-cuantitativo, describir y analizar los aspectos que rodean a la mujer en su embarazo y parto; para después y ayudados por un paradigma cualitativo, incorporar el punto de vista de las mujeres y analizar las cualidades de la experiencia. Por un lado, los estudios cuantitativos permiten conocer una población de manera fidedigna y pormenorizada, sondeando a una pequeña parte representativa de la misma, aportando un conocimiento descriptivo de los problemas objeto de estudio, con un margen de error conocido y aceptable. Por otro lado, los estudios cualitativos permiten llevar a cabo un análisis más profundo de los temas abordados, incorporando de forma vívida las percepciones del individuo (consumidor o usuario de un servicio). Las técnicas cualitativas han permitido acercarnos a las motivaciones, valores, actitudes, intereses y expectativas de las mujeres, obteniendo información muy valiosa.

*“...este tipo de estudios, renunciando a cierto grado de validez externa (en la medida en que los resultados no pueden ser expresados con un margen de error conocido), resultan de gran utilidad, ya que permiten disponer en un intervalo de tiempo reducido de explicaciones válidas y soluciones ad hoc a problemas concretos de una organización o Servicio...” (6).*

Por tanto, en esta investigación y con el objetivo de dar respuesta a los objetivos, se consideró que un diseño mixto, de marcada dominancia cuantitativa con apuntes cualitativos, enfocado a la búsqueda de un conocimiento más amplio y profundo de los motivos que explicaban el porqué del cumplimiento o no cumplimiento de expectativas y de la satisfacción con la experiencia de parto, sería lo más adecuado.

## 4.2 Contexto de la investigación

El HJ23 fue el elegido por las mujeres participantes en este estudio para su parto, este centro pertenece al Instituto Catalán de la Salud (ICS) y es referente para la atención a partos de alto y muy alto riesgo de la provincia de Tarragona. Todas las mujeres participantes en este estudio acudieron a visitarse durante su gestación, al Servicio de Ginecología y Obstetricia del HJ23, centro de referencia para esta especialidad en atención a partos de alto y muy alto riesgo o a los PASSIR de referencia.

A continuación se presentan aspectos de la memoria del Hospital y concretamente del Servicio de Ginecología y Obstetricia, con el propósito de conocer la población en la que está centrada esta investigación.

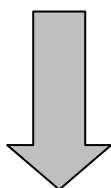
En este centro se atendieron en el año 2012 un total de 1518 nacimientos. El 46% de las mujeres atendidas, en este centro y periodo, controlaron su gestación en las consultas de tocología de los PASSIR, un 33 % fueron controladas en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) en el mismo Hospital, un 20 % eran de origen extra hospitalario y finalmente un 1,3 % no recibieron ningún control de su gestación. El 50,9% de las gestantes atendidas, según la clasificación de riesgo obstétrico de la Generalitat de Catalunya del año 1998, eran de riesgo 2 (alto) o 3 (muy alto), lo que tuvo implicaciones en cuanto al modo de finalizar la gestación ya que en estos grupos el porcentaje de cesáreas fue del 40%, cifra muy superior al porcentaje de cesáreas en gestantes de los grupos de riesgo 0 (bajo) y/o 1 (medio), un 12%. Las mujeres durante el parto fueron atendidas por matronas y ginecólogos y tuvieron la posibilidad, durante el proceso, de solicitar técnicas con las que aliviar el dolor, un 85% de ellas las utilizaron. La analgesia epidural fue la más solicitada y efectiva, técnica administrada por el anestesista, utilizada en el 51% de los partos. Más de la mitad fueron partos eutócicos, y el resto distócicos, con un 18% de partos vaginales instrumentados y un 26% de cesáreas. A comentar también que la forma en que se inicia el trabajo de parto es importante desde el punto de vista del expulsivo. Así en el grupo de mujeres que tuvieron un inicio espontáneo en solo un 16% de los casos se realizó una cesárea, en cambio en aquellas en las que el inicio no fue espontáneo se registraron un 40% de cesáreas como forma de finalizar el parto. La forma de finalizar el parto aparece como un aspecto importante en el discurso de la mujer en su etapa reproductiva y como tal, es interesante comentar estas consideraciones de la población en general, en relación a los objetivos de esta investigación.

### 4.3 Diseño de la Investigación

Se trata de un diseño cuasi experimental, antes-después con grupo control no equivalente. La falta de aleatorización en este diseño no permitió saber, a priori, si los dos grupos que intervenían en el estudio eran similares entre sí, aunque se pudo tener una idea de su similitud una vez administrado el pretest (Cuestionario Preparto, ver ANEXO 10.1) al grupo control y al grupo experimental y analizados los resultados. Al grupo control no se le hizo intervención, solo se le realizaron las observaciones (C1 y C2). E1 es la observación pretest del grupo experimental, E2 es la observación posttest del grupo experimental.

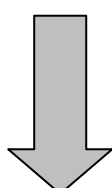
El grupo control de nuestro estudio fue el conformado por las mujeres participantes en la FASE I y el grupo experimental fue la muestra de mujeres participantes en la FASE II. A ambos grupos se les pasaron los mismos instrumentos de recogida de información, en las mismas condiciones y en los mismos periodos de su proceso reproductivo; pero, a diferencia de las mujeres participantes en la Fase I, las gestantes de la Fase II acudieron durante las últimas semanas de gestación, a la sesión participativa creada tras el análisis de las experiencias de las mujeres participantes en la Fase I (Tabla 1)

GRUPOS	MUESTREO	SECUENCIA DE REGISTRO		
		Observación C <sub>1</sub> 3 <sup>r</sup> trimestre gestación	Sesión participativa	Observación C <sub>2</sub> (postparto)
<i>Control</i> (FASE I)	No probabilístico accidental	SI	NO	SI



- Análisis de las experiencias de las mujeres Fase I
- Diseño sesión participativa

GRUPOS	MUESTREO	SECUENCIA DE REGISTRO		
		Observación E <sub>1</sub> 3 <sup>r</sup> trimestre gestación	Sesión participativa	Observación E <sub>2</sub> (postparto)
<i>Experimental</i> (FASE II)	No probabilístico accidental	SI	SI	SI



- Implementación sesión participativa (3<sup>r</sup> trimestre de gestación)
- Análisis de las experiencias de las mujeres Fase II
- Análisis comparativo resultados Fase I (grupo control) y Fase II (Grupo experimental)

Tabla 1. Descripción del diseño de la investigación



#### 4.3.1 Análisis de las experiencias de un grupo de mujeres en su parto. Diseño cuantitativo y Diseño cualitativo (FASE I)

*El diseño cuantitativo* de la FASE I de esta investigación fue analítico, longitudinal y prospectivo. La información fue recogida en dos momentos, durante la gestación y después del parto. En el tercer trimestre de la gestación las mujeres respondieron a preguntas dirigidas a conocer su perfil socio-demográfico y clínico y se recogieron también sus preocupaciones y/o niveles de ansiedad ante el parto (ver ANEXO 10.1). A partir de las 48 horas del parto auto cumplimentaron una segunda parte del dossier, con preguntas relativas al parto y postparto, en la que se recogieron también variables clínicas, su vivencia del parto, así como los aspectos que podrían haber influido positiva y/o negativamente en la experiencia de las mujeres, además registraron la percepción del dolor en el parto, su alivio tras la analgesia, mediante una EVA y sus valoraciones en relación al grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas tras el parto, mediante escalas Likert (ver ANEXO 10.2).

*El diseño cualitativo* nos permitió recoger las percepciones, experiencias e interpretaciones de las mujeres, respecto a la situación concreta en la que se encontraban, dando importancia al dato descriptivo. Para la obtención de estos datos se recurrió a la entrevista semiestructurada (ver guión en ANEXO 10.3); nuestro objetivo fue reducir de un modo sistemático, la vivencia de estas mujeres a un sistema de representación más fácil de tratar y analizar. La entrevista semiestructurada, creó un contexto formal de interacción entre el investigador y la mujer y la información obtenida en la misma, permitió obtener datos basados en los objetivos planteados al inicio de la investigación (200).

La utilización de esta técnica nos permitió, a través de la formulación de preguntas y una actitud de escucha activa, describir e interpretar las vivencias, acciones, actitudes, o acontecimientos desde la perspectiva de la propia mujer, quien expresó sus sentimientos, emociones, valores, creencias, pensamientos, etc. Pudimos describir con detalle, el esquema de significados de la mujer, ante el proceso vivido, lo que nos permitió estudiar los aspectos, que podrían haber condicionado la satisfacción y el cumplimiento de expectativas de las mujeres tras el parto. El contenido de las entrevistas, fue grabado y transcrito literalmente. Tras varias lecturas se procedió a un análisis de contenido mediante la segmentación e identificación de categorías y subcategorías que emergían del contenido de las mismas.

La información obtenida, el análisis de dichos aspectos y las diferentes relaciones establecidas entre ellos, dieron paso a la elaboración de una sesión educativa para mujeres que se encontraran en el último trimestre de su gestación, centrada en mejorar aquellos aspectos que tras el análisis

se identificaron como influyentes en cuanto a la satisfacción maternal y al grado de cumplimiento de expectativas tras el parto.

#### 4.3.2 Diseño de la sesión participativa

Se diseñó una sesión educativa basada en el coaching, a partir de un profundo análisis de los resultados obtenidos en la FASE I y de la valoración de las alternativas educativas actualmente vigentes en nuestro entorno asistencial, el PEM, de 8 semanas de duración, que se imparte actualmente en los PASSIR, basado en el Programa “Educatió maternal. Preparació per el naixement” (2009) y la sesión educativa que se imparte en el HJ23.

Para valorar los dos programas educativos anteriormente comentados se realizó un análisis DAFO<sup>9</sup> (Tabla 2).

<b>Esquema de un análisis DAFO</b>	
<b>Análisis INTERNO</b>	<b>Análisis EXTERNO</b>
<p><b>DEBILIDAD</b></p> <p>Aspecto negativo de una situación interna y actual</p>	<p><b>AMENAZA</b></p> <p>Aspecto negativo del entorno exterior y su proyección futura</p>
<p><b>FORTALEZA</b></p> <p>Aspecto positivo de una situación interna actual</p>	<p><b>OPORTUNIDAD</b></p> <p>Aspecto positivo del entorno exterior y su proyección futura</p>

Tabla 2. Esquema de un análisis DAFO

Este proceso nos ayudó a encontrar los factores estratégicos críticos, de ambos programas educativos, para una vez identificados, usarlos y apoyar en ellos los cambios propuestos: consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades, aprovechando las ventajas de las oportunidades y eliminando o reduciendo las amenazas. El procedimiento planteado nos ayudó por un lado a rescatar los aspectos más interesantes de estos dos programas y por otro a desestimar aquellos que no se ajustaban al proyecto educativo de esta investigación.

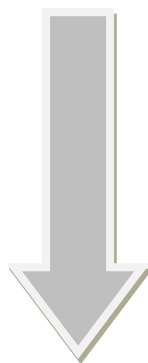
<sup>9</sup> Análisis DAFO, metodología que valora de un modo sistemático la situación de un proyecto, que analiza sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades)

Como única diferencia metodológica con la FASE I, en la FASE II se implementó la sesión participativa, diseñada al final de la FASE I del estudio, tras lo que se evaluó la eficacia de la misma. El análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados, se realizó en las mismas condiciones que en la FASE I, con el objetivo de conocer los aspectos, que podrían haber condicionado la satisfacción y el cumplimiento de expectativas de las mujeres, en la FASE II, entre otros.

#### 4.4 Población de estudio

POBLACIÓN DIANA
Mujeres que acudieron a visitarse durante el tercer trimestre de su gestación, al HJ23 o a los PASSIR de referencia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Ser mayor de edad
Dar su consentimiento verbal y escrito
No presentar deterioro cognitivo
No presentar dificultades idiomáticas
Encontrarse en el tercer trimestre de gestación



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Ser menor de edad
No dar su consentimiento verbal y escrito
Presentar deterioro cognitivo
Presentar dificultades idiomáticas
No encontrarse en el tercer trimestre de gestación
No acudir finalmente a parir a HJ23 de Tarragona

POBLACIÓN DE ESTUDIO
Mujeres que eligieron el HJ23 para dar a luz a su hijo y que acudieron a visitarse durante el tercer trimestre de su gestación:
a) FASE I: Mujeres que acudieron a visitarse entre Octubre de 2011 y Marzo de 2012
b) FASE II: Mujeres que acudieron a visitarse entre Diciembre de 2012 y Abril 2013

#### 4.5 Cálculo del tamaño de la muestra

##### 4.5.1 FASE I

El cálculo de la muestra se realizó en base a una prueba piloto previa (n=14) en la que el porcentaje del grado de cumplimiento de las expectativas de parto inferior al esperado fue del 35'7%. En base a este resultado y para obtener una precisión de aproximadamente el 10% en su

estimación con un nivel de confianza del 95% se calculó que sería necesario incluir a 78 participantes para la fase cuantitativa. En el estudio cualitativo no se recurrió a la saturación de los datos para saber a cuantas mujeres debíamos incluir en la investigación ya que se decidió que la totalidad de las mujeres participantes (n=78) fueran entrevistadas tras el parto.

#### 4.5.2 FASE II

La muestra de participantes de esta fase, se calculó tomando como referencia las variables de la FASE I que se pretendían mejorar, tras la implementación de la sesión educativa participativa: la percepción del dolor en el parto (EVA) (variable 27)), la valoración del Hospital (variable 50), el nivel de satisfacción (variable 51) y el grado de cumplimiento de expectativas (variable 52) (Tabla 3)

VARIABLES A ESTUDIO
<p><b><i>La variable 27- Dolor en el parto (EVA)</i></b></p> <p><i>Presenta una media de 8 (DS=3) para el grupo control. En el grupo intervención esperamos encontrar una diferencia de 2 unidades respecto los controles. Considerando estos datos, aceptando un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, se necesitan como mínimo 36 mujeres por grupo para detectar diferencias estadísticamente significativas.</i></p>
<p><b><i>La variable 50- Valoración del hospital</i></b></p> <p><i>Presenta una media de 8 (DS=1) para el grupo control. En el grupo intervención esperamos encontrar una diferencia de 2 unidades respecto los controles. Considerando estos datos, aceptando un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, se necesitan como mínimo 4 mujeres por grupo para detectar diferencias estadísticamente significativas.</i></p>
<p><b><i>Las variables 51 y 52- Nivel de satisfacción y cumplimiento de expectativas, respectivamente</i></b></p> <p><i>Tienen 3 posibles respuestas. Se espera obtener una mejora del 33.3% respecto el control después de la intervención educativa. Considerando estos datos, aceptando un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, se necesitan como mínimo 40 mujeres por grupo para detectar diferencias estadísticamente significativas.</i></p>

Tabla 3. Cálculo del tamaño de muestra de la Fase II para diferentes variables

Considerando los cálculos de todas las variables objetivo, el tamaño mínimo de la muestra sería de 40 mujeres para esta fase. A su vez y considerando una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%, se incluyeron en el estudio un total de **44 mujeres**.

Como en la fase anterior y en las mismas condiciones, se realizó una entrevista semiestructurada a las 44 mujeres participantes de la FASE II de este estudio.

*El muestreo* fue no probabilístico accidental. Se obtuvo una muestra de mujeres conveniente para el estudio. Las mujeres eran captadas por la investigadora, cuando ésta acudía a la consulta de control de gestación del HJ23 (aquí se atiende a gestantes de riesgo y/o a todas las gestantes que parirán en el Hospital, durante su tercer trimestre de gestación) y/o a la sala de Partos, o por matronas que trabajaban en el Hospital o en los PASSIR de referencia, a los que acudían las mujeres durante su gestación.

## **4.6 Recogida de datos y fuentes de información**

### **4.6.1 Abordaje cuantitativo (FASES I y II)**

Se observaron y registraron, de forma sistemática las siguientes variables: variables demográficas (edad, estudios realizados...), variables clínicas de su embarazo (catalogación de riesgo del embarazo, edad gestacional...), la asistencia a cursos de educación maternal, los niveles de ansiedad previos al parto, variables clínicas relacionadas con el momento del parto y postparto (tipo de parto, tipo de anestesia, peso y Apgar del RN...) y variables relacionadas con la vivencia del parto (ansiedad y miedos, dolor en el parto, tratamiento del dolor y niveles de satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto) (ver ANEXO 10.4).

Las variables fueron recogidas mediante un cuaderno de recogida de datos ad hoc, al que llamamos dossier, creado tras revisar la bibliografía existente. Elaboramos un dossier para cada mujer como instrumento para la recogida ordenada de los datos, una parte del mismo lo cumplimentaron durante la gestación (parte I), (ver ANEXO 10.1) y la otra en el postparto (parte II), (ver ANEXO 10.2).

La parte I del dossier la cumplimentaron durante el último trimestre de su gestación y coincidiendo con alguna de las visitas al hospital o al PASSIR a donde acudían a realizarse los controles de gestación o a los PEM y la parte II, la cumplimentaron durante su ingreso en el hospital tras el parto, a partir de las 48h horas postparto y antes de su alta a domicilio.

**Dossier (parte I):** estaba compuesto por: 15 preguntas en las que recogíamos información sobre variables socio demográficas (edad, estado civil, país de procedencia, estudios realizados y situación laboral) e información sobre variables médicas y clínicas, en relación a sus antecedentes médicos y su gestación actual (entre otros: catalogación riesgo de su embarazo, nº de hijos, experiencias anteriores, lugar de control de su gestación, asistencia a los PEM en el PASSIR y/o asistencia a la sesión informativa del HJ23. Por último se les pasaba el STAI-AE y una EVA para valorar su nivel de ansiedad previo al parto.

En esta investigación se utilizó únicamente una de las dos escalas del STAI, la Ansiedad –Estado (STAI-AE), con el objetivo de conocer como se encuentra emocionalmente la gestante en el periodo anteparto. El STAI fue diseñado para ser auto cumplimentado y hay que leer detenidamente las instrucciones impresas en el encabezamiento de la escala, ya que su validez se basa en que el evaluado entienda claramente las instrucciones referentes al estado y refleje sus impresiones sobre lo que siente “en ese momento”. En la versión española del STAI se ha cambiado la escala 1-4 original por otra (0-3). Las puntuaciones del STAI-AE pueden variar desde 0 hasta 60 puntos (85). La corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante, o sea la puntuación directa (STAI PD) , a la fórmula impresa en la esquina superior izquierda.

**Dossier (parte II):** estaba compuesto por 35 ítems o preguntas organizadas por apartados donde recogimos información en relación a variables relacionadas con el parto (semanas de gestación, tipo de parto, anestesia y tipo), variables relacionadas con el neonato (peso al nacer y Apgar), variables relacionadas con la satisfacción ante el tratamiento del dolor en el parto y por último variables relacionadas con la satisfacción en general (satisfacción ante la atención percibida, valoración de la calidad de la información recibida, del hospital en general, valoración del acompañamiento prestado por la matrona en el parto, nivel de satisfacción con el proceso y grado de cumplimiento de las expectativas previas). A continuación se les evaluó la ansiedad postparto, la percepción del dolor durante el parto y su alivio tras administrarle analgesia con escalas EVA.

Como medición del dolor en el parto y de su alivio tras la administración del tratamiento, utilizamos una escala EVA para medir la intensidad del dolor, donde cero significa “sin dolor” y el diez “el peor dolor posible”. La utilización de esta escala en la medición del dolor en el parto es una práctica común y ha demostrado ser efectiva (201).

Por último, se les invitaba a que hicieran una valoración sobre una lista de once posibles miedos que tal vez tuvieron o sintieron durante su parto, invitándoles a que los cuantificaran según una escala de 0 a 3 (0 nada, 1 algo, 2 bastante, 3 mucho), elaborada a partir de los miedos que resultaron más representativos y que fueron verbalizados por las mujeres participantes en la prueba piloto previa a esta investigación.

A la parte II del dossier, en la FASE II, se añadieron 3 preguntas (53,54,55), con el objetivo de conocer mejor la asistencia real al PEM de los PASSIR y/o su asistencia a la sesión educativa del HJ23; esta información se pedía en el cuestionario preparto, durante el tercer trimestre de gestación, pero se valoró que probablemente algunas mujeres acudieron a estas sesiones con

posterioridad a la cumplimentación del cuestionario preparto por lo que se valoró que recoger la información tras el parto sería más adecuado.

#### 4.6.2 Abordaje cualitativo (FASES I y II)

Por último, una vez cumplimentada la parte II del dossier, en el postparto, la investigadora se sumergió en la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas a todas y cada una de las mujeres de las FASES I y II, a partir de las 48h postparto. El uso de un enfoque de tipo cualitativo nos permitió conocer más de cerca las experiencias de las mujeres, aproximarnos a distintos aspectos de dicha realidad través del lenguaje y su capacidad de simbolización y por último nos ayudó a entender los significados que éstas daban a sus acciones.

La entrevista se realizó en la habitación de la planta en la que estaba la mujer ingresada, tras habernos citado con anterioridad, en un momento en el que no había más familia que el recién nacido. Se les preguntaba por su experiencia en el parto, por los aspectos que ellas pensaban habrían influido en la valoración de su satisfacción con el proceso y en sus deseos o expectativas cumplidas o no, dejando espacio para que pudieran hablar de lo que era importante para ellas en el proceso (ANEXO 10.3). Se les explicó la necesidad de grabación de la entrevista (asegurando su uso exclusivo para este propósito) y se insistía en que si en algún momento deseaban abandonar o interrumpir la entrevista podían hacerlo. La duración de las entrevistas fue de entre 45 y 60 minutos

### 4.7 Métodos estadísticos y análisis de datos

#### 4.7.1 Abordaje cuantitativo (FASES I y II)

Para codificar y analizar información obtenida con metodología cuantitativa, las pruebas estadísticas empleadas fueron diversas de acuerdo con las características de las variables medidas y el diseño empleado en el registro de los valores.

Se realizó el análisis en paralelo por “intención de tratar” y “por protocolo”. El análisis por intención de tratar reflejó los resultados observados en la práctica clínica. El análisis por protocolo se realizó sólo a las gestantes en las que se pudo medir la variable de respuesta y que, además, cumplieron adecuadamente los cuestionarios.

Los descriptivos de variables categóricas son las frecuencias absolutas (N) y relativas (%). Su representación gráfica son los diagramas de barras. Para determinar la dependencia entre dos variables categóricas se aplica una prueba de  $\chi^2$ . Para cumplir sus condiciones de aplicación, cuando es necesario, se agrupan las categorías. Un p-valor  $< 0,05$  nos indica que las 2 variables

están relacionadas. Cuando las 2 variables son ordinales se calcula la Tau-B de Kendall para cuantificar la relación lineal; un p-valor  $< 0,05$  nos indica que este coeficiente es diferente de 0.

Los descriptivos de variables cuantitativas no-normales o scores son la mediana (Mdn) y los percentiles 25 y 75 (P25 y P75), respectivamente. Para determinar diferencias entre grupos, se aplicó una prueba de Mann-Whitney (entre dos grupos) o Kruskal-Wallis (entre más de dos grupos). Se aplica la corrección de Bonferroni en los p-valores cuando tenemos más de 2 grupos.

Para determinar la relación entre dos variables cuantitativas no normales o scores se calculó el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) y su p-valor. Cuando  $Rho > 0$  nos indica una relación directa, y  $Rho < 0$  inversa. El valor absoluto de Rho cercano a 0 nos indica poca relación, y un valor cercano a 1 nos indica relación de dependencia total o exactitud. El diagrama de puntos es su representación. El  $R^2$  nos indica que proporción de una variable está explicada por la otra, en tanto por 1.

La regresión lineal múltiple se empleó para explorar la asociación entre una variable dependiente cuantitativa y varias variables independientes. Se ha elegido el criterio “forward” para seleccionar de entre las variables independientes candidatas las que más contribuyen a la explicación de la dependiente por orden decreciente de importancia.

Las variables cuantitativas de interés (por ejemplo, EVA) se categorizaron según criterios estadísticos.

Los factores de riesgo para el dolor, alivio, etc., fueron identificados a partir de modelos de la regresión logística múltiple. La regresión logística también fue la herramienta utilizada para estudiar los efectos de confusión e interacción entre variables.

El nivel de significación para todas las pruebas estadísticas se establece en un valor de  $p < 0,05$ . El análisis de los datos se realizó con el software SPSS para Windows versión 15.

#### 4.7.2 Abordaje cualitativo (FASES I y II)

La información procedente de las entrevistas semiestructuradas fue transcrita literalmente tras las grabaciones. Después de una primera aproximación a los datos se crearon dos grandes dimensiones y de cada una de ellas surgieron las categorías, las cuales fueron definidas. A través de lecturas sucesivas y mediante un proceso de codificación se fueron adjuntando extractos de entrevista a las categorías, lo que permitió realizar un análisis de contenido, descriptivo e interpretativo, con la intención de descubrir la significación del mensaje.



El análisis de contenido es en palabras de Berelson (202), “(...) *una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, teniendo como fin interpretarlos*”

Para el análisis de las entrevistas se recurrió a utilizar cuatro de las variantes de análisis de contenido descritas por Mendoza (203). Se procedió a un tipo de *análisis de contenido cualitativo* que permitió verificar la presencia de temas, palabras y conceptos en el contenido de las entrevistas; para posteriormente realizar un *análisis de contenido cuantitativo* en el que se estableció la frecuencia y las comparaciones de frecuencia de aparición de los elementos de las unidades de información o de significación (las palabras, las partes de las frases, las frases enteras, etc.). Posteriormente se realizó un *análisis de contenido directo*, tomando el sentido literal del discurso, para después realizar un *análisis de contenido indirecto* buscando extraer el contenido latente que se escondía detrás del contenido manifiesto, recurriendo a la interpretación del sentido de las categorías emergentes, de su frecuencia, sus asociaciones, etc.

Los tipos de análisis de contenido están asociados, según refiere Mendoza, a los debates que han marcado la evolución de la metodología, es decir la controversia entre “*el contenido manifiesto versus el contenido latente*” así como la que muestra “*el análisis cuantitativo versus el análisis cualitativo*” (203).

El análisis de contenido concilia el análisis cuantitativo y cualitativo del discurso; frente a la importancia de la frecuencia de elementos del primero, la importancia de la novedad, el interés y el valor de un tema del segundo, lo que parece demostrar la pertinencia y la complementariedad de las perspectivas cuantitativas y cualitativas de este tipo de análisis (203).

Se utilizó en el proceso de categorización de los temas emergentes del discurso el programa informático de soporte a la investigación cualitativa MaxQDA versión 10.

#### **4.8 Aspectos éticos y legales**

Previa a su participación, se obtuvo el consentimiento de las mujeres, a las que antes se les explicó el estudio, y se les hizo entrega de la información escrita. Se precisó elaborar una hoja informativa y un consentimiento informado para cada una de las fases del estudio (ver ANEXOS 10.5 y 10.6)

En la realización de este estudio se han seguido los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, y la ley 15/1999 de protección de datos y el RD 1720/2007, de desarrollo de la ley 15/1999.

La FASE I de esta investigación, junto al estudio piloto previo, con el título “Ansiedad y Miedos de las gestantes ante el parto”, código de protocolo ANS-1 (ref. Comité Ético de Investigaciones Clínicas (CEIC) 14/2011) fue aprobada el día 30 de Marzo de 2011 por el CEIC del HJ23 (ver ANEXO 10.7) y la FASE II, con el título: “Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora”, código de protocolo EXPECT-1 (ref. CEIC 84/2012) fue aprobada por el mismo CEIC el día 4 de Diciembre de 2012 (ver ANEXO 10.8). Ambas fases del estudio fueron evaluadas por este comité dictaminando que se cumplían los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, estando justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto y concluyendo que la capacidad del investigador y los medios disponibles eran apropiados para llevarlo a cabo. Los datos de las mujeres fueron codificados. A cada mujer se le asignó un código, con el que se identificaron los cuestionarios del estudio. Se recogieron datos de la historia clínica los cuales fueron tratados de forma anónima.

#### **4.9 Limitaciones del estudio**

El tipo de diseño y la no aleatorización de las participantes comporta que los resultados de este estudio no se puedan generalizar; sin embargo en palabras de Icart (200), este tipo de estudio:

*“ (...) al proporcionar información sobre la posible equivalencia de los grupos mediante el pre-test, se acerca a los objetivos de la validez interna y se puede pensar que el diseño resiste frente a los principales factores que amenazan su validez (historia, maduración, administración de test, etc) ”*

Creemos importante comentar, además, que el contacto con las mujeres gestantes se realizó en el hospital donde ellas acudían a ser tratadas o revisadas o durante su estancia en el hospital durante su ingreso postparto. La persona que les acogía para el estudio se presentaba como matrona y podía ir o no uniformada. Las circunstancias comentadas podrían condicionar algunas de las respuestas formuladas por las mujeres y como consecuencia de las relaciones de poder implícitas que pueden crearse en estas situaciones.



## 5 RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos divididos en las dos fases en las que se ha articulado esta investigación, FASE I y FASE II.

En la FASE I, de análisis de la situación, los resultados han sido divididos en cuatro apartados. En el primero se presentan los datos descriptivos de la totalidad de las variables estudiadas (ver ANEXO 10.4).

En el segundo se presentan los resultados del análisis bivariante y multivariante de las variables relacionadas con la ansiedad, el miedo y el dolor en el parto.

En el tercer apartado se analizan los resultados relacionados con la satisfacción tras la experiencia y el cumplimiento de las expectativas previas, en primer lugar desde una perspectiva cuantitativa siguiendo el mismo esquema del apartado anterior, para a continuación exponer y analizar los resultados del abordaje cualitativo.

Por último en el cuarto apartado, se expone como resultado, la sesión educativa basada en el coaching, elaborada a partir de un profundo análisis de los resultados de los tres apartados anteriores y del análisis DAFO del PEM que se imparte actualmente en los PASSIR y de la sesión educativa que se imparte en el HJ23.

En la FASE II, en la que se implementó y evaluó la sesión educativa, los resultados obtenidos se han dividido al igual que en la fase anterior en 4 apartados.

En el primero se presentan los datos descriptivos de la muestra de mujeres participantes en la FASE II a la vez que se establece un estudio comparativo de estos resultados con los obtenidos en la FASE I, con el objetivo de comparar ambas muestras.

En el segundo apartado se describe la implementación de la sesión educativa

En el tercer apartado se describen los resultados obtenidos tras el vaciamiento y análisis de los resultados obtenidos en la fase postparto, tras la implementación de la sesión educativa.

En el cuarto apartado se presentan los resultados del análisis bivariante y multivariante de las variables relacionadas con la ansiedad, el miedo y el dolor en el parto correspondientes a esta fase. Comparando parte de éstos con los obtenidos en la FASE I.

En el quinto apartado se analizan los resultados relacionados con la satisfacción tras la experiencia y el cumplimiento de las expectativas previas en la FASE II, comparando parte de

éstos con los obtenidos en la FASE I, desde una perspectiva cuantitativa. A continuación se exponen y analizan los resultados del abordaje cualitativo.

## 5.1 FASE I- Análisis de la experiencia de un grupo de mujeres en su parto

### 5.1.1 Estudio descriptivo

**Datos sociodemográficos** Participaron en el estudio 78 mujeres, la mediana de edad de las mismas se situó en 32 años (P25: 29 y P75: 35). El 92% estaba casada o vivía en pareja y eran españolas el 87% y ocupaban el segundo lugar en cuanto a participación, las mujeres procedentes de Sudamérica (Figura 1). El 66% de la muestra tenía estudios secundarios o superiores (Figura 1) y trabajaban fuera de casa el 75% del total de mujeres participantes.

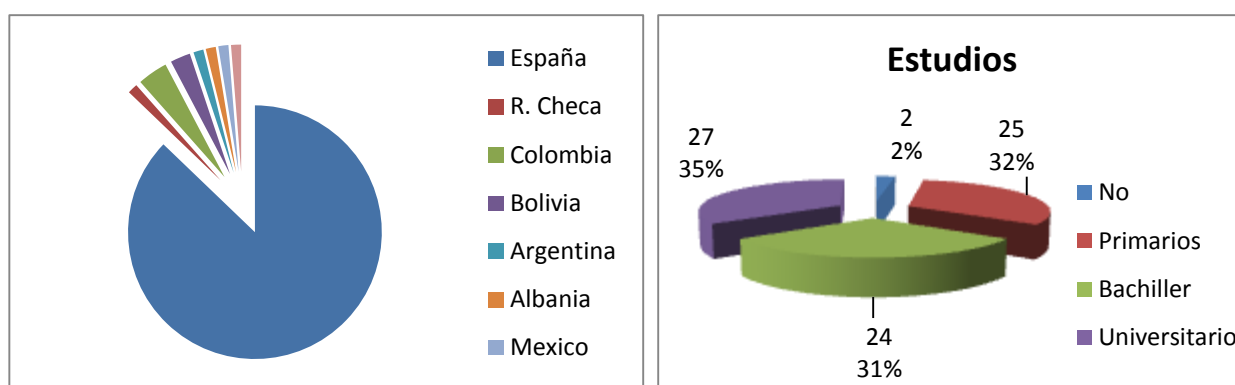


Figura 1. Nivel de estudios y procedencia de la muestra (FASE I)

**Información relativa a su embarazo** Los antecedentes médicos personales que presentaron las mujeres no eran relevantes. La catalogación de riesgo de embarazo<sup>10</sup> para estas mujeres ofreció los resultados que se muestran en el gráfico siguiente, observándose que la mayoría tenía un riesgo bajo o medio. La mayoría de las mujeres eran primíparas. (Figura 2)

<sup>10</sup> El análisis del riesgo para la madre y el feto se realiza durante todo el embarazo con el objetivo de facilitar la regionalización de los servicios de atención según la clasificación propuesta en el Protocolo de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya 2005 (2ª edició) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

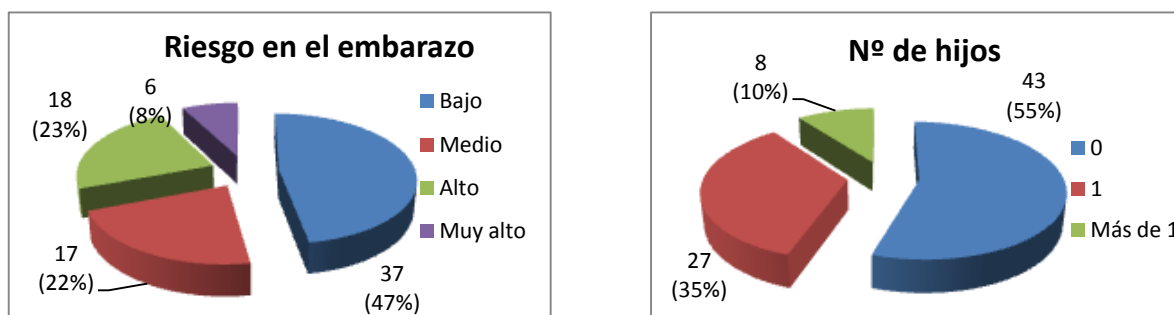


Figura 2. Catalogación del riesgo en el embarazo y paridad de las mujeres (FASE I)

Las mujeres que habían tenido partos anteriores, catalogaron su experiencia previa, de forma diversa, el 34% lo hizo como mala o muy mala (Figura 3) y el 8% del total tuvieron hijos prematuros en partos anteriores (Figura 4)

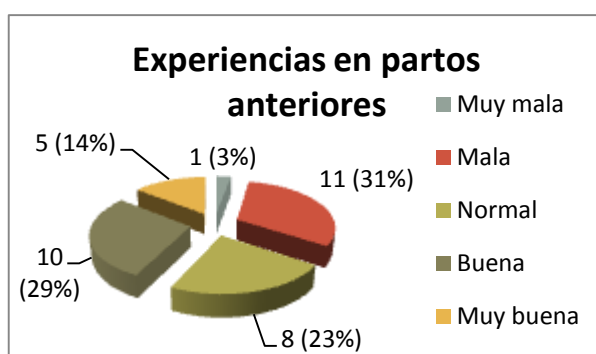


Figura 3

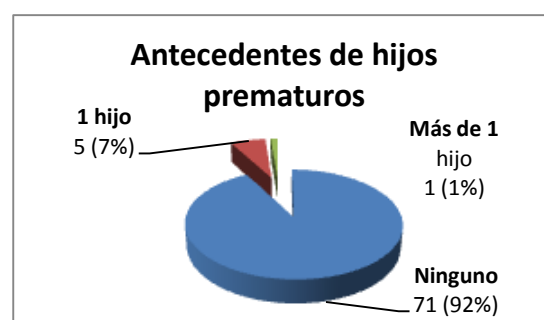


Figura 4

Figura 3. Catalogación de la experiencia de partos anteriores (FASE I)

Figura 4. Antecedentes de prematuridad (FASE I)

En la Figura 5 se muestra la asistencia de las mujeres al PEM del PASSIR y en la Figura 6 a la sesión educativa impartida en el HJ23 (Figuras 5 y 6).



Figura 5

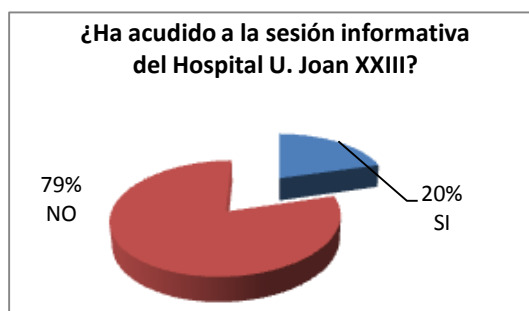


Figura 6

Figura 5. Asistencia al programa de educación maternal del PASSIR (FASE I)

Figura 6. Asistencia a la sesión educativa impartida en el hospital (FASE I)

El 94% de las mujeres controló su embarazo entre los ámbitos de la Atención Primaria (56%) y el HJ23 (38%). El 5% restante se controló en el ámbito privado.

### *Información relativa al parto*

Las mujeres del estudio parieron, en su gran mayoría, dentro del periodo establecido como normal (37 a 42 semanas) (Figura 7). Solo en un caso la presentación fetal fue de nalgas, en el resto la presentación fue cefálica. Las mujeres del estudio tuvieron partos eutócicos en algo más de la mitad de los casos (Figura 8)

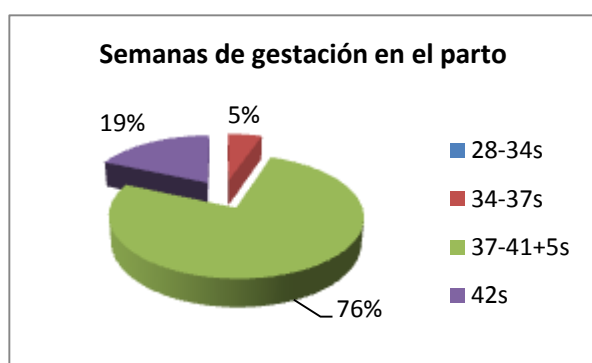


Figura 7

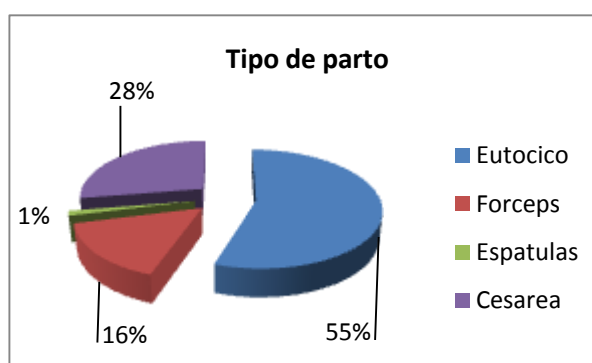


Figura 8

Figura 7. Edad de gestación en el parto (FASE I)

Figura 8. Tipo de parto (FASE I)

### ***Información relativa al recién nacido***

Los RN presentaron mayoritariamente, una valoración de Apgar, a los 5 minutos de nacer, de entre 7 y 10 (considerada normal), los pocos casos (N=3) que presentaron depresión moderada (entre 3 y 7), requirieron observación y tratamiento durante las 24-48h posteriores a su nacimiento, tras lo que evolucionaron favorablemente no presentando más complicaciones (Figura 9). La mayoría de los recién nacidos tuvieron pesos en el rango de normalidad (2500-4000g) no presentando en ninguno de los casos restantes, problemas de salud consecuentes a este motivo (Figura 10).

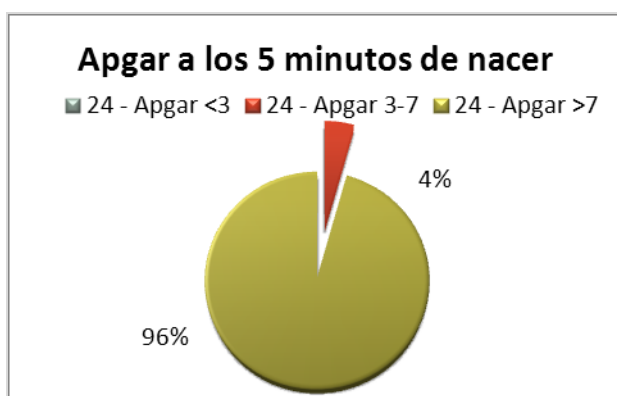


Figura 9

Figura 9. Apgar de los RN (FASE I)

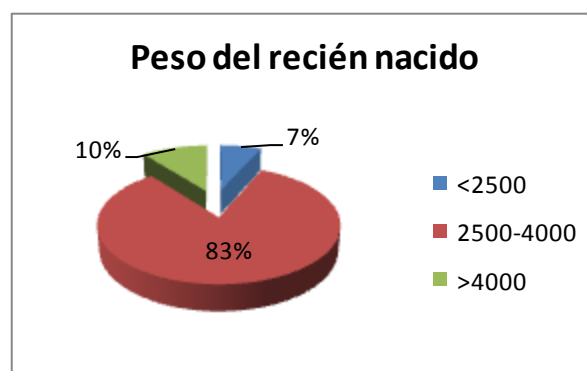


Figura 10

Figura 10. Peso de los niños al nacer (FASE I)

La lactancia materna fue la opción elegida para alimentar a sus hijos por el 83% de las mujeres, frente a la lactancia artificial opción elegida por el 17% restante.

### ***El dolor del parto y su tratamiento***

La medición del dolor en el parto y de su alivio tras serle administrado tratamiento (Tto), con la escala EVA, fueron para el total de la muestra (N=78): dolor en el parto: Mdn= 9; P25=7; P75=10; y alivio del dolor: Mdn= 7; P25: 4; P75: 10.

Se administró analgesia al 85% de las mujeres del estudio y en el 95% de los casos (80,7% del total) la elegida fue la analgesia epidural.



En relación a la gestión del dolor y su tratamiento, el análisis realizado nos muestra que el 85,5% de las mujeres refirió no haber recibido información antes del parto de las técnicas analgésicas existentes, siendo el alivio del dolor un aspecto valorado como muy importante por el 93,4% de las gestantes (Figura 11). El 39,5% y 42,1% consideraron que se les había tratado bien y/o muy bien el dolor y el 53 % apuntaron posibles mejoras al tratamiento del dolor: poner antes la epidural, mayor sensibilidad en las piernas, poder deambular, mayor grado de analgesia, etc. (Figura 12).

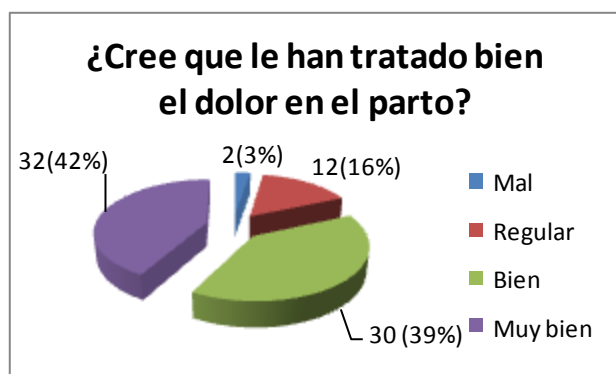


Figura 11

Figura 11. Valoración de la analgesia administrada en el parto (FASE I)

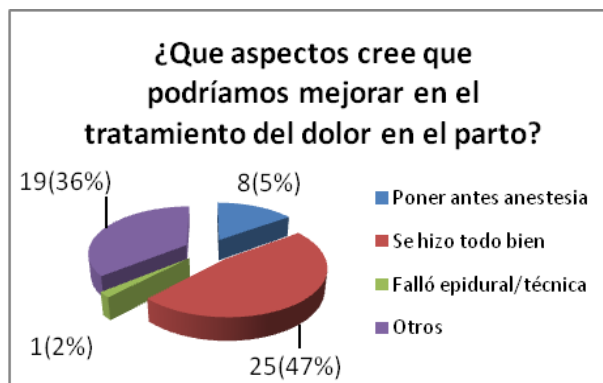


Figura 12

Figura 12. Aspectos a mejorar en el tratamiento del dolor (FASE I)

### *Miedos percibidos por las gestantes en el parto*

Las mujeres valoraron retrospectivamente los miedos que percibieron durante su parto, sobre una lista de posibles miedos, invitándoles a que los cuantificaran según una escala de 0 a 3 (0 nada, 1 algo, 2 bastante, 3 mucho), elaborada a partir de los miedos más representativos verbalizados por las mujeres participantes en la prueba piloto (Tabla 4)

**RESULTADOS**

<b>Miedos ante el parto</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Miedo a la anestesia</i>	<i>Nada</i>	25	32,5
	<i>Algo</i>	27	35,1
	<i>Bastante</i>	16	20,8
	<i>Mucho</i>	9	11,7
<i>Miedo al anestesista (por trato inadecuado, descuido o desconfianza)</i>	<i>Nada</i>	44	57,9
	<i>Algo</i>	22	29
	<i>Bastante</i>	7	9,2
	<i>Mucho</i>	3	3,9
<i>Miedo al ginecólogo (por trato inadecuado, descuido o desconfianza)</i>	<i>Nada</i>	53	70,7
	<i>Algo</i>	14	18,7
	<i>Bastante</i>	7	9,3
	<i>Mucho</i>	1	1,3
<i>Miedo a tener complicaciones en el parto</i>	<i>Nada</i>	14	18,2
	<i>Algo</i>	30	39
	<i>Bastante</i>	20	26
	<i>Mucho</i>	13	17
<b>Miedo al dolor del parto</b>	<i>Nada</i>	10	13,2
	<i>Algo</i>	17	22,4
	<i>Bastante</i>	<b>30</b>	<b>39,4</b>
	<i>Mucho</i>	<b>19</b>	<b>25</b>
<i>Miedo al dolor postparto</i>	<i>Nada</i>	13	16,9
	<i>Algo</i>	29	37,7
	<i>Bastante</i>	29	37,7
	<i>Mucho</i>	6	7,8
<i>Miedo a la matrona (por trato inadecuado, descuido o desconfianza)</i>	<i>Nada</i>	64	84,2
	<i>Algo</i>	9	11,8
	<i>Bastante</i>	3	3,9
	<i>Mucho</i>	0	0,0
<i>Miedo a los errores médicos</i>	<i>Nada</i>	43	55,8
	<i>Algo</i>	25	32,5
	<i>Bastante</i>	6	7,8
	<i>Mucho</i>	3	3,90
<i>Miedo a no ser capaz</i>	<i>Nada</i>	26	34,2
	<i>Algo</i>	29	38,2
	<i>Bastante</i>	15	19,7
	<i>Mucho</i>	6	7,9
<b>Miedo a que mi hijo sufra algún daño</b>	<i>Nada</i>	9	11,7
	<i>Algo</i>	24	31,2
	<i>Bastante</i>	<b>18</b>	<b>23,4</b>
	<i>Mucho</i>	<b>26</b>	<b>33,8</b>
<i>Miedo a no controlar la situación</i>	<i>Nada</i>	24	31,6
	<i>Algo</i>	36	47,4
	<i>Bastante</i>	13	17,1
	<i>Mucho</i>	3	3,9

Tabla 4. Valoración de los miedos percibidos por las gestantes

### ***Ansiedad antes y después del parto***

A continuación se muestran los valores obtenidos en relación al nivel de ansiedad previo al parto, medido con los instrumentos STAI-AE y EVA.

Con el cuestionario STAI-AE se valoró la STAI-PD del global de la muestra estudiada (N: 78): Mdn = 20; P25= 13; P75= 27; a continuación los resultados del STAI-PD fueron agrupados en los percentiles 33 y 66 como puntos de corte, distribuyendo los resultados en tres niveles de ansiedad: bajo (por debajo del percentil 33), medio (entre los percentiles 33 y 66) y alto (por encima del percentil 66), tal como Hernández aplicó en su investigación, en la que valoró el nivel de ansiedad en una población de gestantes similar a la nuestra (101,102). A destacar, que el 30,8% de las mujeres participantes en la FASE I, presentó niveles de ansiedad altos (Tabla 5).

Tabla 5. Nivel de ansiedad (STAI: PD)

	<i>N</i>	<i>Mediana</i>	<i>P25</i>	<i>P75</i>
<b>bajo</b>	27(34,6%)	12	8	13
<b>medio</b>	27(34,6%)	20	19	22
<b>alto</b>	<b>24(30,8%)</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>34</b>

Al medir el valor de ansiedad previo al parto con la escala EVA, se obtuvo el siguiente resultado: Mdn= 5; P25= 5; P75= 7. Con la misma escala, se midió el nivel de ansiedad en el postparto, obteniendo el resultado que se muestra a continuación: Mdn= 3; P25=0; P75= 5.

### ***Valoración de la atención recibida en el parto***

El 100% de la muestra se sintió tratada con respeto y la mayoría de las mujeres afirmaron que al dirigirse a ellas lo hacían llamándolas por su nombre (87,8%). Prácticamente la totalidad de la muestra (97,3%) pudo estar acompañada la mayor parte del proceso por la persona que ellas habían elegido y se sintieron informadas de cómo iba el proceso (97,3%). También la mayoría de ellas valoró el acompañamiento de la matrona como adecuado (97,4%).

### ***Satisfacción con el proceso y cumplimiento de las expectativas***

Para el total de mujeres (n=78) el valor de la mediana de valoración del hospital tras su estancia fue de 8 (P25: 7 y P75: 9). Teniendo en cuenta la atención recibida, las mujeres concretaron diferentes grados de satisfacción ante el proceso (Figura 13), a la vez que catalogaron de forma diversa el grado de cumplimiento de expectativas tras el parto, resaltando el alto grado de incumplimiento de las mismas (Figura 14).

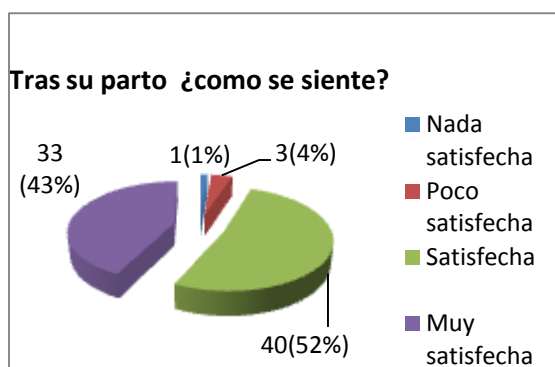


Figura 13

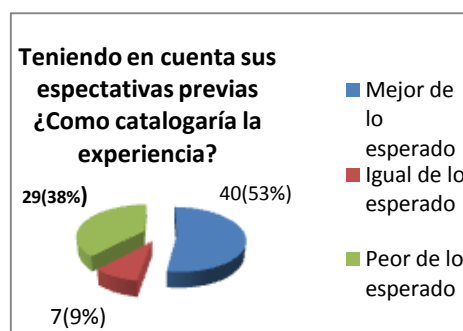


Figura 14

Figura 13. Nivel de satisfacción tras la experiencia (FASE I)

Figura 14. Grado de cumplimiento de expectativas (FASE I)

#### 5.1.2 Análisis de la ansiedad, miedos y dolor en el parto

##### ***Correlación entre escalas de medición de la ansiedad***

El cálculo del coeficiente de correlación de Spearman (Rho) mostró la existencia de correlación entre las 2 escalas utilizadas en la medición de la ansiedad antes del parto: el STAI-AE y la EVA de ansiedad (Rho: 0,50; p-valor <0,005). Aspecto corroborado al realizar una regresión lineal múltiple con el método *FORWARD* o “*hacia delante*” entre los dos instrumentos de medición, aquellas mujeres que puntuaban más alto en el EVA ansiedad previa al parto tenían a su vez valores más altos de STAI-AE (B = 0,12; 95% IC = 0,07-0,16). ) (Figura 15).

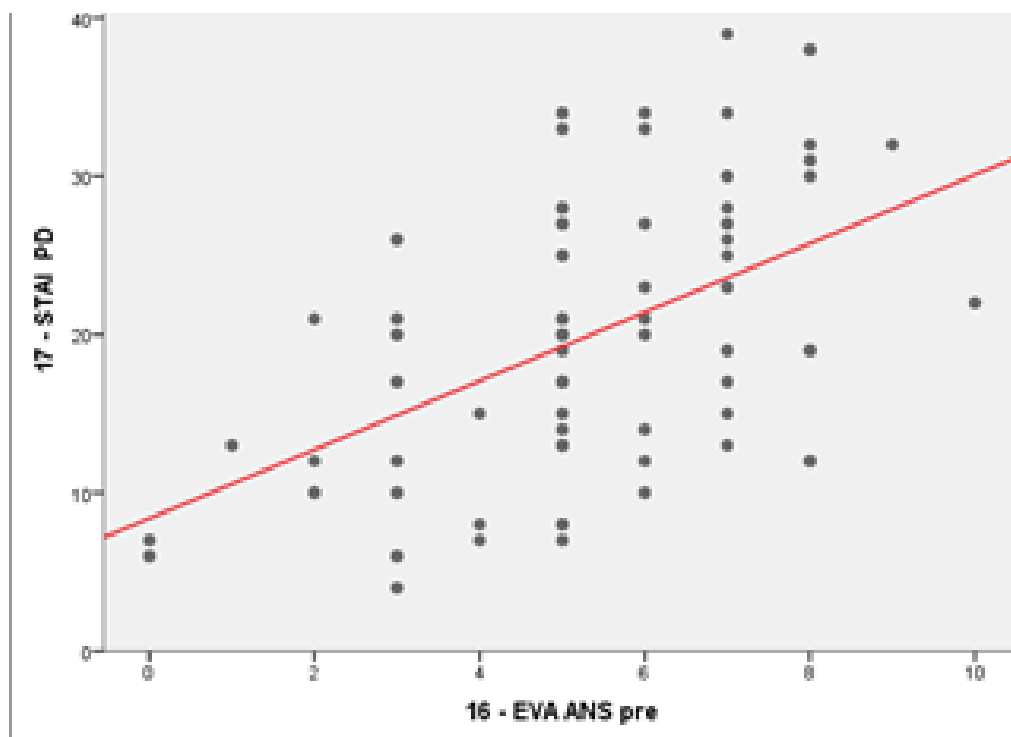


Figura 15. Representación gráfica de la correlación existente entre las escalas STAI-AE y EVA

### *Relación entre la variable ansiedad y tipo de parto, Apgar y peso de los niños*

En relación a los datos clínicos obtenidos tras el parto, se constata, tras el análisis bivalente, que el nivel de ansiedad previo al parto, de las mujeres participantes en el estudio, medidos con la escala EVA, no condicionaron el tipo de parto (Tabla 6).

Tipo parto	N	Ansiedad gestación (EVA)		
		Mediana	P25	P75
( 1 ) Eutócico	42	6	5	7
( 2 ) Fórceps	12	5	5	6
( 3 ) Espátulas	1	4	4	4
( 4 ) Cesárea	21	5	3	7

Mann-Whitney test	(1) vs (2)	(1) vs (4)	(2) vs (4)
p-valor	0,180	0,983	1,000

Tabla 6. Relación entre el nivel de ansiedad antes del parto (EVA) y la forma de finalizar el parto (eutócico, fórceps, espátulas o cesárea)

Tampoco se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre los valores de Apgar de los recién nacidos y los niveles de ansiedad de sus madres (Tabla 7), ni entre los pesos de los neonatos y los niveles de ansiedad (el 82,9% de los neonatos tuvieron pesos en el rango de

normalidad (2500-4000gr)), aunque si se observó que las mujeres catalogadas en el STAI nivel alto tuvieron un mayor porcentaje de neonatos fuera del rango de la normalidad (Tabla 8)

Puntuación Apgar (5')	N	Ansiedad gestación (EVA)			Mann-Whitney test p-valor
		Mediana	P25	P75	
3 - 7	3	5	3	8	0,869
> 7	66	6	5	7	

Tabla 7. Relación entre el nivel de ansiedad antes del parto (EVA) y el Apgar de los niños al nacer

		STAI PD BAJO		STAI PD MEDIO		STAI PD ALTO		X2 test p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Nº hijos	0	14	51,8	17	62,9	12	50,0	0,187
	1	10	37	10	37,0	7	29,2	
	Más de 1	3	11,1	0	0,0	5	20,8	
Tipo de parto	Eutócico	12	46,1	17	62,9	13	56,5	0,395
	Fórceps	7	26,9	2	7,4	3	13,0	
	Espátulas	1	3,8	0	0,0	0	0,0	
	Cesárea	6	23,1	8	29,6	7	30,4	
Peso RN en gramos	<2500	2	7,4	1	3,8	2	8,7	0,536
	2500-4000	22	81,5	24	92,3	17	73,9	
	>4000	3	11,1	1	3,8	4	17,4	
Apgar 5 m	<3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,416
	3-7	1	4,3	2	8,0	0	0,0	
	>7	22	95,6	23	92,0	21	100,0	
Tipo lactancia	Artificial	6	22,2	3	11,1	4	17,4	0,551
	Materna	21	77,8	24	88,9	19	82,6	

Tabla 8. FASE I: Relación entre el nivel de ansiedad y la paridad, el tipo de parto, el peso del neonato, el Apgar al nacer y el tipo de lactancia

### *Relación entre la variable ansiedad y percepción del dolor*

En relación a la gestión del dolor y su tratamiento, no hay diferencias entre los tres grupos de niveles de ansiedad en relación a la intensidad máxima del dolor percibido en el parto. No obstante, los resultados obtenidos nos muestran que las mujeres que se situaban en el grupo STAI nivel alto, valoraban peor el alivio del dolor tras la administración de analgesia, aunque esta diferencia no resultó ser estadísticamente significativa (Tabla 9).

	EVA dolor máximo durante el parto				<i>p</i> -valor *	<i>p</i> -valor **		
	N	Median	P25	P75		B - M	B - A	M - A
STAI PD Bajo	27	8	7	10				
STAI PD Medio	25	9	8	10	0.168	0.198	0.579	1,000
STAI PD Alto	24	9	7	10				

	EVA alivio dolor tras administrar analgesia				<i>p</i> -valor *	<i>p</i> -valor **		
	N	Median	P25	P75		B - M	–	M - A
STAI PD Bajo	26	9	5	10				
STAI Medio	24	9	3	10	0.289	1,000	0.384	0.696
<b>STAI PD Alto</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>10</b>				

Kruskal –Wallis test \*\* Mann-Whitney test ajustado por Bonferro

Tabla 9. Relación entre nivel de ansiedad, el dolor percibido y el alivio del mismo tras la administración de tratamiento

Por otro lado, al contrastar la satisfacción de la mujer ante el tratamiento del dolor de parto con el nivel de ansiedad previo al parto y/o su percepción del dolor durante el mismo (valorados con la escala EVA), se pudo apreciar que las mujeres que dijeron haber tenido un mayor alivio del dolor tras la analgesia eran las que estaban más satisfechas con el tratamiento analgésico administrado, en cambio las que puntuaron haber tenido mayor dolor en el parto, eran las que estaban más descontentas con el tratamiento analgésico administrado. Estableciéndose en los dos casos anteriores relaciones estadísticamente significativas (Tabla 10).

Variables		<i>Satisfacción con tto dolor</i>
Ansiedad gestación (EVA)	Rho	0,029
	<i>p</i> -valor	0,801
Percepción dolor parto (EVA)	Rho	<b>-0,268</b>
	<i>p</i> -valor	<b>0,020</b>
Valoración alivio dolor tras analgesia (EVA)	Rho	<b>0,510</b>
	<i>p</i> -valor	<b>&lt;0,001</b>

Tabla 10. Relación entre la satisfacción con el tratamiento del dolor y el nivel de ansiedad y la percepción dolor (escala EVA)

### **Relación entre la variable ansiedad y los miedos percibidos**

En cuanto a la valoración retrospectiva de los miedos percibidos durante el parto, se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad previos al parto y el miedo al dolor en el parto (las mujeres que presentaron un mayor nivel de ansiedad antes del parto manifestaron sentir un mayor miedo al dolor en el parto) (*Rho*: 0,235  $p= 0,041$ ) y miedo a que su hijo sufriera algún daño (*Rho*: 0,305;  $p= 0,007$ ). A su vez, las mujeres que verbalizaron sentir miedo ante el dolor, puntuaron más alto en la escala EVA de dolor en el parto (*Rho*:0,545;  $p< 0,005$ ) y valoraron peor la analgesia/tratamiento recibido para aliviarlo (*Rho*: -0,339;  $p= 0,003$ ) (Tabla 11).

MIEDOS		EVA ANS pre	STAI PD	EVA DOLOR	EVA alivio dolor	De acuerdo con tto. dolor
<i>Miedo al dolor en el parto</i>	<i>Rho</i>	0,079	<b>0,235</b>	<b>0,545</b>	-0,025	<b>-0,339</b>
	<i>p-valor</i>	0,497	<b>0,041</b>	<b>0,000</b>	0,832	<b>0,003</b>
<i>Miedo a la matrona</i>	<i>Rho</i>	-0,095	-0,211	<b>0,267</b>	0,119	<b>-0,257</b>
	<i>p-valor</i>	0,414	0,067	<b>0,021</b>	0,318	<b>0,026</b>
<i>Miedo a los errores profesionales</i>	<i>Rho</i>	-0,001	-0,204	0,090	-0,129	<b>-0,259</b>
	<i>p-valor</i>	0,996	0,075	0,439	0,278	<b>0,024</b>
<i>Miedo a que su hijo sufra algún año</i>	<i>Rho</i>	<b>0,305</b>	0,056	0,058	0,152	0,096
	<i>p-valor</i>	<b>0,007</b>	0,631	0,618	0,198	0,409
<i>Miedo a no controlar la situación</i>	<i>Rho</i>	0,035	-0,062	0,209	-0,107	<b>-0,230</b>
	<i>p-valor</i>	0,766	0,597	0,072	0,370	<b>0,046</b>

Tabla 11. Relación entre miedos, ansiedad, dolor y su alivio



En este sentido también se puede apreciar que el miedo a la anestesia, al anestesista y a tener dolor durante el parto y postparto, fue más frecuente en las mujeres agrupadas en el STAI nivel alto, aun no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Tabla 12).

MIEDOS		STAI PD BAJO		STAI PD MEDIO		STAI PD ALTO		<i>p-valor</i>
		N	%	N	%	N	%	
<i>A la anestesia</i>	Nada	11	40,7	6	23,1	8	33,3	0. 657
	Algo	9	33,3	12	46,1	6	25,0	
	Bastante	5	18,5	5	19,2	6	25,0	
	<b>Mucho</b>	<b>2</b>	<b>7,4</b>	<b>3</b>	<b>11,5</b>	<b>4</b>	<b>16,7</b>	
<i>Al anestesista</i>	Nada	15	55,6	13	52,0	16	66,7	0. 226
	Algo	10	37,0	9	36,0	3	12,5	
	<b>Bastante</b>	<b>2</b>	<b>7,4</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>	<b>4</b>	<b>16,7</b>	
	<b>Mucho</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>8,0</b>	<b>1</b>	<b>4,2</b>	
<i>Al dolor durante parto</i>	Nada	6	23,1	1	3,8	3	12,5	0. 365
	Algo	7	26,9	7	26,9	3	12,5	
	Bastante	8	30,8	11	42,3	11	45,8	
	<b>Mucho</b>	<b>5</b>	<b>19,2</b>	<b>7</b>	<b>26,9</b>	<b>7</b>	<b>29,2</b>	
<i>Al dolor postparto</i>	Nada	5	18,5	5	19,2	3	12,5	0. 807
	Algo	10	37,0	11	42,3	8	33,3	
	Bastante	11	40,7	7	26,9	11	45,8	
	Mucho	1	3,7	3	11,5	2	8,3	

Tabla 12. Relación entre miedos diversos y nivel de ansiedad

### ***Ansiedad, percepción del dolor y asistencia los PEM***

Las mujeres que habían acudido a los PEM (varias sesiones) previos al parto en su PASSIR, valoraban significativamente mejor el “cómo se les había tratado el dolor”, en relación a las que no habían acudido, presentando diferencias estadísticamente significativas al respecto (Mann-Whitney test p-valor: 0,034) (Ver Figura 16 y Tabla 13).

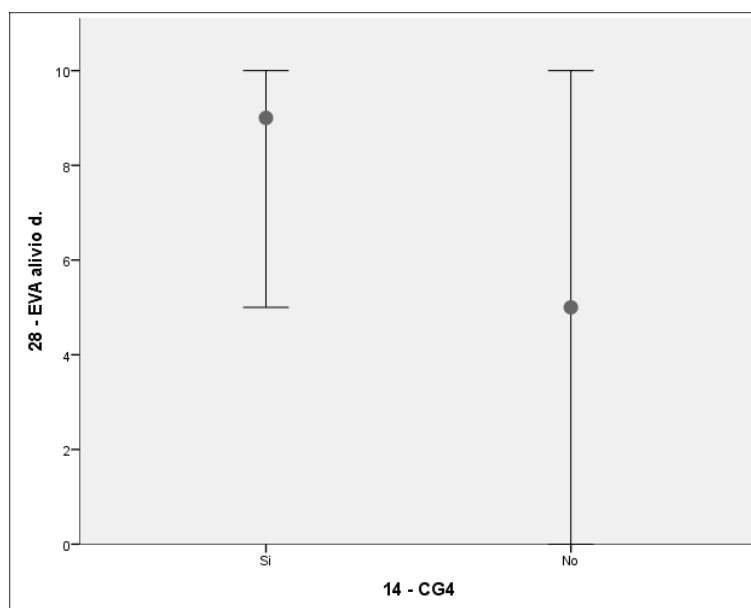


Figura 16. Relación entre asistencia al programa de educación maternal y satisfacción ante el tratamiento del dolor de parto

No se apreciaron diferencias significativas entre el resto de las variables estudiadas (Tabla 13)

Variables	Asistió al PEM (CG4)				No asistió al PEM (CG4)				Mann-Whitney test p-valor
	N	Mediana	P25	P75	N	Mediana	P25	P75	
Ans gest EVA	46	6,0	0,254	7,0	32	5,0	4,0	7,0	0,254
Ans gest STAI	46	20,0	0,538	26,0	32	21,0	12,5	28,0	0,538
Ans postp EVA	44	3,0	0,282	5,0	29	4,0	1,0	5,0	0,282
Nivel dolor EVA	45	8,0	0,798	10,0	31	9,0	6,0	10,0	0,798
Alivio dolor EVA	42	9,0	<b>0,034</b>	10,0	31	5,0	0,0	10,0	<b>0,034</b>

Tabla 13. Relación entre la asistencia al PEM del PASSIR, nivel de ansiedad y percepción dolor

No se apreciaron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas entre el grupo de mujeres que habían acudido a la sesión informativa del hospital y el grupo de mujeres que no acudió.

### *Ansiedad y experiencias de las mujeres en partos anteriores*

Un 34% de las mujeres con hijos habían tenido experiencias malas o muy malas en sus partos anteriores, pero este hecho no condicionó ni el nivel de ansiedad previo al parto, ni el nivel de dolor en el mismo, ni la valoración de la mujer sobre el alivio tras la administración de analgesia (Tabla 14)

Correlaciones	Experiencias anteriores	
Ansiedad gestación (EVA)	Rho	-0,136
	p-valor	0,436
Dolor parto (EVA)	Rho	-0,003
	p-valor	0,986
Alivio dolor, tras tto (EVA)	Rho	0,056
	p-valor	0,756

Tabla 14. Relación entre la valoración de experiencias anteriores, el nivel de ansiedad en la gestación y el dolor percibido en el parto

### *Regresión lineal múltiple con el método Forward o “hacia delante”*

Por último con el método estadístico Forward se seleccionaron las variables que tenían una mayor significación estadística, las más explicativas de todas las estudiadas en este apartado. Se introducen variables en el modelo hasta que la explicación de la variable dependiente no mejora y entonces se detiene. Sólo se introducen las variables que aportan aumentos significativos de la capacidad explicativa del modelo.

1-Las mujeres que puntuaron más alto en la escala de ansiedad previa al parto (EVA), fueron las que tuvieron puntuaciones más altas en el cuestionario STAI-AE (variable 17) y las que dijeron sentir más miedo a que su hijo sufriera algún daño (variable 38) (Tabla 15).

16-Variable Ansiedad (EVA)	P-valor	B	95%IC		R2 corregida
			limite inf	lim sup	
17 – Nivel de ansiedad (STAI)	<0,001	0,121	0,075	0,166	<b>0,317</b>
38 – Miedo hijo sufra daño	0,012	0,496	0,114	0,888	

Tabla 15. Relación entre la variable ansiedad (EVA) y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas

2- Cuanto mayor miedo tenían al dolor en el parto y al ginecólogo (variables 33 y 31) mayor fue el dolor percibido en el parto, puntuaron más alto en la escala EVA (Tabla 16).

27-Variable dolor de parto (EVA)	P-valor	B	95%IC		R2 corregida
			lim inf	lim sup	
33 – miedo al dolor parto	<0,001	1,496	1,075	1,917	0,503
31 – miedo al ginecólogo	0,033	0,616	0,053	1,180	

Tabla 16. Variables relacionadas con el dolor en el parto.

3- Las mujeres que puntuaron más alto el EVA alivio del dolor eran las que dijeron estar más satisfechas con el tratamiento analgésico administrado (variable 42), las que tenían un mayor nivel de formación (variable 4) y las que habían sido llamadas por su nombre (variable 45). (Tabla 17)

28-Variable alivio dolor	P-valor	B	95%IC		R2 corregida
			lim inf	lim sup	
42 – Satisfacción tto.dolor	<0,001	2,319	1,330	3,308	0,385
45 – La llamaron por su nombre	<0,001	-4,725	-7,045	-2,406	
4 – Estudios	0,001	1,508	0,656	2,359	

Tabla 17. Relación entre la variable alivio del dolor y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas

4- Cuanto mejor era la experiencia en partos anteriores menos ansiedad postparto tuvieron en éste. Las mujeres que tuvieron cesáreas y/o partos instrumentados tuvieron más ansiedad postparto que las mujeres que tuvieron partos eutócicos.

Por último comentar que aquellas mujeres que dijeron tener más miedo al dolor en el postparto, tuvieron los niveles de ansiedad más altos en el postparto (Tabla 18)

26-Variable ansiedad postparto	P-valor	B	95%IC		R2 corregida
			lim inf	lim sup	
20 – Tipo de Parto	0,007	0,438	0,125	0,751	0,255
34 – Miedo al dolor postparto	0,004	0,889	0,287	1,492	
12 – Experiencias Previas	0,045	-0,299	-0,592	-0,007	

Tabla 18. Relación entre la variable ansiedad postparto, medida con EVA, y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas

### 5.1.3 Análisis de la satisfacción y cumplimiento de expectativas

#### 5.1.3.1 Abordaje cuantitativo

Los resultados descriptivos de la primera fase del estudio mostraron que la valoración que las mujeres dieron al HJ23, tras su experiencia fue buena (mediana 8; P25: 7 y P75: 9) y se mostraron muy satisfechas o satisfechas el 42,9% y 51,9% de las mujeres respectivamente. Sin embargo, en relación al grado de cumplimiento de expectativas, para un 38,2% de la muestra, la experiencia fue peor a lo esperado, para un 9% igual a lo esperado, siendo para el 52,6%, mejor a lo esperado.

#### *Relación entre la satisfacción y el cumplimiento de expectativas*

Al realizar el análisis bivalente resultó estadísticamente significativa la relación entre el cumplimiento de expectativas y el grado de satisfacción materna (X2 test p-valor =0,023). A mayor grado de cumplimiento de expectativas, mayor nivel de satisfacción (Tau-B de Kendall= 0,391; P-valor < 0,001); en este sentido las mujeres que dijeron estar “*nada o poco satisfechas*” fueron las que en mayor medida presentaron experiencias “*peor a lo esperado*” (Tabla 19 y Figura 17).

51 - Como se siente?	52 - Expectativas?						X2 test p-valor
	Mejor de lo esperado		Igual que lo esperado		Peor de lo esperado		
	N	%	N	%	N	%	
Nada satisfecha	0	0,0	0	0,00	1	3,4	<b>0,023</b>
Poco satisfecha	0	0,0	0	0,00	3	10,3	
Satisfecha	16	40,0	4	57,1	19	65,5	
Muy satisfecha	24	60,0	3	42,9	6	20,7	

Tau-B de Kendall = **-0,391** (p-valor = **<0,001**).

Tabla 19. Relación entre el nivel de satisfacción y el grado de cumplimiento de expectativas

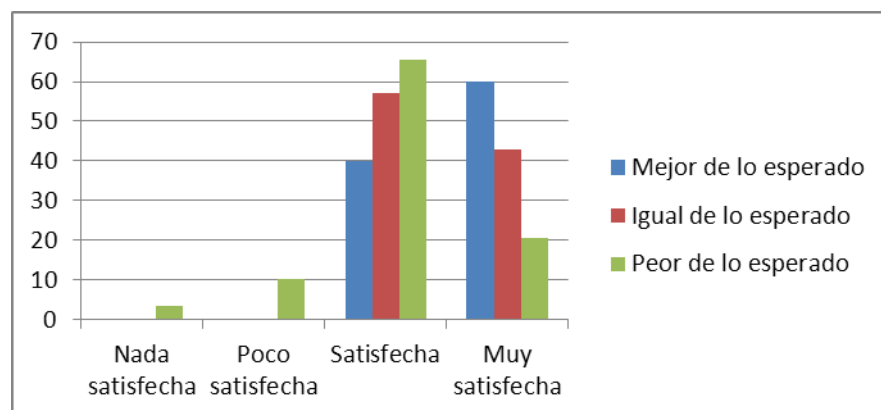


Figura 17. Representación gráfica de la relación entre satisfacción y cumplimiento de expectativas

### ***Relación entre nivel de ansiedad y las variables satisfacción y cumplimiento de expectativas***

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la ansiedad previa al parto (mujeres agrupadas en 3 niveles, bajo, medio y alto, con cuestionario STAI) en relación a la valoración de la satisfacción y cumplimiento de expectativas posteriores al mismo. (Tabla 20)

		Nivel de ansiedad bajo		Nivel de ansiedad medio		Nivel de ansiedad alto		X2 test p-valor
		N	%	N	%	N	%	
51-Nivel de satisfacción	Nada satisfecha	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0,396
	Poco satisfecha	1	3,7	0	0,0	2	8,3	
	Satisfecha	17	62,9	13	50,0	10	41,7	
	Muy satisfecha	9	33,3	12	46,1	12	50,0	
52-Cumplimiento de expectativas	Mejor de lo esperado	13	50,0	13	50,0	14	58,3	0,949
	Igual de lo esperado	3	11,5	2	7,7	2	8,3	
	Peor de lo esperado	10	38,5	11	42,3	8	33,3	

Tabla 20. Relación entre nivel de ansiedad (bajo, medio y alto) y las variables satisfacción y cumplimiento de expectativas

### ***Relación entre la satisfacción y las variables asistencia al programa de educación maternal y/o la sesión educativa del hospital***

Por otro lado, diferentes pruebas estadísticas (Mann-Whitney test p-valor y X2 test p-valor) nos muestran que el hecho de que las mujeres acudieran al programa de educación maternal (mediana= 3; P25= 3; P75= 4) no aumentó su nivel de satisfacción global tras el parto (Mann-Whitney test p-valor = 0,963), en relación a las que no habían acudido (mediana= 3,0; P 25= 3,0; P75= 4) (Tabla 21). Tampoco la asistencia de las mujeres a la sesión educativa del hospital (mediana= 4,0; P25= 3 P75=4), aumentó el nivel de satisfacción ((Mann-Whitney test p-valor = 0,170), en relación al grupo que no asistió (mediana= 3,0; P 25= 3,0; P75= 4,0) (Tabla 22).

¿Como se siente?	Sí asistió al PEM		No asistió al PEM		X2 test p-valor
	N	%	N	%	
Nada satisfecha	1	2,2	0	0,0	0,673
Poco satisfecha	1	2,2	2	6,2	
Satisfecha	24	53,3	16	50,0	
Muy satisfecha	19	42,2	14	43,7	

Tabla 21. Relación entre el nivel de satisfacción tras la experiencia y la asistencia al PEM del PASSIR

¿Como se siente?	Sí asistió a la sesión educativa del HJ23		No asistió a la sesión educativa del HJ23		X2 test p-valor
	N	%	N	%	
Nada satisfecha	0	0,0	1	1,6	0,541
Poco satisfecha	0	0,0	3	4,9	
Satisfecha	7	43,7	33	54,1	
Muy satisfecha	9	56,2	24	39,3	

Tabla 22. Relación entre el grado de satisfacción tras la experiencia y la asistencia a la sesión educativa del hospital

### **Regresión múltiple con el método Forward o “hacia delante”**

Los resultados obtenidos, tras realizar la regresión lineal múltiple con el método Forward, con el que se seleccionan las variables más explicativas, de todas las estudiadas en este apartado, relacionadas con la valoración de la satisfacción y cumplimiento de expectativas, indicaron que:

1-Las mujeres que estaban más contentas y satisfechas, fueron las que mejor valoraron el hospital, algo que también ocurría por el simple hecho de que se las llamara por su nombre (Tabla 23)

50-Variable valoración del HJ23	P-valor	B	95%IC		R2 corregida
			lim inf	lim sup	
51- Como se siente	<0,001	1,230	0,764	1,696	0,334
45- la llamaron por su nombre	0,020	-1,066	-1,960	-0,172	

Tabla 23. Relación entre la variable valoración del hospital y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas

2- Las mujeres que presentaron los niveles más altos de satisfacción tras su parto fueron las que estuvieron más satisfechas con el tratamiento analgésico recibido y las que mejor valoraron el hospital. Tener algún miedo ante errores profesionales (desconfianza en el sistema) hizo que los niveles de satisfacción fueran peores (Tabla 24)

51-Variable nivel de satisfacción	P-valor	B	95%IC		R2 corregida
			lim inf	lim sup	
42 – Satisfacción tto dolor	0,001	0,285	0,122	0,449	0,490
50 – Valoración hospital	0,001	0,159	0,073	0,246	
36 – miedo a errores profesionales	0,038	-0,184	0,353	-0,011	

Tabla 24. Relación entre el nivel de satisfacción tras el parto y las variables que más se relacionan con él, las más explicativas

3- Las expectativas de las mujeres ante su parto son muy altas y cuando estas no se cumplen sus expectativas (“*peor a lo esperado*”) peor se sienten. Las mujeres que tuvieron experiencias “*peor a lo esperado*” fueron las que manifestaron tener más miedo al ginecólogo (Tabla 25)

52-Cumplimiento de expectativas	P-valor	B	95%IC		R2 corregida
			lim inf	lim sup	
51- Nivel de satisfacción	<0,001	-0,614	-0,927	-0,300	0,231
31-Miedo al ginecólogo	0,010	0,377	0,095	0,659	

Tabla 25. Relación entre el grado de cumplimiento de expectativas y las variables que más se relacionan con ella, las más explicativas

### 5.1.3.2 Abordaje cualitativo

Las entrevistas se realizaron en el HJ23, a las 48h postparto y tuvieron una duración de entre 45 y 60 minutos. Los datos recogidos nos permitieron organizar la información en dos dimensiones: “La valoración de la satisfacción tras la experiencia” y “Aspectos relacionados con el grado de cumplimiento de las expectativas previas”.

Tras un primer análisis, se procedió a identificar las categorías en cada una de las dimensiones, las cuales fueron definidas con el objetivo de facilitar la clasificación de las unidades de información extraídas del discurso de las mujeres; en ellas, entre paréntesis, aparece un número que corresponde al código que le fue asignado a las participantes del estudio.

#### ***Dimensión: “Valoración de la satisfacción tras la experiencia”***

Las categorías halladas en esta dimensión, fueron definidas para facilitar la clasificación de los resultados (Tabla 26).

Se presentan los resultados, en relación al análisis del estudio cuantitativo de la satisfacción, es decir, se presentan los datos en dos apartados, en el primero aparecen los resultados de las mujeres que estaban muy satisfechas o satisfechas (95% de la muestra estudiada) y en el segundo las que estaban nada o poco satisfechas (5% de la muestra estudiada).



DIMENSIÓN	CATEGORIAS	DEFINICIONES
<b>Satisfacción tras el parto</b>	<b>Trato personal</b>	Reflexiones sobre la atención recibida, nivel de acompañamiento, presencia...
	<b>Todo acabó bien</b>	Valoraciones desde el punto de vista clínico. Ausencia de complicaciones para la madre y el niño
	<b>Apoyo ante situaciones de “miedo”</b>	Valoración de la respuesta de los profesionales a las demandas de las mujeres con miedo ante el parto
	<b>El dolor y su tratamiento</b>	Aspectos relacionados con las experiencias de las mujeres ante el dolor y la valoración que ellas hacen de como éste fue gestionado por los diferentes profesionales en juego

Tabla 26. Definición de las categorías de la dimensión “Valoración de la satisfacción tras la experiencia”

### Entre las mujeres que catalogaron estar muy satisfechas o satisfechas con la experiencia (95%de las mujeres):

Se valoraba fundamentalmente el buen **trato personal**, el “sentirse cuidadas, el que el equipo hubiera sido agradable y amable, el que hubieran tenido paciencia con ellas, mostrándose sorprendidas, en ocasiones, ante este buen trato que parece no esperaban, a continuación algunos de los verbatins que reflejan sus aportaciones,

*“Todo el mundo es muy agradable y te pregunta tu opinión sobre las decisiones que se toman, sin dejarte a un lado, ¡soy unos soles!”(97)*

*“Todos me trataron con respeto, me estuvieron revisando continuamente, atendieron enseguida mis peticiones y pusieron mucho en que estuviera lo más cómoda posible”(78)*

*“Por la amabilidad y buen trato de los médicos y matronas que me han atendido en el parto” (57)*

*“El personal es muy cariñoso y atento. Hacen que te sientas bien atendida” (43)*

*“Se portaron muy atentas y muy bien conmigo. Pensaba que me iba a ir peor y que el trato no iba a ser tan bueno y fue genial” (34)*

*“Esperaba una compañía más fría y distante durante el parto de los profesionales sanitarios, lo cual fue todo lo contrario” (9)*

**El que todo acabara bien** era la motivación más importante en otros casos y ellas lo refieren como,

*“Estoy satisfecha porque el parto ha ido bien y no he tenido complicaciones ni yo ni mi bebe” (96)*

*“Porque el parto fue bien, la bebé también y el trato recibido fue muy bueno” (86)*

*“Por la confianza y que todo salió bien” (83)*

*“Teniendo en cuenta las dificultades que surgieron nos dieron una buena solución y todo salió como esperábamos” (73)*

*“Porque al final todo fue bien pero fueran muchas horas de parto (inducción)” 68)*

*“Porque todo salió bien” (39)*

Algunas mujeres **verbalizaron haber sentido miedo** ante la situación y valoraron positivamente el grado de acompañamiento recibido, siendo estos algunos ejemplos

*“Estaba muy asustada en el parto y todo el personal me dio mucha confianza y tranquilidad” (31)*

*“Tenía mucho miedo y me sentí muy apoyada” (72)*

*“El momento del parto me asustaba, y fue todo muy fácil gracias a las personas que me acompañaron” (33)*

*“En un momento determinado me descontrolé y la matrona me cogió la mano y sin soltármela me dijo que cerrara los ojos y respirara pausadamente, consiguió tranquilizarme” (34)*

**La gestión del dolor y su tratamiento**, con alguna referencia a la duración del proceso, fue pieza fundamental en la percepción de la satisfacción por parte de las mujeres en este grupo y así lo verbalizaron:

*“Estoy muy orgullosa de mí misma, una experiencia inolvidable y un trato genial. La epidural “mano de santo” todo hay que decirlo”(58)*

*“Por la rapidez en aplicar la epidural y porque fue un parto rápido”(93)*

*“Satisfecha....aunque creo que el procedimiento fue tardío y me dejaron sufriendo mucho”(50)*

*“Dentro del dolor, las enfermeras a mi bebé y a mí nos han tratado muy bien y con educación, sobretodo consejos que me han ofrecido”(49)*

*“Se portaron muy atentas y muy bien conmigo. Pensaba que me iba a ir peor y que el trato no iba a ser tan bueno y fue genial. Me pusieron la epidural cuando ya no aguantaba el dolor y todo fue muy bien” (34)*

*“Porque no esperaba que yo lo controlara tan bien”(33)*

**El bloque analizado en el que las mujeres catalogaron estar poco o nada satisfechas con la experiencia (5%):**

Consideraron que el motivo principal de su insatisfacción con la atención recibida se centraba fundamentalmente en una mala experiencia con **el dolor de parto y su tratamiento**.

*“No esperaba pasar tanto dolor. Tenía claro que quería la epidural. Me desgarré en el parto y estoy bastante incómoda” (88)*

*“Por la poca efectividad que me hizo la anestesia epidural” (1)*

*“La epidural no alivió para nada”(62)*

Y una verbalizó su **disconformidad con la forma de finalización de su parto** en relación al tiempo transcurrido:

*“Esperaba que fuese mucho más rápido, y que como acabó en cesárea que se optase por ella mucho antes” (14)*

***A continuación se exponen los resultados relacionados con la dimensión: “Aspectos relacionados con el grado de cumplimiento de las expectativas previas”***

Utilizando el mismo formato anterior, presentamos a continuación los resultados por categorías. Éstas fueron definidas para facilitar la clasificación de los resultados (Tabla 27)

<i>DIMENSIÓN</i>	<i>CATEGORIAS</i>	<i>DEFINICIONES</i>
Valoración de la vivencia del parto en relación a las expectativas previas	<b>El dolor y su tratamiento</b>	Aspectos relacionados con las experiencias de las mujeres ante la percepción del dolor y la valoración que ellas hacen de como éste fue gestionado por los diferentes profesionales en juego
	<b>Experiencias</b>	Valoraciones desde el punta de vista clínico. Ausencia de complicaciones para la madre y el niño. Forma de finalizar el parto. Vivencias previas
	<b>Atención recibida</b>	Reflexiones sobre la atención percibida, nivel de acompañamiento, presencia etc.
	<b>El factor tiempo</b>	Valoración ante la duración del parto.  Respuesta de los profesionales a las demandas de las mujeres con miedo ante el parto

Tabla 27. Definición de las categorías de la dimensión “Valoración de la vivencia del parto en relación a las expectativas previas”

Se presentan los datos, en relación a los resultados ya obtenidos en el estudio cuantitativo del grado de cumplimiento de expectativas, es decir, se presentan en tres apartados, en el primero aparecen los resultados de las mujeres que catalogaron su experiencia como mejor a lo esperado (53%), en el segundo los de las mujeres que catalogaron su experiencia como “igual a lo esperado” (9%) y en el tercero y en último los resultados de las mujeres que catalogaron su experiencia como “peor de lo esperado” (38%).

### Entre las mujeres que catalogaron su experiencia como “mejor de lo esperado” (53%):

**En la categoría “El dolor y su tratamiento”** el pasar menos dolor de lo esperado, el tener una vivencia positiva de todo el proceso a pesar del dolor o la consideración de que éste fue bien tratado y aliviado, son parte de los aspectos más representativos en este grupo de mujeres:

*“Porque no tuve casi dolor. La matrona al ver que tenía mucho dolor me ofreció la epidural y todo fue sobre ruedas en la cesárea” (83)*

*“Parto muy natural y rápido, no demasiado doloroso” (82)*

*“Porque fue natural, rápido y dentro de lo peor (dolores, etc. ...) no he podido recibir mejor trato” (78)*

*“Me sentí muy aliviada” (74)*

*“No esperaba aguantar el dolor tan bien, supe controlar las contracciones hasta que estuve de 5 cm, después me pusieron la epidural y fue muy satisfactorio todo el parto.” (58)*

*“Pensaba que iba a pasar más dolor durante el parto y no me iban a informar del proceso” (56)*

*“Menos dolor de lo esperado, comparando con la inducción del primer parto” (24)*

*“porque imaginaba una experiencia dolorosa y un poco traumática con final feliz y fue una experiencia muy bonita y disfrutada en todo momento, incluso en el periodo doloroso” (9)*

**En la categoría “experiencias”**, las mujeres parten de diferentes experiencias previas, diferentes niveles de información sobre el proceso, miedos previos y diferentes necesidades que pueden condicionar sus expectativas previas y posteriores **vivencias**. Los relatos en este sentido, de las mujeres que catalogaron su experiencia como mejor de lo esperado, fueron diversos:

*“Tuve una mala experiencia (estallido vaginal) en el parto anterior. Esta cesárea ha sido electiva por este motivo. Aunque hubiera preferido un parto natural, me han ayudaron a ver que la cesárea era la mejor opción. Además no he tenido ninguna complicación y por suerte tenía leche justo salir de la REA, me preocupaba mucho no poder amamantar a mi hijo” (97)*

*“Porque intenté no idealizar nada antes del parto, entonces así no decepcionarme” (35)*

*“Me fue mejor que el anterior y se portaron muy bien. Lo más sorprendente es que me dejaron ver mi parto a través de un espejo y es una experiencia que jamás olvidaré” (34)*

*“Pensé que todo iría peor, pero cuando llegué ya estaba muy dilatada. No me lo esperaba, aguante en casa 7 horas” (33)*

*“Porque con lo que me habían explicado me hice un mundo y después no ha tenido nada que ver” (30)*

*“Porque la atención recibida por el personal y los profesionales ha sido mucho mejor que la vez anterior, por lo que las expectativas se han superado” (23)*

**En cuanto a la categoría “Atención recibida”,** podemos destacar que las mujeres esperan recibir una determinada atención por parte de los profesionales que van a atenderles y ésta viene condicionada por experiencias previas, información de amigos o familiares o simplemente por lo que ellas misma creen que debe ser. Es un aspecto muy importante y que como podemos ver en sus discursos, van a condicionar sus vivencias:

*“Porque fue natural, rápido y dentro de lo peor (dolores, etc....) no he podido recibir mejor trato” (78)*

*“(…) era muy pesada con las doctoras y me trataron muy bien” (54)*

*“Por dos motivos ha sido mejor de lo esperado: por la rapidez del parto y por la diferencia del trato recibido en las consultas (tenía miedo al parto) y la manera en que lo hicieron al entrar en paritorios, todos fueron muy amables al igual que en planta, que no tengo queja de nadie” (46)*

*“Porque la atención recibida por el personal y los profesionales ha sido mucho mejor que la vez anterior, por lo que las expectativas se han superado” (23)*

*“Pensaba que el trato con el personal sería más frío” (5)*

**“El factor tiempo” como categoría,** la podemos considerar como un elemento crucial en la valoración que las mujeres hacen de su parto. Todas tienen expectativas a este respecto y sigue valorándose como muy positivo el hecho de que sea “una horita corta”, aspecto que aparece de forma clara en sus discursos,

*“Parto muy natural y rápido, no demasiado doloroso” (82)*

*“Pensaba que tardaría más en parir y que estaría a peor atendida” (57)*

*“Tenía miedo de que tardara mucho tiempo en “ponerme de parto” y no tardé nada (…)” (54)*

*“Pensaba que sería más largo, mucho más largo! (…)” (5)*

*“Pensaba en un parto más largo y doloroso” (1)*

En el segundo grupo de resultados que se centra en las mujeres que catalogaron su experiencia como “igual a lo esperado” (9%), podemos destacar que el 100% de estas mujeres tenían experiencias de partos anteriores en este hospital que se resolvieron sin complicaciones y lo reflejan de la siguiente forma,

*“Al ser mi segundo hijo, ya tenía idea de cómo iría” (43)*

*“He tenido otros dos partos anteriores en este hospital y tenía plena confianza en que este otro parto iba a ser igual que los anteriores. Sé que hay un buen equipo de profesionales tanto en ARO, en partos, las matronas son estupendas y el personal de planta también. No tenía duda de que todo iba a ir muy bien y he cumplido mis expectativas” (22)*

*“Confiaba plenamente en los profesionales que me iban a atender, ya que mis experiencias anteriores en este sentido fueron buenas” (2)*

Y por último, el grupo de mujeres que catalogaron su experiencia como “peor a lo esperado” (38%), se pueden destacar los siguientes resultados:

**Respecto a la categoría “el dolor y su tratamiento”,** el haber tenido mucho dolor o mayor dolor de lo esperado fue la causa más frecuente de incumplimiento de expectativas en este grupo, tal como se refleja en los relatos de este grupo de mujeres:

*“Por los intensos dolores y porque no se noto nada la epidural... Según ellos en el 95% de los casos puede pasar...” (62)*

*“Esperaba menos dolor” (59)*

*“Porque tuve mucho dolor poco antes de la epidural” (48)*

*“Porque ha sido muy distinto al primero, en este he tenido muchísimo dolor que en el primero no tuve” (47)*

*“Porque estuve 44 horas padeciendo” (28)*

*“Ha sido un parto muy largo, y el dolor muy fuerte, además de no dar su efecto la epidural. El personal me atendió bastante bien” (14)*

*“Más dolor que el anterior” (11)*

*“Han sido muchas horas con dolores fuertes” (10)*

*“Por el dolor postoperatorio y las molestias” (6)*

*“Por la poca efectividad que me hizo la anestesia epidural” (2)*

**En la categoría “Experiencias”**, los relatos se centran en que no hay dos experiencias iguales y en que la evolución del proceso puede condicionar el cómo acabe el parto, resultando otra vez crucial la gestión del dolor y el apoyo y la información que les dan los profesionales. Las mujeres que catalogaron su experiencia como: “peor a lo esperado” relataron lo siguiente:

*“Esperaba que fuera como el primer parto, sin dolor, sin puntos o con puntos en el lateral como el primero. Estoy incomoda por el desgarro, espero que me cicatricen bien los puntos y en unos días ya no me acuerde” (88)*

*“No me esperaba la utilización de Fórceps, ni tenía asumido el dolor postparto” (77)*

*“Por estar 24 horas de parto y acabar en cesárea” (75)*

*“Debido al excesivo dolor y por la decepción de que después de la dilatación completa acabara con cesárea” (73)*

*“Porque pasé 36 horas sin comer y al final tuvo que ser una cesárea” (68)*

*“Porque tuve muchos nervios y miedos al romper aguas e inducirme el parto” (55)*

*“Venía muy tranquila y confiada en el personal, después de 30 horas de labor sin resultados me pareció que no hacían lo suficiente ni lo adecuado a tiempo pidiendo a las 27 horas la cesárea, realizándome la misma a las 38h de labor” (50)*

**Y por último, en la categoría “el factor tiempo”**, se aprecia que cuando el parto se dilata en el tiempo y las mujeres requieren muchas horas, es vivido de forma negativa por ellas, siendo este aspecto crucial en sus discursos.

*“Creía que al ser el segundo parto este iría mucho más rápido. Fue muy lento” (96)*

*“Debido a que se nos hizo mucho más largo de lo esperado (24 h de parto)” (86)*

*“Por estar 24 horas de parto y acabar en cesárea” (75)*

*“Esperaba que fuera más rápido, se me hizo muy lento, y pensé que acabaría en cesárea” (72)*

*“No pensaba estar tanto tiempo” (32)*

#### 5.1.4 Elaboración de una sesión educativa basada en la filosofía del coaching

Una vez finalizado el análisis de los resultados de la FASE I, se procedió a elaborar la sesión educativa basada en el coaching. La primera parte de este proceso consistió en realizar un análisis de los dos programas educativos para la gestación que se utilizan actualmente en nuestra área sanitaria, con la idea de transferir a este nuevo proyecto educativo, las mejores prácticas y su aplicación. Las dos propuestas educativas revisadas fueron: la sesión educativa o charla magistral informativa que se imparte con periodicidad mensual en el HJ23, de una hora de duración, dirigida a mujeres gestantes del entorno y el PEM, de 8 sesiones, basado en la publicación “Educació Maternal: Preparació per al Naixement” (1), que se ofrece a las gestantes que se controlan durante la gestación, en los PASSIR de referencia del hospital

##### 5.1.4.1 Análisis de los programas educativos vigentes en nuestro entorno

El PEM que se oferta en el PASSIR, en el ámbito de la Atención Primaria, está dirigido a gestantes que se encuentren en la 27-28 semana de gestación. Consiste en una sesión semanal, impartida en grupos cerrados, seleccionados previamente y/o abiertos, según la dinámica del centro, de dos horas de duración y que se basa en el programa de educación para la maternidad editado en el año 2009 por el Departament de Salut (1). Este programa utiliza diferentes metodologías docentes: discusión dirigida, juegos de rol-play, método del caso, videos, etc. y contempla, no sólo los conocimientos, sino también los sentimientos, las emociones y las habilidades necesarias para hacer frente a los aspectos más fundamentales de la gestación, el parto y el puerperio, así como el entrenamiento psicofísico, todo ello basado en la publicación comentada, que supuso una revisión y renovación de los programas educativos vigentes hasta ese momento en Catalunya. La asistencia de las gestantes participantes en la FASE I a este PEM fue de un 58,97% (N=46).

La sesión informativa única, que se realiza en el HJ23, es impartida por una matrona en una sala polivalente de la planta baja del hospital (espacio “La Caixa”). Se programa una vez al mes en horario de 19 a 20 horas y a ella acuden sin cita previa las gestantes y familiares que lo desean. Una matrona, del servicio de partos, les explica los circuitos a seguir el día del parto desde su llegada al hospital, así como todo lo relativo al modo como se asisten los partos en la institución, dejando espacio para las preguntas; esta sesión se imparte con apoyo de medios audiovisuales. La asistencia de las gestantes participantes en la Fase I a esta sesión fue de un 20,51% (N=16).



#### 5.1.4.2 Diagnóstico del Problema

Más de un tercio de las mujeres atendidas en el parto incumplen sus expectativas previas al mismo (FASE I). El dolor en el parto y su gestión y/o tratamiento, las preocupaciones y miedos ante el parto, el tener expectativas realistas o no y el acompañamiento profesional esperado y percibido fueron los aspectos que, una vez analizados los resultados de la Fase I condicionaban el grado de incumplimiento de expectativas comentado.

Durante la gestación es necesario ofrecer y dotar a la mujer y su pareja de conocimientos, estrategias y habilidades que los preparen para afrontar el proceso del parto. Pero los datos recogidos nos indican, entre otros, que la asistencia a la sesión hospitalaria es baja y la asistencia a los PEM de los PASSIR mejorable. Además hay mujeres con gestaciones de riesgo alto y muy alto, controladas en la consulta de ARO del hospital que tienen dificultades en asistir a los PEM de los PASSIR, por su patología, por no conocer la existencia de los cursos, a pesar de que tendrían la posibilidad de asistir o por no poder acudir, ya que las plazas a menudo son cubiertas por las gestantes que se controlan en esos centros.

Es necesario mejorar los porcentajes de asistencia de las gestantes a los diferentes PEM e incorporar nuevas metodologías a la educación sanitaria, en la línea de los cuidados participativos en salud, que promueva que las mujeres se conviertan en elementos activos, participes y responsables de su salud; la mera educación para la salud, no es por sí sola, efectiva; para conseguir unos mejores resultados, hay que implicar aun más a las mujeres en su autocura.

Hay que acercarlas más a los escenarios reales de la asistencia, en este caso a los hospitales, donde la preparación al parto, impartida por matronas hospitalarias, tiene un mayor realismo. Actualmente las matronas que imparten los PEM en los PASSIR de referencia del HJ23, salvo excepciones, no asisten partos.

#### ***Análisis DAFO***

En esta línea y una vez revisados los dos programas educativos los analizamos siguiendo las recomendaciones metodológicas propuestas (DAFO), según lo expuesto y explicado en el apartado de metodología.

A continuación y a modo de tablas se muestran los análisis realizados al PEM impartido en los PASSIR de Atención Primaria y a la sesión educativa impartida en el HJ23 (Tablas 28 y 29 respectivamente).

<b>ANÁLISIS DAFO</b> <b>PEM en Atención Primaria</b>	
ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<b>Debilidad</b>	<b>Amenaza</b>
<p>Actualmente las matronas que imparten los PEM en los PASSIR, salvo excepciones, no asisten partos en el Hospital</p> <p>Falta de preparación específica de las matronas que han de impartir las sesiones con nuevos enfoques metodológicos, según lo expuesto en la publicación “Educación Maternal: preparació per al naixement”(2009)</p> <p>Reticencias a incorporar nuevas metodologías a los PEM que funcionan desde hace años en los centros</p> <p>Cada profesional diseña el programa a su medida, lo que puede derivar en disparidad de criterios a la hora de impartir las sesiones</p>	<p>Situación económica adversa para los profesionales de la salud con reducción salarial e inestabilidad laboral, entre otros, que puede dificultar su predisposición y/o motivación ante nuevos proyectos</p> <p>Poca formación en innovación docente</p> <p>A pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias de nuestro entorno en relación a unificar el territorio de atención materno-infantil (Atención Primaria-Hospitalaria) sigue existiendo falta de comunicación y/o transparencia en el área de la educación maternal entre ambas áreas de atención</p> <p>La generalizada inestabilidad laboral dificulta la asistencia de las mujeres y sus familias a programas educativos de varias sesiones , en un escenario de recortes de los derechos de la mujer en esta etapa</p> <p>La asistencia a los programas y su adherencia a los mismos es mejorable</p>
<b>Fortaleza</b>	<b>Oportunidad</b>
<p>La publicación “Educación Maternal: preparació per al naixement”(2009), refleja un programa de gran calidad que contempla una atención integral a la mujer y su familia en el proceso y que facilita la adopción de nuevas metodologías a la hora de diseñar los programas</p> <p>No se requieren para su puesta en marcha, recursos materiales y/o de personal extras , ya que son programas que funcionan desde hace años y la infraestructura está ya creada</p> <p>Grupos cerrados y/o abiertos de 8-10 personas</p> <p>Con objetivos claros y consensuados por el equipo, cada profesional puede adaptar las diferentes metodologías a sus destrezas y aptitudes</p>	<p>Oportunidad de formación para las matronas, en nuevas metodologías docentes</p> <p>Mejorar las relaciones entre los diferentes niveles de atención: primaria-hospitalaria, al plantear la necesidad de que sobre todo las sesiones de Atención al parto sean planificadas y/o impartidas por profesionales que conozcan y se encuentren en el entorno hospitalario</p>

Tabla 28. Análisis DAFO. Programa de Educación Maternal en Atención Primaria

<b>ANÁLISIS DAFO</b> <b>Sesión educativa del HJ23</b>	
ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<b>Debilidad</b>	<b>Amenaza</b>
<p>Una única sesión colectiva, de habitualmente más de 15-20 personas, impartida como sesión magistral de entre 45-60 minutos que puede dificultar la participación de las mujeres</p> <p>Se trabajan únicamente los conocimientos, no hay espacio para los sentimientos, las emociones y las habilidades necesarias para hacer frente a los aspectos que preocupan a las mujeres y sus familias en relación a la gestación, el parto y el puerperio</p> <p>No existe un conocimiento previo de los conocimientos o experiencias previas de estas mujeres</p> <p>No todas las matronas del hospital están preparadas, motivadas y/o dispuestas a impartir estas sesiones</p> <p>No asisten a la sesión informativa los ginecólogos, profesionales que comparten con la matrona la asistencia al parto en el hospital</p>	<p>Situación económica adversa para los profesionales de la salud con reducción salarial y/o inestabilidad laboral, entre otros, que puede dificultar su predisposición y/o motivación ante nuevos proyectos.</p> <p>Poca formación en docencia por parte de los profesionales que llevan más de 20 años realizando una asistencia exclusivamente hospitalaria</p> <p>Baja visibilidad de estas sesiones fuera del entorno hospitalario, lo que favorece su baja asistencia</p> <p>Falta de comunicación y/o transparencia entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria en el área de la educación maternal</p>
<b>Fortaleza</b>	<b>Oportunidad</b>
<p>Las sesiones impartidas siguen un guión preestablecido y todas las matronas que imparten la sesión se ciñen a él</p> <p>Presentación estructurada que recurre principalmente a la memoria auditiva, útil para: información número elevado, síntesis, puntos interés, barata, fácil organizar</p> <p>Las matronas que imparten las sesiones tienen amplia experiencia en la atención al parto en el Hospital lo que les permite dar mayor realismo y credibilidad al contenido de las sesiones</p> <p>La visualización de los entornos reales de asistencia a través de fotografías son muy bien recibidas por las mujeres y sus familias</p>	<p>Diversificar las actividades a realizar por la matrona en el hospital</p> <p>Oportunidad de formación para las matronas, en nuevas metodologías docentes que permitan hacer de las sesiones un producto más competitivo</p> <p>Mejorar las relaciones entre los diferentes niveles de atención: primaria-hospitalaria, al plantear la necesidad de que los dos ámbitos de atención conozcan la información, actividades y atención que se les están ofreciendo a las mujeres</p>

Tabla 29. Análisis DAFO. Sesión educativa del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

### 5.1.4.3 Diseño de la sesión participativa

La sesión planteada tuvo como temas o ejes principales los aspectos que condicionaron la satisfacción y el cumplimiento o incumplimiento de las expectativas de las mujeres tras el parto, obtenidos tras el análisis de los resultados de la Fase I de esta investigación (*ver tabla 30*)

EJES PRINCIPALES DE LA SESIÓN
1-El dolor en el parto, gestión y tratamientos a nuestro alcance
2-Las preocupaciones y miedos que genera el parto en algunas mujeres
3-El conocimiento del entorno físico y profesional del proceso de parto
4-La importancia de generar expectativas realistas ante el proceso de parto
5-El acompañamiento en el parto

Tabla 30. Ejes principales de la sesión educativa

Tras la revisión expuesta en el marco teórico de esta tesis y el análisis de los diferentes programas educativos vigentes se diseñó la sesión educativa (*ver ANEXO 10.9*)

La sesión fue diseñada para un grupo gestantes que tenían previsto acudir a parir al HJ23 y que se encontraban en su tercer trimestre de gestación. La metodología escogida fue la técnica de debate, también llamada discusión dirigida, pero como novedad, basada en el *coaching*.

La técnica de debate pretende que todos los componentes del grupo expongan libremente sus ideas, sus puntos de vista y sus experiencias, permite trabajar participativamente, conocer las inquietudes y dificultades del grupo, compartir experiencias, sentimientos y sensaciones y aportar diferentes puntos de vista y soluciones a una misma cuestión. Se persigue también fundamentar las ideas y convicciones individuales sobre un determinado asunto a través de la reflexión personal, estimular el razonamiento, la capacidad de análisis crítico, la intercomunicación, la comprensión y la tolerancia y ayudar a superar prejuicios e ideas preconcebidas. El inconveniente principal es que pueden aparecer actitudes competitivas entre diferentes miembros del grupo y/o actitudes muy catastrofistas que han de ser gestionadas por el

conductor del grupo reconduciendo y/o desmitificando pensamientos y/o actitudes erróneas y desdramatizando situaciones.

Por otro lado el enfoque, del *coaching*, aporta a la técnica descrita el hecho de que la matrona, que dirige la sesión, no dice lo que hay que hacer, si no que a través de una conversación facilitadora, pregunta y deja que sean las mujeres quienes descubran sus propios objetivos, cambiando el hábito de dar consejos por el de preguntar. A las mujeres se les hicieron preguntas con el fin de que reflexionaran, contrastaran, afianzaran y/o abandonaran creencias relacionadas con los aspectos analizados en la primera fase de la investigación, y aunque el *coaching* se basa en hacer preguntas, también se les hicieron sugerencias, aspecto incorporado por la Dra. J. Molins en su obra "*Coaching y salud*" (197) con el fin de conseguir los objetivos marcados, favoreciendo su consecución mediante el entrenamiento de habilidades comunicativas, fomentando conductas y actitudes proactivas y asertivas con el entorno (89,197).

El *coaching*, como ya se ha comentado en el marco teórico de la tesis, no solo trabaja el afrontamiento ante circunstancias, también genera que sea la propia persona la que cree circunstancias positivas y favorecedoras para su bienestar emocional. En este proceso la persona aprende a ser proactiva y liderarse. El conseguir estos objetivos provoca una satisfacción profunda y como consecuencia dan sentido al *coaching* (78).

## 5.2 FASE II: Implementación y evaluación de la sesión educativa

### 5.2.1 Estudio descriptivo de la muestra participante (FASE II vs FASE I)

**Datos sociodemográficos** Participaron en la sesión educativa de la FASE II un total de 44 mujeres. Se agruparon las edades por categorías, mostrando los resultados que en esta fase participaron mujeres de mayor edad, en comparación con la FASE I. Aun así la diferencia observada al respecto entre ambas fases no resultó ser estadísticamente significativa. La mayoría de mujeres estaban casadas y más del 95% de las mujeres participantes eran españolas. Apreciándose en esta fase un mayor porcentaje de mujeres con estudios de Bachiller o Universitarios, aunque las diferencias no resultaron ser significativas en este sentido, entre ambas fases (Tabla 31)

Variables	Categorías	FASE I		FASE II		X2 test p-valor <sup>11</sup>
		N	%	N	%	
1 - Edad	< 20	2	2,6	0	0,0	0,354
	21-25	10	12,8	2	4,5	
	26-30	14	17,9	12	27,3	
	31-35	34	43,6	16	36,4	
	<b>36-40</b>	<b>15</b>	<b>19,2</b>	<b>11</b>	<b>25,0</b>	
	<b>41-45</b>	<b>3</b>	<b>3,8</b>	<b>3</b>	<b>6,8</b>	
	> 45	0	0,0	0	0,0	
2 - Estado civil	Soltera-Sola	6	7,7	1	2,3	0,216
	Casada-Pareja	72	92,3	43	97,7	
	Otros	0	0,0	0	0,0	
3 - País procedencia	España	68	87,2	42	95,4	0,448
	Resto Europa	2	2,6	0	0,0	
	Sudamérica	7	8,9	2	4,5	
	África	1	1,3	0	0,0	
	Asia	0	0,0	0	0,0	
	Otros	0	0,0	0	0,0	
4 - Estudios	No	2	2,6	0	0,0	0,143
	<b>Primarios</b>	<b>25</b>	<b>32,0</b>	<b>7</b>	<b>15,9</b>	
	<b>Bachiller</b>	<b>24</b>	<b>30,8</b>	<b>16</b>	<b>36,4</b>	
	<b>Universitario</b>	<b>27</b>	<b>34,6</b>	<b>21</b>	<b>47,7</b>	

Tabla 31. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (edad, estado civil, procedencia y estudios)

<sup>11</sup> Los descriptivos de variables categóricas son las frecuencias absolutas (N) y relativas (%). Para determinar la dependencia entre dos variables categóricas se aplica una prueba de X2. Un p-valor < 0,05 nos indica diferencias estadísticamente significativas

**Información relativa a su embarazo** Las mujeres de esta fase tenían catalogado un nivel de riesgo mayor que las de la primera fase, no siendo esta diferencia significativa. En cambio sí se pudo apreciar una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la patología previa, la cual resultó ser más frecuente en las mujeres de la FASE II (Tabla 32)

Variables	Categorías	FASE I		FASE II		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
<b>7-Antecedentes médicos personales (patología previa)</b>	<b>Sin interés</b>	<b>55</b>	<b>70,5</b>	<b>19</b>	<b>43,18</b>	<b>0,025</b>
	No catalogados	5	6,4	4	9,1	
	Diabetes	0	0,0	2	4,5	
	Problemas dermatológicos	0	0,0	1	2,3	
	Enfermedades autoinmunes	3	3,8	5	11,4	
	Otros	15	19,2	13	29,5	
9 – Nivel de Riesgo del embarazo	Bajo	37	47,4	19	43,2	0,134
	Medio	17	21,8	6	13,6	
	Alto	18	23,1	18	40,9	
	Muy alto	6	7,7	1	2,3	

Tabla 32. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (antecedentes médicos personales y catalogación de riesgo del embarazo)

El porcentaje de primíparas de esta fase fue mayor, representando un 68,2% del total; las mujeres de la FASE II que habían tenido partos anteriormente, catalogaron su experiencia previa de forma más positiva que las de la FASE I, sin embargo las diferencias al respecto no fueron estadísticamente significativas. La prematuridad previa fue similar en ambas fases (Tabla 33)

Variables	Categorías	FASE I		FASE II		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
<b>10 - Nº hijos</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>55,1</b>	<b>30</b>	<b>68,18</b>	0,367
	1	27	34,6	11	25,0	
	Más de 1	8	10,3	3	6,8	
11 - Nº prematuros	0	71	92,2	43	97,7	0,434
	1	5	6,5	1	2,3	
	Más de 1	1	1,3	0	0,0	
<b>12 – Experiencias partos anteriores</b>	Ninguna	43	55,1	29	65,9	0,535
	<b>Muy mala</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	
	<b>Mala</b>	<b>11</b>	<b>14,1</b>	<b>2</b>	<b>4,5</b>	
	Normal	8	10,3	3	6,8	
	Buena	10	12,8	7	15,9	
Muy buena	5	6,4	3	6,8		

Tabla 33. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (número de hijos a término, número de partos prematuros y experiencias en partos anteriores)

En la tabla siguiente se muestra la asistencia de las mujeres al PEM del PASSIR y/o a la sesión educativa impartida en el HJ23 en ambas fases. Se aprecia en la misma una mayor afluencia, a las dos opciones educativas, de las mujeres participantes en la FASE II, aun no resultando ser las diferencias estadísticamente significativas (Tabla 34).

Variables	Categorías	FASE I		FASE II		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
14 – Asistencia al PEM del PASSIR	Si	46	58,9	31	70,4	0,207
	No	32	41,0	13	29,5	
15 – Asistencia a la sesión educativa	Si	16	20,5	15	34,1	0,098
	No	62	79,5	29	65,9	

Tabla 34. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (asistencia al PEM del PASSIR y a la sesión educativa del HJ23)

Las mujeres participantes en esta fase se controlaron mayoritariamente entre el HJ23 (50%) y el PASSIR (47,7%), no apreciándose diferencias en este sentido con las mujeres participantes en la FASE I.

Hasta aquí los resultados obtenidos de la muestra de mujeres participantes en la FASE II, en comparación a los resultados obtenidos en la FASE I durante el último trimestre de su gestación. Posteriormente, unos días después, durante el tercer trimestre de su gestación, las mujeres de la FASE II asistieron en pequeños grupos, a la sesión educativa basada en el coaching, diseñada en la FASE I.

### 5.2.2 Implementación de la sesión educativa basada en el coaching

#### *Dinámica de la sesión*

La sesión planteada tuvo como temas o ejes principales los aspectos que condicionaron la satisfacción y el cumplimiento o incumplimiento de las expectativas de las mujeres tras el parto, obtenidos tras el análisis de los resultados de la Fase I de esta investigación (ver tabla 30)

Se realizaron un total de 12 sesiones: 8 sesiones de 3 personas y 4 sesiones de 5 personas. Las gestantes acudieron a una única sesión durante el tercer trimestre de su gestación. Las sesiones tuvieron una media de 90 minutos de duración y se realizaron en una sala de Formación Continuada del HJ23. Se diseñó una sesión basada en lo que se conoce por cuidados participativos en salud, en la que la matrona se posicionó como *coach*, acompañando a las mujeres en el proceso de toma de control de su propia salud y bienestar personal en la fase final de su gestación (ver ANEXO 11.9).



### 5.2.3 Estudio descriptivo de la fase postparto (FASE II vs FASE I)

A continuación una vez realizada la sesión educativa, se describen los resultados de la FASE II, obtenidos tras la cumplimentación de los cuestionarios postparto. Se presentan los datos estableciendo una comparativa entre éstos y los resultados obtenidos en la FASE I.

#### *Información relativa al parto*

La mayoría de las mujeres de la FASE II, parieron dentro del periodo establecido como normal (entre las 37 y las 42 semanas de gestación), como ya ocurrió con las mujeres de la FASE I. En tres casos la presentación fue de nalgas, representando el 6,8% de la muestra de la FASE II, frente a solo un caso en la FASE I. El porcentaje de fórceps y cesáreas fue superior en la FASE II, sin embargo estas diferencias no resultaron ser significativas (Tabla 35).

Variables	Categorías	FASE I		FASE II		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
18 – Semanas de gestación al parto	28-34s	0	0,0	0	0,0	0,202
	34-37s	4	5,3	2	4,5	
	37-41+5s	58	76,3	39	88,6	
	42s	14	18,4	3	6,8	
19 – Presentación fetal	Cefálica	72	98,6	41	93,2	0,116
	Nalgas	1	1,4	3	6,8	
	Transversa	0	0,0	0	0,0	
20 – Tipo de parto	Eutócico	42	55,3	21	47,7	0,707
	Fórceps	12	<b>15,8</b>	<b>9</b>	<b>20,4</b>	
	Espátulas	1	1,3	0	0,0	
	<b>Cesárea</b>	<b>21</b>	<b>27,6</b>	<b>14</b>	<b>31,8</b>	

Tabla 35. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (semanas de gestación al parto, presentación fetal y tipo de parto)

Las mujeres de ambas fases sufrieron complicaciones en el parto y/o postparto en porcentajes no significativamente diferentes (p-valor = 0,774; 22,7% en la FASE II (N=10) y un 20,5% (N=16) en la FASE I). Los diagnósticos de las mismas se pueden apreciar en la siguiente tabla (Tabla 36):

COMPLICACIONES EN EL PARTO Y POSTPARTO FASE I Y FASE II
FASE I (N=78)
Cesárea por Sospecha de Pérdida de Bienestar Fetal (N=5)
Cesárea por Desprendimiento precoz de placenta normoinserta (N=1)
Fiebre intraparto (corioamnionitis) (N=3)
Cefalea postpunción tras analgesia epidural (N=1)
Hemorragia postparto + transfusión (N=3)
Hemorragia postparto + balón intrauterino + transfusión (ingreso unidad de cuidados intermedios)(N=1)
Cesarea x malformación fetal (onfalocele) (N=1)
Preeclampsia (N=1)

FASE II (N= 44)
Tromboembolismo pulmonar (ingreso Unidad de Cuidados Intensivos) (N=1)
Hemorragia postparto + legrado quirúrgico (N=1)
Hemorragia postparto + transfusión (N=1)
Cefalea postpunción tras analgesia epidural (N=1)
Hematoma en periné con evacuación quirúrgica (N=1)
Cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal (N=5)

Tabla 36. Complicaciones en el parto y postparto de las mujeres de las FASES I y II

Al relacionar las complicaciones con el nivel de riesgo de embarazo se pudo apreciar que en la FASE I, un 50% (N=8) de las mismas se presentaron en mujeres de bajo riesgo, un 25% (N=4) en mujeres de riesgo medio y el otro 25% en mujeres de riesgo alto o muy alto (N=2/N=2). Cifras parecidas se obtuvieron en la Fase II, un 50% (N=5) de las complicaciones aparecieron en mujeres de riesgo bajo, un 20% (N=2) fueron en mujeres con una catalogación de embarazo de riesgo medio y un 30% (N=3) aparecieron en mujeres de riesgo alto.

### *Información relativa al recién nacido*

En la FASE II el 90% de los RN nacieron en buenas condiciones, presentando un Apgar superior a 7; presentaron depresión moderada un 9,1% de los niños (Apgar entre 3 y 7), estos, dos requirieron observación y tratamiento las primeras 24h, tras lo que evolucionaron favorablemente y los otros dos seguían en observación, a las 48h posteriores a su nacimiento.

La mayoría de los RN tuvieron pesos en el rango de la normalidad (2500-4000gr) no presentando en ninguno de los casos restantes problemas de salud por este motivo, al igual que ocurrió en la FASE I. La lactancia materna fue la opción más elegida por las mujeres de la FASE II, en porcentajes similares a los encontrados en la FASE I. (Tabla 37)

Variables	Categorías	FASE I		FASE II		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
23 - Peso del RN	<2500	5	6,6	0	0,0	0,206
	2500-4000	63	82,9	40	90,9	
	>4000	8	10,5	4	9,1	
24 – Apgar a los 5 m	<3	0	0,0	0	0,0	0,308
	3-7	3	4,3	4	9,09	
	>7	66	95,6	40	90,9	
25 - Lactancia	Artificial	13	16,9	6	13,6	0,637
	Materna	64	83,1	38	86,4	

Tabla 37. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (peso del RN, Apgar a los 5m, y lactancia)

### ***El dolor del parto y su tratamiento***

El porcentaje de mujeres a las que les fue administrada algún tipo de analgesia/anestesia fue similar en las FASES I y II, 85,5% y 86,4% respectivamente, la analgesia epidural fue también administrada en porcentajes similares 80,7% en la FASE I frente a un 86,4% en la FASE II. Finalmente comentar que se realizaron más anestésias generales en la FASE II (5,1% vs 1,6%).

La valoración del dolor percibido en el parto y del alivio del mismo tras la administración de analgesia, muestra que las mujeres de la FASE II mostraron un mayor alivio del dolor que las mujeres participantes en la FASE I, partiendo de intensidades de dolor similares (Tabla 38)

	FASE I				FASE II				Mann-Whitney test p-valor
	N	Mediana	P25	P75	N	Mediana	P25	P75	
27 - EVA DOLOR	76	9	7	10	44	9	7	10	0,781
28 - EVA alivio d.	73	7	4	10	44	8	2	9	0,251

Tabla 38. Valoración del dolor en el parto y del alivio del mismo

Respecto a la información recibida sobre el tratamiento del dolor, el 95% de las mujeres que participaron en la sesión diseñada en esta investigación, dijeron sentirse informadas, estableciendo diferencias estadísticamente significativas con respecto a las mujeres de la FASE I, en la que un 85,5% dijo no haber recibido información. En la FASE II, valoraron mejor, como se les había tratado el dolor. (Tabla 39)

Variables	Categorías	FASE I		FASE II		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
40 - ¿Tenían información sobre el tratamiento del dolor en el parto?	No	65	85,5	2	4,55	<0,001
	Si	11	14,5	42	95,4	
41 - ¿Considera importante el tratamiento del dolor en el parto?	Ninguna	1	1,3	0	0,0	0,362
	Poca	4	5,3	5	11,4	
	Mucha	71	93,4	39	88,6	
42 - ¿Cómo valorarían la manera en que se les ha tratado el dolor?	Mal	2	2,6	0	0,0	0,492
	Regular	12	15,8	4	9,1	
	Bien	30	39,5	20	45,4	
	Muy bien	32	42,1	20	45,4	

Tabla 39. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (variables relacionadas con el dolor de parto)

### ***Miedos percibidos por las gestantes en el parto***

Las mujeres de la FASE II valoraron retrospectivamente los miedos que percibieron durante su parto, al igual que se realizó en la FASE I. Las mujeres de la FASE II, mostraron en general una reducción global de la mayoría de los miedos, en comparación a las mujeres participantes en la

FASE I, pero solo el miedo al ginecólogo y al dolor postparto se redujeron estableciéndose diferencias estadísticamente significativas al respecto (40).

VARIABLES	CATEGORIAS	FASE I		FASE II		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
29 – Miedo a la anestesia	Nada	25	32,5	17	38,6	0,350
	Algo	27	35,1	19	43,2	
	Bastante	16	20,8	4	9,1	
	Mucho	9	11,7	4	9,1	
30 – Miedo al anestesista	Nada	44	57,9	32	72,7	0,370
	Algo	22	28,9	7	15,9	
	Bastante	7	9,2	3	6,8	
	Mucho	3	3,9	2	4,5	
<b>31 – Miedo al ginecólogo</b>	Nada	53	70,7	40	90,9	<b>0,050</b>
	Algo	14	18,7	4	9,1	
	Bastante	7	9,3	0	0,0	
	Mucho	1	1,3	0	0,0	
32 – Miedo a tener complicaciones en el parto	Nada	14	18,2	6	13,6	0,183
	Algo	30	38,9	12	27,3	
	Bastante	20	25,9	20	45,4	
	Mucho	13	16,9	6	13,6	
33 – Miedo al dolor en el parto	Nada	10	13,2	5	11,3	0,892
	Algo	17	22,4	12	27,3	
	Bastante	30	39,5	15	34,1	
	Mucho	19	25,0	12	27,3	
<b>34 – Miedo al dolor en el postparto</b>	Nada	13	16,9	13	29,5	<b>0,009</b>
	Algo	29	37,7	14	31,8	
	Bastante	29	37,7	7	15,9	
	Mucho	6	7,8	10	22,7	
35 – Miedo a la matrona	Nada	64	84,2	40	90,9	0,582
	Algo	9	11,8	3	6,8	
	Bastante	3	3,9	1	2,3	
	Mucho	0	0,0	0	0,0	
36 – Miedo a los errores profesionales	Nada	43	55,8	20	45,4	0,646
	Algo	25	32,5	18	40,9	
	Bastante	6	7,8	3	6,8	
	Mucho	3	3,9	3	6,8	
37 – Miedo a no ser capaz	Nada	26	34,2	13	29,5	0,813
	Algo	29	38,2	19	43,2	
	Bastante	15	19,7	10	22,7	
	Mucho	6	7,9	2	4,5	
<b>38 – Miedo mi hijo sufra algún daño</b>	Nada	9	11,7	3	6,8	0,259
	Algo	24	31,2	8	18,2	
	Bastante	18	23,4	15	34,1	
	Mucho	26	33,8	18	40,9	
39 – Miedo a no controlar la situación	Nada	24	31,6	8	18,2	0,040
	Algo	36	47,4	19	43,2	
	Bastante	13	17,1	9	20,4	
	Mucho	3	3,9	8	18,2	

Tabla 40. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (miedos percibidos por las mujeres en el parto)

### ***Valoración de la atención recibida en el parto***

El 100% de las participantes en esta investigación (FASES I y II) se sintieron tratadas con respeto y la mayoría afirmó que al dirigirse a ellas lo hicieron llamándolas por su nombre, siendo este último aspecto ligeramente superior en la FASE II. El 75% de las mujeres de la FASE II conocían el nombre de los profesionales que les atendieron frente a un 18,7% de las de la FASE I, resultando esta diferencia estadísticamente significativa (X2 test p-valor: 0,00).

Por último comentar que el 100% de las mujeres de la FASE II pudieron estar acompañadas de la persona que ellas eligieron en el parto, estuvieron satisfechas de la información que les dieron durante el parto y valoraron de forma adecuada la atención de la matrona. Sin embargo, aun siendo más positivas las valoraciones de la FASE II, no se pudieron establecer, en este sentido, diferencias significativas entre las dos fases.

#### 5.2.4 Análisis de la ansiedad, miedos y dolor en el parto (FASE II)

##### ***Ansiedad antes y después del parto***

En relación a la ansiedad antes del parto, medida con el cuestionario STAI-AE, los resultados indican que en la FASE II se observó un menor porcentaje de mujeres con un nivel de ansiedad alto, en relación a las mujeres de la FASE I, aun no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Tabla 41). Por otro lado, tampoco se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases respecto al nivel de ansiedad medido antes y después del parto con la escala EVA (Tabla 42).

	Nivel de ansiedad	Variable 17 - STAI PD			
		N	Mediana	P25	P75
FASE I	bajo	27(34,61%)	12	8	13
	medio	27(34,61%)	20	19	22
	<b>alto</b>	<b>24(30,76%)</b>	30	27	34
FASE II	bajo	18(40,90%)	11	8	12
	medio	15(34,09%)	18	17	20
	<b>alto</b>	<b>11(25,00%)</b>	30	27	31

Tabla 41. Nivel de ansiedad en la gestación de las mujeres participantes en las FASES I y II (medido con el cuestionario STAI-AE)

	FASE I				FASE II				Mann-Whitney test p-valor
	N	Mediana	P25	P75	N	Mediana	P25	P75	
16 - EVA Ansiedad antes parto	78	5	5	7	44	5	4	7	0,688
26 - EVA Ansiedad postparto	73	3	0	5	44	4	0	5	0,900

Tabla 42. Nivel de ansiedad antes y después del parto de las mujeres participantes en las FASES I y II (medidos con cuestionario STAI-AE)

### *Correlación entre escalas de medición*

Como ya ocurrió en la FASE I, el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman (Rho) mostró la existencia de correlación entre las 2 escalas utilizadas en la FASE II, en la medición de la ansiedad antes del parto: el STAI-AE y la EVA de ansiedad (Rho: 0,569; pvalor <0,005).

También se pudo comprobar la correlación entre la escala EVA de ansiedad preparto y la escala EVA de alivio del dolor (Rho: -0,353; p-valor=0,019). Las mujeres con niveles de ansiedad más altos eran las que peor valoraban el alivio del dolor tras la administración de tratamiento analgésico. No se apreciaron correlaciones entre el resto de escalas utilizadas (Tabla 43)

Instrumentos de medición ansiedad	Correlación Spearman (Rho)	16 - EVA ansiedad preparto	17 - STAI PD	26 - EVA ansiedad postparto	27 - EVA DOLOR	28 - EVA alivio dolor
16 - EVA ANS pre	Rho	---	<b>0,569</b>	0,020	-0,087	<b>-0,353</b>
	P-valor	---	<b>&lt;0,001</b>	0,897	0,575	<b>0,019</b>
17 - STAI PD	Rho	<b>0,569</b>	---	0,143	-0,122	-0,235
	P-valor	<b>&lt;0,001</b>	---	0,356	0,432	0,125

Tabla 43. Correlación entre escalas de medición de la ansiedad, dolor y alivio (FASE II)

### *Relación entre el nivel de ansiedad previo al parto y el tipo de parto y peso de los niños*

El nivel de ansiedad previo al parto no condicionó la forma de finalizar el parto ni el peso de los niños al nacer; corroborando los resultados obtenidos en este sentido en la FASE I, apreciándose

únicamente un mayor porcentaje de instrumentaciones en la FASE II, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Tabla 44).

Variables	Categorías	STAI nivel bajo		STAI nivel medio		STAI nivel alto		X2 test p-valor
		N	%	N	%	N	%	
20 – Tipo de parto	Eutócico	7	38,9	9	60,0	5	45,4	0,594
	Fórceps	3	16,7	3	20,0	3	27,3	
	Espátulas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Cesárea	8	44,4	3	20,0	3	27,3	
23 - Peso RN	<2500	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,293
	2500-4000	15	83,3	14	93,3	11	100,0	
	>4000	3	16,7	1	6,7	0	0,0	

Tabla 44. Relación entre nivel de ansiedad, tipo de parto y peso de los niños al nacer (FASE II)

### ***Relación entre nivel de ansiedad y la percepción del dolor***

Como ya ocurrió en la FASE I, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de nivel de ansiedad en relación a la intensidad máxima del dolor percibido en el parto (Tabla 45)

		27 - EVA DOLOR				KW test p-valor
		N	Median	P25	P75	
17 - STAI PD	bajo	18	9	8	10	0,689
	medio	15	8	5	10	
	alto	11	9	6	10	

Tabla 45. Relación entre nivel de ansiedad y percepción del dolor (FASE II)

### ***Relación entre el nivel de ansiedad y los miedos percibidos***

En relación a los miedos, las mujeres situadas en el grupo STAI nivel alto, son más temerosas en general que las de los grupos de nivel medio o bajo, pero solo el miedo a la anestesia estableció diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (Tabla 46).

Miedos percibidos	Categorías	STAI nivel bajo		STAI nivel medio		STAI nivel alto		X2 test p-valor
		N	%	N	%	N	%	
<b>29 – Miedo a la anestesia</b>	Nada	5	27,8	8	53,3	4	36,4	<b>0,039</b>
	Algo	9	50,0	6	40,0	4	36,4	
	<b>Bastante</b>	<b>4</b>	<b>22,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	
	<b>Mucho</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>6,7</b>	<b>3</b>	<b>27,3</b>	
<b>31 – Miedo al ginecólogo</b>	<b>Nada</b>	<b>17</b>	<b>94,4</b>	<b>14</b>	<b>93,3</b>	<b>9</b>	<b>81,8</b>	0,477
	Algo	1	5,6	1	6,7	2	18,2	
	Bastante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Mucho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
<b>33 – Miedo al dolor en el parto</b>	<b>Nada</b>	<b>4</b>	<b>22,2</b>	<b>1</b>	<b>6,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	0,220
	Algo	4	22,2	3	20,0	5	<b>45,4</b>	
	Bastante	4	22,2	8	53,3	3	<b>27,3</b>	
	Mucho	6	33,3	3	20,0	3	<b>27,3</b>	
34 – Miedo al dolor postparto	<b>Nada</b>	<b>7</b>	<b>38,9</b>	<b>5</b>	<b>33,3</b>	<b>1</b>	<b>9,1</b>	0,272
	Algo	3	16,7	6	40,0	5	<b>45,4</b>	
	Bastante	2	11,1	3	20,0	2	<b>18,2</b>	
	Mucho	6	33,3	1	6,7	3	<b>27,3</b>	
38 – Miedo a que mi hijo sufra algún daño	Nada	1	5,6	2	13,3	0	0,0	0,205
	Algo	4	22,2	1	6,7	3	27,3	
	Bastante	3	16,7	8	53,3	4	36,4	
	Mucho	10	55,6	4	26,7	4	36,4	
39 – Miedo a no controlar la situación	<b>Nada</b>	<b>4</b>	<b>22,2</b>	<b>4</b>	<b>26,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	0,323
	Algo	8	44,4	5	33,3	6	54,5	
	Bastante	5	27,8	2	13,3	2	18,2	
	Mucho	1	5,7	4	26,7	3	27,3	

Tabla 46. Relación entre nivel de ansiedad y miedos (FASE II)

Las mujeres con un mayor nivel de estudios, fueron las que presentaron un menor miedo a la anestesia y las se mostraron menos temerosas en general ante la mayor parte de los miedos planteados, mostrando una mayor seguridad y autocontrol ante la situación. Sí se apreció en cambio, que ante el “miedo a que mi hijo sufra algún daño”, todos los grupos manifestaron sentir miedo de forma similar (Tabla 47)



Variable percibida	Categoría	E. Primarios		E. Bachillerato		E. Universitarios		X2 test p-valor
		N	%	N	%	N	%	
29 – Miedo a la anestesia	Nada	1	14,3	9	56,2	7	33,3	0,263
	Algo	4	57,1	3	18,7	12	57,1	
	Bastante	1	14,3	2	12,5	1	4,8	
	Mucho	1	14,3	2	12,5	1	4,8	
31 – Miedo al ginecólogo	Nada	6	85,7	14	87,5	20	95,2	0,628
	Algo	1	14,3	2	12,5	1	4,8	
	Bastante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Mucho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
32 – Miedo a tener complicaciones en el parto	Nada	1	14,3	0	0,0	5	23,8	0,187
	Algo	2	28,6	7	43,7	3	14,3	
	Bastante	2	28,6	7	43,7	11	52,4	
	Mucho	2	28,6	2	12,5	2	9,5	
34 – Miedo al dolor en el postparto	Nada	1	14,3	3	18,7	9	42,9	0,138
	Algo	2	28,6	8	50,0	4	19,0	
	Bastante	3	42,9	2	12,5	2	9,5	
	Mucho	1	14,3	3	18,7	6	28,6	
37 – Miedo a no ser capaz	Nada	1	14,3	4	25,0	8	38,1	0,330
	Algo	4	57,1	5	31,2	10	47,6	
	Bastante	2	28,6	5	31,2	3	14,3	
	Mucho	0	0,00	2	12,5	0	0,0	
38 – Miedo a que mi hijo sufra algún daño	Nada	1	14,3	0	0,0	2	9,5	0,548
	Algo	2	28,6	2	12,5	4	19,0	
	Bastante	3	42,9	5	31,2	7	33,3	
	Mucho	1	14,3	9	56,2	8	38,1	
39 – Miedo a no controlar la situación	<b>Nada</b>	<b>1</b>	<b>14,3</b>	<b>1</b>	<b>6,2</b>	<b>6</b>	<b>28,6</b>	<b>0,061</b>
	Algo	5	71,4	4	25,0	10	47,6	
	Bastante	1	14,3	5	31,2	3	14,3	
	Mucho	0	0,0	6	37,5	2	9,5	

Tabla 47. Relación entre nivel de estudios y miedos percibidos (FASE II)

En este sentido también se pudo apreciar, en otro de los análisis realizados, que las mujeres con titulación universitaria, eran las que presentaban en general los niveles de ansiedad más bajos, situándose estos resultados en el límite de la significación estadística (Tabla 48)

		4 – Estudios = Primarios		4 – Estudios = Bachiller		4 – Estudios = Universitario		X2 test p-valor
		N	%	N	%	N	%	
<b>17 - STAI PD (cat)</b>	bajo	2	28,6	3	18,7	13	61,9	0,058
	medio	3	42,9	6	37,5	6	28,6	
	alto	2	28,6	7	43,7	2	9,5	

Tabla 48. Relación entre nivel de ansiedad y nivel de estudios (FASE II)

## 5.2.5 Análisis de la satisfacción y cumplimiento de expectativas (FASE II)

### 5.2.5.1 Abordaje cuantitativo

#### *Satisfacción con el proceso y cumplimiento de las expectativas*

Las mujeres participantes en la FASE II valoraron mejor el hospital que las que participaron en la FASE I, presentando diferencias estadísticamente significativas al respecto (Tabla 49).

	FASE I				FASE II				Mann-Whitney test p-valor
	N	Mdn	P25	P75	N	Mdn	P25	P75	
50 - valoración hospital	77	8	7	9	44	9	8	9	<b>0,007</b>

Tabla 49. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (valoración del hospital)

La satisfacción global con el proceso es superior en las mujeres de la FASE II, mostrándose el 100% de las mismas, satisfechas o muy satisfechas. Sin embargo en relación al grado de expectativas cumplidas, los resultados ponen de manifiesto que el 45,4% de las mujeres de la FASE II no cumplieron con las expectativas que tenían antes del parto (les fue “peor a lo esperado”), cifra superior a la obtenida en la FASE I. Aun así, en relación a las variables satisfacción y cumplimiento de expectativas, las diferencias entre ambas fases no han resultado tener significación estadística (Tabla 50).

Variables	Categorías	FASE I		FASE II		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
51 – Nivel de satisfacción con la experiencia	Nada satisfecha	1	1,3	0	0,0	0,211
	Poco satisfecha	3	3,9	0	0,0	
	Satisfecha	40	51,9	18	40,9	
	Muy satisfecha	33	42,9	26	59,1	
52 – Grado de cumplimiento de expectativas	Mejor de lo esperado	40	52,6	21	47,7	0,709
	Igual de lo esperado	7	9,2	3	6,8	
	Peor de lo esperado	29	38,2	20	45,4	

Tabla 50. Estadística descriptiva FASE I vs FASE II (nivel de satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto)

Se pudo observar, también, que en la FASE II, el incumplimiento de expectativas previas al parto, no condicionó la satisfacción global con el proceso. En esta fase, las mujeres se mostraron “satisfechas” o “muy satisfechas” aun no habiendo cumplido sus expectativas (ver Tabla 51), algo que no ocurrió en la FASE I, ya que en esa fase cuanto mayor era su experiencia “peor a lo esperado”, menor era su satisfacción, relacionándose entonces, ambas variables de un modo estadísticamente significativo (P-valor  $\leq 0,001$ )

		51 - como se siente? = Satisfecha		51 - como se siente? = Muy satisfecha		X2 test p-valor
		N	%	N	%	
52- Grado de cumplimiento de expectativas (FASE II)	Mejor de lo esperado	8	44,44	13	50,00	0,870
	Igual de lo esperado	1	5,56	2	7,69	
	Peor de lo esperado	9	50,00	11	42,31	

Tabla 51. Relación entre el grado de cumplimiento de expectativas y el nivel de satisfacción tras el parto (FASE II)

Al relacionar las variables satisfacción y cumplimiento de expectativas con el resto de variables encontramos, entre otros, que las mujeres de la FASE II, presentaron altos niveles de satisfacción con independencia del tipo de parto y de la presencia de complicaciones. Sin embargo, respecto al cumplimiento de expectativas, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar esta variable con el tipo de parto y/o con la presencia de complicaciones. El 55% de las mujeres, a las que les hicieron una cesárea y el 50% de las mujeres que sufrieron complicaciones en el parto catalogaron su parto como “peor a lo esperado” (Tabla 52).

		51 – Satisfacción tras el parto				X2 test p-valor	52 -Cumplimiento de expectativas previas						X2 test p-valor
		Satisfecha		Muy satisfecha			Mejor esperado		Igual esperado		Peor esperado		
		N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
Tipo de parto	Eutócico	9	50,0	12	46,1	0,404	14	66,7	2	66,7	5	25,0	0,023
	Fórceps	2	11,1	7	26,9		5	23,8	0	0,0	4	20,0	
	Espátulas	0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Cesárea	7	38,9	7	26,9		2	9,5	1	33,3	11	55,0	
Complicaciones en el parto	Si	5	27,8	5	19,2	0,506	0	0,0	0	0,0	10	50,0	<0,001
	No	13	72,2	21	80,8		21	100,0	3	100,0	10	50,0	

Tabla 52. Nivel de satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto en relación a tipo de parto y complicaciones en el mismo

En definitiva, las cesáreas y la presencia de complicaciones resultaron determinantes en cuanto al no cumplimiento de expectativas de las mujeres del estudio. Además se constató tras el análisis, que las cesáreas fueron casi el doble en el grupo de mujeres con complicaciones que en el grupo de mujeres sin complicaciones (Tabla 53).

		56 –Complicaciones				X2 test p-valor
		Si		No		
		N	%	N	%	
20 – Tipo de parto	Eutócico	3	30,0	18	52,9	0,333
	Fórceps	2	20,0	7	20,6	
	Espátulas	0	0,0	0	0,0	
	<b>Cesárea</b>	<b>5</b>	<b>50,0</b>	<b>9</b>	<b>26,5</b>	

Tabla 53. Relación entre la presencia de complicaciones y la forma de finalizar el parto

La gestión del dolor durante el parto, concretamente, la valoración que hicieron las mujeres de la forma en que se les había tratado el dolor en el parto, se relacionó de forma estadísticamente significativa con la satisfacción global expresada tras el parto en ambas fases. Las mujeres que valoraron más positivamente la forma en que se les había tratado el dolor fueron las que se mostraron globalmente más satisfechas tras el parto (Tabla 54)

	Categorías	Nada satisfecha		Poco satisfecha		Satisfecha		Muy satisfecha		X2 test p-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
FASE I Valoración tratamiento del dolor en el parto	Mal	1	100,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	<0,001
	Regular	0	0,0	3	100,0	7	17,5	2	6,2	
	Bien	0	0,0	0	0,0	19	47,5	11	34,4	
	Muy bien	0	0,0	0	0,0	13	32,5	19	59,4	
FASE II Valoración tratamiento del dolor en el parto	Mal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,028
	Regular	0	0,0	0	0,0	3	16,7	1	3,8	
	Bien	0	0,0	0	0,0	11	61,1	9	34,6	
	Muy bien	0	0,0	0	0,0	4	22,2	16	61,5	

Tabla 54. Relación entre valoración del tratamiento del dolor y nivel de satisfacción (FASES I y II)

En relación a la satisfacción, cumplimiento de expectativas y nivel de estudios, observamos que las mujeres de la FASE II, con estudios primarios, en comparación con las mujeres que tenían un nivel de estudios superior, fueron las que mayoritariamente catalogaron su experiencia de parto

como “peor a lo esperado” y las que en menor porcentaje contestaron estar “muy satisfechas” (Tabla 55).

		4 – Estudios						X2 test p- valor
		Primarios		Bachiller		Universitario		
		N	%	N	%	N	%	
51 - Como se siente tras el parto	Nada satisfecha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,111
	Poco satisfecha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Satisfecha	5	71,4	4	25,0	9	42,9	
	<b>Muy satisfecha</b>	<b>2</b>	<b>28,6</b>	<b>12</b>	<b>75,0</b>	<b>12</b>	<b>57,1</b>	
52 – Grado de cumplimiento de expectativas	Mejor de lo esperado	2	28,6	7	43,7	12	57,1	0,456
	Igual de lo esperado	0	0,0	2	12,5	1	4,8	
	<b>Peor de lo esperado</b>	<b>5</b>	<b>71,4</b>	<b>7</b>	<b>43,7</b>	<b>8</b>	<b>38,1</b>	

Tabla 55. Relación entre el nivel de satisfacción, el grado de cumplimiento de expectativas y el nivel de estudios (FASE II)

Las mujeres más satisfechas eran las que mejor valoraban el hospital, mostrando al respecto resultados estadísticamente significativos. En definitiva, la valoración del hospital tras el parto fue alta y el incumplimiento de expectativas no implicó una peor valoración del hospital, al contrario, el grupo de mujeres que valoró su experiencia como “peor a lo esperado” hizo una valoración muy positiva del hospital (mediana=9; P25=8; P75=9). (Tabla 56).

		50 - valoración hospital				KW test p- valor
		N	Median	P25	P75	
51 -- Como se siente tras el parto	<b>Satisfecha</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>0,036</b>
	<b>Muy satisfecha</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	
52 - Nivel cumplimiento expectativas	Mejor de lo esperado	21	8	8	9	0,533
	Igual de lo esperado	3	9	8	9	
	<b>Peor de lo esperado</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	

Tabla 56. Relación entre nivel de satisfacción, grado de cumplimiento de expectativas y valoración del hospital (FASE II)

### 5.2.5.2 Abordaje cualitativo

Las entrevistas en el postparto se realizaron en la planta 4ª del HJ23, a partir de las 48 horas postparto y en las mismas condiciones que en la FASE I. La duración de las mismas fue también similar, entre 45 y 60 minutos.

Organizamos los resultados en base a las dos dimensiones ya creadas y definidas en la FASE I de esta investigación, “La valoración de la satisfacción tras la experiencia” y “Aspectos relacionados con el grado de cumplimiento de las expectativas previas”.

Tras repetidas lecturas de las entrevistas, se identificaron las diferentes categorías para cada una de las dimensiones, las cuales fueron definidas con el objetivo de facilitar la clasificación de las unidades de información extraídas del discurso de las mujeres; en ellas, entre paréntesis, aparece un número que corresponde al código que le fue asignado a las participantes del estudio.

***Dimensión: “Valoración de la satisfacción tras la experiencia” (FASE II)***

Las categorías halladas en esta dimensión, fueron definidas para facilitar la clasificación de los resultados (Tabla 57).

<i>DIMENSIÓN</i>	<i>CATEGORIAS</i>	<i>DEFINICIONES</i>
<b>Satisfacción tras el parto</b>	<b>Trato personal</b>	Reflexiones sobre la atención recibida y el nivel de acompañamiento de los profesionales
	<b>Todo acabó bien</b>	Valoraciones desde el punto de vista clínico. Ausencia de complicaciones para la madre y el niño
	<b>Valoración positiva de la competencia de los profesionales que les atendieron</b>	Valoración de la profesionalidad del equipo asistencial que les atendió. Confianza ante la atención prestada
	<b>Sensación de control</b>	Las mujeres valoraron que sus demandas eran atendidas. Se sintieron participes de su parto

Tabla 57. Definición de las categorías encontradas de la dimensión “Valoración de la satisfacción tras la experiencia” (FASE II)

Tras el análisis cuantitativo de la satisfacción se constató que todas las mujeres de esta FASE II, valoraron positivamente su experiencia y dijeron sentirse “*satisfechas o muy satisfechas*”.

A continuación, se exponen los resultados del análisis cualitativo de los discursos en dos apartados que corresponden a las dos categorías en las que se dividieron las opiniones de las mujeres respecto a la satisfacción con la experiencia en el estudio cuantitativo.

## Entre las mujeres que catalogaron estar muy satisfechas con la experiencia (59,1% de las mujeres):

La mayor parte de las **valoraciones se centraron en el buen trato que recibieron** por parte de las personas que les atendieron, resaltando aspectos relacionados con la amabilidad, la consideración, la atención y/o el cariño,

*“...Me he sentido muy acompañada y arropada por todos, antes, durante y después del parto. Tenía la sensación de que yo era importante para ellas...” (1-II)*

*“...Desde el primer momento me sentí muy bien y tranquila con el personal, el trato fue muy bueno, me hicieron sentir muy tranquila y eso para mí fue muy importante...”(9-II)*

*“...Recibí en todo momento un trato atento y cariñoso. Se nota que les gusta atender personas...” (15-II)*

*“...desde el primer momento me sentí muy bien atendida y tratada...” (22-II)*

*“...considero, sinceramente, que la atención fue espectacular tanto en partos como en la planta...” (37-II)*

En los discursos de las mujeres que valoraron como muy satisfactoria su experiencia, en esta FASE II, se pudo apreciar que se valoró muy positivamente **la profesionalidad percibida** de los diferentes miembros del equipo que les atendieron,

*“...En todo momento he sido atendida por muy buenos profesionales...” (19-II)*

*“...auxiliares, comadronas, anestesistas y ginecólogos trabajaron conjuntamente para atenderme, y pude percibir que como en un puzle todos sabían donde encajar y cuál era su misión.... ayudarme a que todo saliera bien, como así fue...” (48-II)*

*“ me vigilaban desde una distancia prudencial, atentos y respetuosos, pero yo sabía que estaban ahí lo que me dio mucha confianza...”(26-II)*

*“en todo momento estuve apoyada por el personal sanitario desde auxiliares hasta ginecólogos/anestesistas, me di cuenta de que sabían qué hacer en cada momento y pude relajarme ya que sabía que estaba en buenas manos....” (41-II)*

También, entre los discursos de las mujeres que valoraron su experiencia como muy satisfactoria, se percibe la importancia que éstas dan a que sus opiniones fueran tenidas en cuenta por los profesionales que les atendieron, favoreciendo la **sensación de autocontrol** que derivó en que tuvieran la sensación de que su parto había discurrido de la forma que ellas querían,

*“...me dolía , yo sabía que era así y a pesar de ello no quise que me pusieran la epidural, me sentí respetada y apoyada en mi decisión, y eso fue para mí muy reconfortante...”(34-II)*

*“...estuvieron atentas a mis peticiones y las cosas acabaron saliendo como yo había previsto...” (35-II)*

*“...presenté mi plan de parto, con incertidumbre y la comadrona tras leerlo, me comentó y clarificó algunos aspectos que yo hasta ese momento desconocía, tras consensuarlo, planificamos como sería mi parto si todo iba bien. Hubo un problema y se cambiaron los planes, pero en todo momento sentí que me tenían en cuenta (...) y acabó todo muy bien...” (6-II)*

*“... estoy muy satisfecha, ha sido como yo quería...” (39-II)*

**Entre las mujeres que catalogaron estar satisfechas con la experiencia (40,9% de las mujeres):**

Se observa en los relatos que varias de las mujeres aquí agrupadas fueron las que **sufrieron complicaciones**, las cuales, al parecer se resolvieron satisfactoriamente,

*“...En general el equipo médico y la atención recibida ha sido muy buena, más aun si tengo en cuenta las complicaciones y variedad de situaciones vividas...” (8-II)*

*“...me han tratado muy bien, después de los problemas que tuve...”(12-II)*

*“...he de decir que a pesar de los malos momentos, la niña está bien.. (7-II)*

En este grupo, se valoró el trato recibido y a pesar de que valoraron la experiencia como positiva, en el discurso aparece como hacen alguna crítica al mismo,

*“aunque en general, la atención fue buena, también hay momentos, personal, situaciones, turnos en la planta, etc. con los que no te sientes tan bien...” (14-II)*

*“...Podría decir más que satisfecha porque la ginecóloga y las matronas se portaron súper bien, casi todo el servicio médico, excepto cuando me pusieron la epidural...” (27-II)*

*“...me sentí muy bien atendida en el paritorio, pero en planta la atención no fue tan buena...” (49-II)*

Aún así, el buen trato, la confianza en el personal que les atendió y que todo fuera bien, fueron los motivos que mayoritariamente llevaron a las mujeres de este grupo a clasificar su experiencia como satisfactoria,

*“estoy muy contenta de cómo ha transcurrido todo, valoro mi experiencia satisfactoriamente. Si tuviera otro hijo, me conformo a que vaya como este....” (21-II)*

*“.. la verdad es que iba con temor, supieron darme lo que yo necesitaba y en todo momento me sentí confiada y todo salió bien...” (25-II)*

*“...estoy contenta del trato recibido, del ambiente, de las instalaciones, de las personas que me han atendido, ha sido una buena experiencia...” (11-II)*

*“..la atención ha sido correcta y me voy con mi hijo feliz” (45-II)*



***A continuación se exponen los resultados relacionados con la dimensión: “Aspectos relacionados con el grado de cumplimiento de las expectativas previas” (FASE II)***

Utilizando el mismo formato anterior, presentamos a continuación los resultados por categorías, las cuales fueron definidas para facilitar la clasificación de los resultados (Tabla 58)

Se presentan los datos, al igual que se hizo en la FASE I, en relación a los resultados ya obtenidos en el estudio cuantitativo del grado de cumplimiento de expectativas, es decir, se presentan en tres apartados, en el primero aparecen los resultados de las mujeres que catalogaron su experiencia como mejor a lo esperado (47,7%), en el segundo los de las mujeres que catalogaron su experiencia como “igual a lo esperado” (6,8%) y en el tercero y último los resultados de las mujeres que catalogaron su experiencia como “peor de lo esperado” (45,4%).

<i>DIMENSIÓN</i>	<i>CATEGORIAS</i>	<i>DEFINICIONES</i>
<b>Valoración de la vivencia del parto en relación a las expectativas previas</b>	<b>El dolor y su tratamiento</b>	Aspectos relacionados con las experiencias de las mujeres ante la percepción del dolor y la valoración que ellas hacen de como éste fue gestionado por los diferentes profesionales en juego
	<b>Experiencias en el proceso del parto</b>	Valoraciones desde el punto de vista clínico Ausencia o presencia de complicaciones para la madre y/o el niño Forma de finalizar el parto
	<b>Atención recibida</b>	Reflexiones sobre la atención percibida, nivel de acompañamiento, presencia etc.
	<b>El factor tiempo</b>	Valoración ante la duración del parto. Respuesta de los profesionales a las demandas de las mujeres con miedo ante el parto

Tabla 58. Definición de las categorías de la dimensión “Valoración de la vivencia del parto en relación a las expectativas previas”(FASE II)

**Entre las mujeres que catalogaron su experiencia como “mejor de lo esperado” (47,7%):**

Se valoraba positivamente entre las mujeres de este grupo, **la atención recibida**, por parte del equipo que les atendió y acompañó en el proceso de su parto y puerperio,

*“...estoy muy contenta con la experiencia por el cariño que se me ha dado, que aunque me lo esperaba, me ha sorprendido gratamente...” (1-I)*

*“...me he sentido muy acompañada por las comadronas en mi deseo de intentar el parto sin episiotomía...” (28-II)*

*“No tenía ninguna idea de cómo sería y descontando el dolor, ha sido una de las experiencias más bonitas y el personal ayudó a que fuera así. Dejándonos a mí y a mi acompañante ser participes en el momento más bonito, el expulsivo” (38-II)*

*“... No esperaba tanta atención y tan buena...” (22-II)*

En un caso, a pesar de que los acontecimientos no transcurrieron como lo había previsto, se mostró satisfecha con **la atención recibida**, percibiendo que en todo momento confiaba en la profesionalidad del equipo que la atendía, lo que le favoreció una buena vivencia,

*“...creo que durante el parto se hizo todo bien. Nunca hubiera querido un parto con fórceps pero si tuvo que ser por el bien de mi hija, borra cualquier situación deseada con anterioridad...” (18-II)*

El **que el parto fuera rápido**, el **“factor tiempo”** fue un aspecto valorado por las mujeres de este grupo, tal como se puede apreciar en sus relatos,

*“...al ser una inducción pensé que sería tan largo y complicado como el primero y esta vez todo fue más fácil y rápido...” (4-II)*

*“...fue fantástico, y todo fue más rápido que la otra vez...” (7-II)*

*“Pensé que el parto sería mucho más doloroso y con más horas de espera” (3-II)*

*“... a fin de cuentas ha ido más rápido de lo esperado, y en mejores condiciones (sin epidural)” (15-II)*

También se valoró como positivo el **pasar menos dolor de lo esperado**,

*“Pensaba que el parto sería muy doloroso, y no lo fue tanto. En mi opinión peor fueron las contracciones durante los 3 días previos...” (29-II)*

*“Tenía mucho miedo a perder el control de la situación por el dolor de las contracciones, pero gracias a toda la información que tenía lo controlé” (9-II)*

*“...he aguantado muy bien el dolor...” (39-II)*

En el segundo grupo de resultados que se centra en las mujeres que catalogaron su experiencia como **“igual a lo esperado”** (6,8%),

En este apartado se agrupan mujeres con partos anteriores y comparan su experiencia de entonces con la actual, sobretodo en relación a su experiencia dolorosa, como ya ocurrió en la FASE I,

*“...en mis partos anteriores me pusieron anestesia epidural, por lo que sabía que llegado el momento dejaría de doler...” (21-II)*

*“No quise ponerme anestesia, y sabía que iba a doler, pero todo fue bien...” (31-II)*

*“...tenía claro cómo iba a ser un parto inducido, no era el primero...” (25-II)*

Por último, entre el grupo de mujeres que catalogaron su experiencia como “peor a lo esperado” (45,4%), se destacan tras el análisis los siguientes resultados,

En la categoría “el dolor y su tratamiento”, el haber tenido mucho dolor o mayor dolor de lo esperado fue causa frecuente de incumplimiento de expectativas entre las mujeres de este grupo; además en los discursos puede apreciarse que esta percepción era más intensa, si tras las horas transcurridas, el parto finalizaba en cesárea, o era muy largo,

*“...he tenido mucho dolor y después de tanto sufrir, que finalmente acabara en cesárea, me desmoralizó mucho...” (2-II)*

*“...pensaba que dolería menos...” (16-II)*

*“...no se pudo poner la epidural y fue muy duro...” (19-II)*

*“...no me esperaba tanto dolor, y el parto fue muy largo...” (30-II)*

*“... fueron 22 horas de mucho dolor y cansancio y en momentos tuve miedo de no ser capaz...” (37-II)*

*“... no sé, pero creo que se podría haber evitado el dolor que pasé, ¿es necesario tanto sufrimiento ?...” (32-II)*

La forma de finalizar el parto, en especial cuando no era la prevista “a priori”, fue también una de las causas que esgrimieron las mujeres al catalogar su experiencia como “peor a lo esperado”,

*“Yo esperaba un parto vaginal ya que los bebés estaban en posición cefálica. Luego en la última ecografía uno de ellos presentaba posición de nalgas y finalmente ha sido una cesárea. Para mí ha sido muy duro el postoperatorio” (3-II)*

*“...al final tuvieron que hacer cesárea y como el trabajo de parto había ido bien no me lo esperaba...” (20-II)*

*“...la intención era la de que fuera un parto natural pero por dificultades con la dilatación y meconio en líquido amniótico se decidió practicar cesárea...” (47-II)*

*“...fue diferente de lo esperado, al final (cabeza del bebé que no se encajada aunque yo ya estuviera dilatada a 10), acabó siendo una cesárea” (11-II).*

Finalmente, en este apartado se muestran los discursos de las mujeres que no esperaban **que su parto se complicase**, como así fue, motivo principal de su incumplimiento de expectativas.

*“...tuve dos operaciones, la cesárea y otra, ya que a causa de un problema al terminar la cesárea me tuvieron que volver a abrir porque sangraba...” (12-II)*

*“...me hicieron un fórceps, después de muchas horas, y fue horroroso, mil veces peor que una cesárea de urgencia ya que en unos segundos cambió de ir bien a mal. Mucho dolor en la recuperación. No puedo atender a mi hija como yo quisiera...” (8-II)*

*“...quería un parto sin epidural pero no aguanté las contracciones. Me pincharon 3 veces, y me provocaron una punción dural, fue duro...” (27-II)*

*“...pasé mucho miedo, todo se complicó y corrían, lo que he pasado en el parto no se lo deseo a nadie...” (5-II)*



## 6 DISCUSIÓN

El presente trabajo se estructuró a través de un estudio cuasi-experimental en dos fases. En primer lugar se desarrolló la FASE I, dirigida a conocer el perfil de las mujeres que acudían a parir al hospital, detectar el nivel de ansiedad y miedos ante el proceso e identificar los factores que podían determinar la satisfacción y cumplimiento de expectativas tras el parto. Los resultados obtenidos se emplearon para orientar el diseño de la intervención educativa basada en el coaching. A continuación se realizó la FASE II, cuyo objetivo consistió en evaluar la eficacia de la intervención educativa.

En esta investigación, para el estudio y análisis de las variables satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto, se utilizó metodología mixta, para responder a las preguntas de investigación y/o comprobar la hipótesis, en la línea de Driessnack, Sousa y Costa (204); la metodología cuantitativa antecedió a la cualitativa.

*“(...) los métodos mixtos se refieren a un único estudio que utiliza estrategias múltiples o mixtas para responder a las preguntas de investigación y/o comprobar hipótesis” (p.3)*

En este sentido, autores como Christ (205), Dellinger y Leech (206,207) defienden que los diseños mixtos son muy útiles en aquellos campos de investigación que envuelven la complejidad del ser humano, potenciando la posibilidad de comprender los fenómenos referentes a sus campos de acción y diversidad. Strauss y Corbin (208) defienden que desde un punto de vista más operacional, desde esta metodología de estudio, la recogida y análisis de los datos pueden ser realizados de las dos maneras y con varias combinaciones, durante las diferentes fases de la investigación permitiendo la interacción entre las combinaciones de los dos tipos de procedimientos, haciendo que los datos cualitativos refuercen a los cuantitativos y viceversa.

Tras la reflexión sobre la idoneidad de la metodología escogida para el desarrollo de esta investigación, los resultados obtenidos se discuten en diferentes apartados, en relación a los objetivos específicos planteados.

*En primer lugar* se comentan algunos aspectos del perfil socio demográfico, clínico y asistencial del grupo de mujeres participantes en la FASE II del estudio estableciendo una comparativa con las mujeres de la FASE I. Hay que tener en cuenta, que se trata de un diseño cuasi experimental

antes-después con grupo control no equivalente<sup>12</sup> y este hecho, nos obliga a comparar ambas poblaciones, ya que se asume que cuanto mayor sea la equivalencia entre ambos grupos más nos aproximaremos a la situación de investigación experimental, favoreciendo este hecho la validez interna de la investigación.

En segundo lugar se discuten los resultados hallados en cuanto a la valoración de la ansiedad de las mujeres ante el parto.

En tercer lugar profundizaremos en el dolor de parto, su alivio y los miedos en el parto, estableciendo una comparativa entre ambas fases con el objetivo de analizar la eficacia de la sesión educativa implementada.

En el cuarto apartado, se profundiza en cómo la sesión educativa implementada ha influido en la satisfacción y el cumplimiento de expectativas de las mujeres.

Por último en el apartado final de la discusión se comentan alguna de las limitaciones y fortalezas del estudio en forma de reflexiones finales.

## **6.1 Perfil socio demográfico, clínico y asistencial de las mujeres participantes en la investigación**

Tras el análisis de los datos obtenidos en el cuestionario preparto, comentar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (control y experimental), en cuanto a las principales variables sociodemográficas: edad, estado civil, país de procedencia y nivel de estudios ni tampoco en relación a las principales variables clínicas valoradas en la gestación: número de hijos, número de prematuros, experiencias en partos anteriores y/o asistencia a los cursos de educación maternal vigentes en su entorno (sesión informativa del HJ23 y PEM del PASSIR), lo que nos permitió constatar que eran muestras similares y que eran adecuadas para ser comparadas entre sí.

No obstante comentaremos algunas de las diferencias observadas en la fase prenatal de los grupos control y experimental ya que, aun no siendo estas diferencias estadísticamente

---

<sup>12</sup> El diseño cuasiexperimental de esta investigación, comparte gran parte de las características de un estudio experimental, existe una 'exposición', una 'respuesta' y una hipótesis para contrastar, pero a diferencia del mismo no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control. Las comparaciones en la respuesta se realizan entre grupos 'no equivalentes', es decir, grupos que se pueden diferenciar en muchos otros aspectos además de la 'exposición'.

significativas, nos pueden ayudar a conocer mejor a las mujeres participantes en esta investigación.

### 6.1.1 Variables sociodemográficas de las gestantes

#### *Edad*

En relación a la variable edad comentar que las mujeres que participaron en la fase experimental (II) respecto a las de la fase control (I), eran de más edad, concretamente un 32% de las mismas eran mayores de 35 años (frente a un 23% de la FASE I), cifra incluso ligeramente superior a la media nacional española para esta franja de edad (29,5%), según el European Perinatal Health Report <sup>13</sup> del año 2010

El EUROPERISTAT en su informe destaca que la edad en el parto ha aumentado de forma progresiva en los últimos años en Europa, en un 40% de los países estudiados, al menos un 20% de los nacimientos fueron en mujeres de más de 35 años, siendo este hecho especialmente relevante en Italia, Estonia, Hungría, la República Checa y España (209).

Aunque es ésta una tendencia generalizada en todo el mundo, debido a la conjunción de elementos diversos como la incorporación generalizada de la mujer al mundo laboral, metas académicas, laborales y financieras diversas, los matrimonios en edades más avanzadas, mejoras en la contracepción, mayor esperanza de vida y un mayor nivel de educación, es importante destacar que la gestación a edades tardías <sup>14</sup>, supone un riesgo para la salud de las madres (210) y sus bebés (63,210).

Numerosas investigaciones, relacionan las edades tardías con una mayor incidencia de desordenes hipertensivos, abrupcio placentae, hemorragias, retraso de crecimiento intrauterino, partos prematuros y malformaciones fetales, entre otros, asociando además este hecho a un

---

<sup>13</sup> Este estudio forma parte del EUROPERISTAT 2010, proyecto que engloba a 29 países europeos y que tiene por objetivo monitorizar y evaluar la salud perinatal en Europa, en relación a cuatro grandes áreas: 1-la salud fetal, perinatal e infantil, 2-la salud materna, 3-la identificación de las características de la población y los factores de riesgo y 4-los servicios de salud ([www.europeristat.com](http://www.europeristat.com))

<sup>14</sup> La edad de Cohorte en la mayoría de los estudios, sitúa en los 35 años la edad que puede representar un riesgo específico para la salud de la mujer, el embarazo. No obstante es muy difícil marcar una edad concreta entre los 35 y los 40 años de edad; aquí, en Cataluña el “*Protocol de Seguiment de l’Embaràs a Catalunya*”, editado por el Departament de Salut (2006) incluye en el grupo de riesgo medio a todas las gestantes de edad igual o superior a los 38 años.



mayor riesgo de sufrir una cesarea de urgencia (209-213). En este sentido, Bernal (214), pudo constatar, en un reciente macroestudio realizado con mujeres atendidas en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud de nuestro país, que la probabilidad de recibir una cesárea aumentaba con la edad, incrementándose entre un 4% y un 6%, dicha probabilidad, por cada año de vida de la madre, a lo que, Maceira (215) aporta, tras una revisión sistemática sobre la asistencia al parto en mujeres sanas: *“las cesáreas son el tipo de parto en el que las mujeres presentan una mayor edad media (31,08 años)”*.

El informe EUROPERISTAT 2010, en este sentido y con el objetivo de favorecer la salud global de la población, alienta a fomentar la maternidad temprana, aspecto que entre otros aspectos, requiere políticas de apoyo a los jóvenes padres y madres que trabajan, incidiendo en el tema de que también se ha de informar a la población de las posibles consecuencias de tener hijos a edades más tardías (209).

#### *Nivel de estudios*

En relación al nivel de estudios, las mujeres que participaron en la fase experimental (FASE II) y que asistieron a la sesión educativa, tenían un mayor nivel de estudios, que las del grupo control (FASE I) (estudios universitarios: 47,7% vs 34,6%).

Diversos estudios inciden en que las mujeres de más edad y con una clase social más elevada, que coincide habitualmente con un mayor nivel de estudios, son las que más acuden a los PEM (20,51). Esta diferencia sociodemográfica observada entre las mujeres que asisten a los PEM y las que no, es un hallazgo habitual en la literatura (216). Martínez (217), también lo pudo constatar en su estudio, concluyendo que un mayor nivel de cultura se vincula a un mejor aprovechamiento de lo que el sistema sanitario ofrece.

#### *Procedencia*

La mayoría de las mujeres participantes eran españolas en ambas fases, siendo incluso superior su presencia en la FASE II, y aunque es algo habitual en los PEM de nuestro país (51,218), reseñar, que la inclusión como participante en esta investigación requería un buen conocimiento del idioma, lo que sesgaba en este sentido la muestra.

## 6.1.2 Variables clínicas valoradas durante la gestación

### *Paridad*

El porcentaje de primíparas de la FASE I fue de un 55,1%, cifra muy similar la media de primíparas (53%), publicada en el informe EUROPERISTAT 2010 para nuestro país (209). El porcentaje de primiparidad en la FASE II fue mayor (68,2%), en este sentido, aun no siendo las diferencias entre ambas fases estadísticamente significativas, es preciso comentar que la primiparidad, aun no siendo por sí solo un factor de riesgo del embarazo<sup>15</sup>, se asocia cada vez más a edades más avanzadas, asociándose también según diversas publicaciones a peores resultados obstétricos y perinatales y a un mayor porcentaje de cesáreas, al ser comparada con el resto de opciones, excluyendo las grandes múltiparas (igual o mayor a 4 hijos) grupo que comparte con la primiparidad un mayor riesgo a nivel global (209,211,213).

### *Nivel de riesgo en el embarazo*

Paralelamente, en la FASE II, se apreció un porcentaje de mujeres mayor en la clasificación global de riesgos alto y muy alto, respecto la FASE I, situándose en un 43% vs 31% respectivamente. La Estrategia de atención al parto normal, en el sistema Nacional de Salud, publicada en el 2007 por el Ministerio de sanidad y Consumo, sitúa la variación de partos de alto riesgo asistidos por comunidades autónomas, en un rango que oscila entre el 28,4% y el 52,3%, e indica que dicha variabilidad puede ser explicada por varios motivos, que van desde las diferentes interpretaciones vinculadas a la definición operativa de “alto riesgo”, a las diferentes modalidades de atención asistencial existentes en cada una de las comunidades, entre otros (68).

La base del cuidado prenatal la constituye la evaluación del riesgo, que permite detectar desórdenes o alteraciones que impliquen riesgo para la madre o el feto, y en consecuencia aumenten la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La gestante a la que se le ha catalogado una gestación de alto riesgo obstétrico presenta alteraciones o factores de riesgo observados tanto de forma preconcepcional, prenatal, intraparto y/o puerperal, que conllevan un peligro para su salud, la del feto, o la de ambos. Es interesante señalar además que las mujeres participantes en la FASE II, presentaron más antecedentes médicos personales (patología previa), que las mujeres participantes en la FASE I, resultando ser estas diferencias estadísticamente significativas.

---

<sup>15</sup> Según la clasificación de riesgo para el embarazo propuesta en “Protocol de Seguiment de l’Embaras a Catalunya” 2006. editada per el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

### *Asistencia a los PEM y sesión educativa HJ23*

Respecto a la asistencia a los programas educativos vigentes en nuestro entorno, destacamos el hecho de la alta participación y asistencia a los PEM ofrecidos desde el PASSIR de las mujeres participantes en ambas fases (un 58,9% en la FASE I y un 70,4% en la FASE II), cifras similares a las obtenidas por Martínez en su estudio (68,65%) (217) y que contrastan con la baja participación en la que sitúan otros autores la proporción de gestantes que acuden a los PEM, entre un 26% y un 44% (20,219).

No obstante, es importante destacar, que al igual que comenta Martínez (217) en su estudio, se sobrestime en este estudio, la tasa de participación, debido a que la limitación idiomática fue un criterio de exclusión para el estudio, a la vez que destacamos el hecho de que una parte de las participantes en esta investigación eran captadas, precisamente, cuando acudían a los PEM del PASSIR.

Los porcentajes de asistencia a la sesión educativa impartida en el HJ23, parecen bajos, siendo superiores en la FASE II (20,5% vs 34,1%). Sin embargo, al no haber encontrado referencias publicadas de este tipo de sesiones informativas, hospitalarias, con las que poder comparar el grado de participación, no se ha podido valorar contrastar dicho aspecto.

Por último, es preciso destacar que las diferencias observadas respecto a la asistencia al PEM y a la sesión educativa HJ23, entre las dos fases de esta investigación, pueden deberse a que en el cuestionario postparto de las mujeres participantes en la FASE II, se añadieron 3 preguntas sobre la asistencia a dichos programas (*ver metodología*) lo que podría explicar, en parte, una mayor asistencia de las mujeres participantes en esta FASE II.

### *Experiencias en partos anteriores*

Respecto a las experiencias en partos anteriores, un 15% de las mujeres de la FASE I, comentaron haber tenido experiencias malas o muy malas, frente al 4,5% obtenido en la FASE II; sería interesante identificar a estas mujeres ya que hay autores que relacionan este hecho con una predisposición a enfrentarse al nuevo parto con miedo y desconfianza ante su capacidad de parir, lo que podría condicionar una actitud poco receptiva ante la información y/o sugerencias planteadas por el equipo obstétrico que atenderá a la mujer en el parto (2,4). No cabe duda, que ante estas consideraciones es fundamental prestar un acompañamiento prenatal adecuado con el objetivo de minimizar esos miedos, aclarar sus dudas y favorecer un afrontamiento positivo ante el nuevo parto con el objetivo de que tengan una buena experiencia en el parto.

### 6.1.3 Variables clínicas valoradas tras el parto

Al comparar los resultados de ambas FASES, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las principales variables clínicas del postparto, *maternas*: semanas de gestación al parto, presentación fetal, tipo de parto, analgesia y presencia de complicaciones y *neonatales*: peso y Apgar de los niños a los 5 minutos de nacer. Sin embargo comentaremos, algunas de las diferencias observadas en los grupos control y experimental.

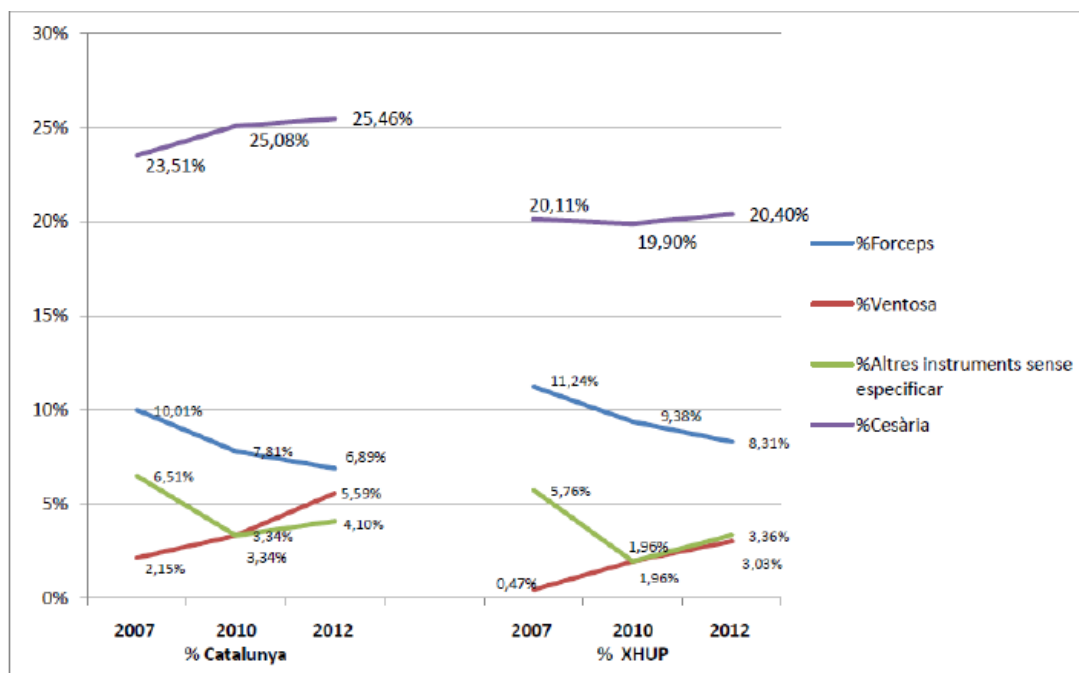
#### *Tipo de parto*

En relación al modo de finalización del parto, se ha observado que el porcentaje de partos eutócicos en ambas fases (55,6% FASE I /47,73% FASE II) fue inferior a la media de España, según los datos consultados en el informe EUROPERISTAT 2010, que sitúa el porcentaje de partos eutócicos en un 63% (209) y a la media de Cataluña, según los datos aportados por el Departament de Salut de lo acontecido en los hospitales de esta comunidad en los años 2007, 2010 y 2012 (57,87%, 60,43% y 57,96% respectivamente) (220).

En esta investigación, también se observó que el porcentaje de instrumentaciones de las FASES I y II (15,8% y 20,4% respectivamente) era superior a la media obtenida por los hospitales catalanes (Figura 18), según los datos aportados por el Departament de Salut en los años 2007, 2010 y 2012 (220). También resulta superior el porcentaje de instrumentaciones en las FASES I y II, respecto al porcentaje medio de instrumentaciones realizadas en los hospitales públicos de España (15,1%, uno de los más altos de los países europeos estudiados), según los datos consultados en el informe EUROPERISTAT 2010 (209).

Señalar además, que según los datos aportados por el Departament de Salut, se comprueba que en los hospitales catalanes hay una tendencia decreciente en la utilización de fórceps y una tendencia creciente en el uso de ventosas (220), instrumento que no fue utilizado durante el transcurso de esta investigación.

Por ultimo, resaltar que en las dos fases de nuestro estudio, el porcentaje de cesáreas fue superior al porcentaje aportado por el Departament de Salut de Catalunya para los hospitales de Catalunya y los hospitales de la *Xarxa de Hospitals d'Utilització Pública de Catalunya (XHUP)* (220), para los años 2007, 2010 y 2012 (Figura 18).



Font: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut

Figura 18. Proporción de cesareas y partos instrumentados. Imagen cedida por la Direcció general de Planificació i Recerca en Salut. Avaluació de l'atenció al part normal a Catalunya

Algo parecido ocurre al comparar los resultados de cesáreas de nuestro estudio (FASES I y II: 27,6% y 31,8% respectivamente), con los datos publicados para España, en el Informe Europeo de Salud Perinatal 2010 (209), en el que se sitúa el porcentaje de cesáreas en hospitales públicos de España en un 22 % (17-25%). En este informe, se observa que España se encuentra en la media de Europa en un ranking que lidera Chipre con la mayor tasa de cesáreas, con un porcentaje de las mismas de un 52,2%, seguido de Italia con un 38.0%, Rumania con un 36,9% y Portugal con un 36.3%. En España, los datos provenían de los hospitales públicos, la inclusión de hospitales privados, en segunda vuelta, aumentó el total nacional de 22,2 al 25,3%. En el otro extremo se sitúan países como Noruega y Finlandia con un índice de cesáreas inferior, de entre un 14,8 y un 17,1% respectivamente (209).

En el mismo sentido, la cifra de cesáreas obtenidas en nuestra investigación, también contrasta con el porcentaje de cesáreas del estudio de Bernal, sobre una muestra de 690.457 mujeres atendidas de parto entre 2003 y 2005 (22,66%), publicado en el Atlas de Variaciones de la Práctica Médica (Atlas VPM) <sup>16</sup>, documento de trabajo 04-2009 del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (214).

<sup>16</sup> El Proyecto Atlas VPM (Variaciones en la Práctica Médica) es una iniciativa de investigación que busca describir cómo las poblaciones son atendidas por el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de informar sobre su calidad, eficiencia, equidad para su mejor gobierno ([www.atlasvpm.org](http://www.atlasvpm.org))

### *Presentación fetal*

La presentación de nalgas, aun no presentando diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases fue claramente superior en la FASE II, representando el 6,8% del total de nacimientos. Esta variedad de presentación es junto a la distocia, el sufrimiento fetal y/o la cesárea previa una de las indicaciones que más se asocian a la práctica de una cesárea, representando estas 4, el 80% de todas las indicaciones (36,214).

## **6.2 Análisis del nivel de ansiedad ante el parto**

### *Medición de la ansiedad*

En la valoración de la ansiedad previa al parto, se pudo apreciar que el 30,76% de las mujeres de la FASE I presentaron un nivel de ansiedad alto antes del parto, frente al 25% de las mujeres de la FASE II, diferencias que no resultaron ser estadísticamente significativas. Estos resultados en su conjunto, son similares a los de Hurtado (24), en el cual constató que un 32,6% de las gestantes incluidas en su estudio tenían un nivel moderadamente alto de ansiedad con niveles francamente elevados en un 6,5% de los casos, datos que a su vez se asemejan a los publicados en la revisión realizada por Alder (103), en la que apuntan que un 6,6% de las mujeres tendrían trastornos muy importantes de ansiedad durante la gestación, importantes predictores, por otro lado, de la depresión postparto.

Ante lo expuesto, llama la atención, el hecho de que pesar de que la ansiedad maternal y el estrés aparecen en diferentes estudios como predictores de resultados obstétricos adversos, no existe un cribaje sistemático de la ansiedad y/o miedos durante la gestación y como consecuencia la ansiedad durante el periodo prenatal no se detecta (103,221), a pesar de que al parecer, un 54% de las mujeres presentarían ansiedad en algún momento del embarazo (114), siendo la prevalencia de este trastorno, según datos de un estudio de Teixeira (222) publicado en el año 2009, de un 15% en el primer trimestre, de un 12% en el segundo trimestre y de un 18% en el tercero.

### *Relación entre ansiedad y determinados resultados obstétricos, fetales y perinatales*

A pesar de que recientes estudios describen como la ansiedad podría tener una influencia negativa sobre determinados resultados obstétricos, fetales y perinatales (7,24,25,27,101,102); los resultados obtenidos en esta investigación muestran que los niveles de ansiedad preparto de las mujeres no se asociaron con el tipo de parto, como sí ocurrió en el trabajo de Ryding (106),

que hace ya unos años, demostró que las mujeres que manifestaban un mayor miedo ante el parto, ansiedad generalizada y precarias estrategias de afrontamiento ante el estrés durante el tercer trimestre del embarazo, incrementaban el riesgo de sufrir una cesárea de emergencia; no obstante, si se pudo apreciar que en la FASE II, las mujeres con niveles de ansiedad más altos tuvieron un mayor porcentaje de partos instrumentados.

Sin embargo al no ser las diferencias comentadas estadísticamente significativas podemos decir que los resultados obtenidos en esta investigación muestran que los niveles de ansiedad preparto de las mujeres no se asociaban ni con el tipo de parto, ni con el Apgar o el peso de los niños de forma significativa, al igual que ya se publicó en otros estudios (223,224)

Estos resultados contradictorios entre los diferentes estudios, refiere Marc (225), sugieren que se deben hacer más investigaciones, ya que aspectos como el tamaño reducido de las muestras, la presencia de debilidades metodológicas y/o la presencia de resultados contradictorios, colaboran en que las conclusiones de los estudios en este sentido sean limitadas.

En este sentido, y a modo de ejemplo, comentar que en el estudio de Hernández (102), realizado en una población similar a la nuestra, se estableció una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad, el modo de finalización del parto y el peso de los niños al nacer, aun siendo los niveles de ansiedad-estado de su muestra, inferiores a los hallados en nuestro estudio; hay que resaltar en este sentido que en el estudio citado y a diferencia del nuestro, el cuestionario STAI-AE, que evaluaba los niveles de ansiedad en la gestación ante el parto, respecto a los resultados perinatales, se les administraba en el postparto para que lo contestaran de manera retrospectiva, lo que podría explicar los niveles de ansiedad más bajos de su población.

### *Ansiedad, miedo y dolor*

Autores como Saisto (29) o Rawal (148) establecen una relación directa entre un nivel alto de ansiedad y una peor tolerancia al dolor, sin embargo en ninguna de las dos fases de este estudio se pudo establecer esta relación de una forma estadísticamente significativa. Lo que sí se pudo apreciar es que por un lado, las mujeres, con un nivel de ansiedad alto eran las que peor valoraban el alivio del dolor tras la administración de tratamiento analgésico y por otro que lo que sí existía, era una relación estadísticamente significativa entre ansiedad y dolor, de un modo indirecto, gracias a la intervención de determinados “miedos”. En la FASE I, se pudo apreciar que de una manera estadísticamente significativa el miedo a la anestesia, al anestesiólogo y a tener dolor durante el postparto era más frecuente en las mujeres agrupadas en el nivel de ansiedad alto. Tras lo que pudo comprobarse que estas mujeres tenían también un mayor miedo

al dolor del parto, aspecto que pudo relacionarse, a su vez, con una peor tolerancia del mismo, mostrando estas mujeres, una mayor intensidad de dolor, en la escala de valoración del dolor (EVA). En la FASE II, las mujeres con un nivel de ansiedad alto mostraron de una manera estadísticamente significativa, un mayor miedo a la anestesia.

Read (154), fue de los primeros en describir la relación fisiológica miedo-tensión-dolor, proceso que se basa, según los diferentes autores, en que la mujer con un nivel elevado de ansiedad, se tensa y no se relaja entre contracciones, lo que le provoca como consecuencia un estrés, que debido al alto nivel de las catecolaminas, se hace constante y crónico; el nivel de cortisol sube e inhibe las endorfinas y el sistema nervioso simpático es hiperestimulado lo que le provoca a su vez un aumento no fisiológico del dolor, rigidez del cuello uterino, reducción de la perfusión placentaria y a la larga, respuestas locales y sistémicas que afectan de manera evidente el bienestar materno-fetal. (142,162,167,226). Read (154), otorgó entonces, a la reducción del miedo capacidad analgésica, fruto de, entre otros, un apoyo continuo en el parto, informar a la mujer sobre el proceso a seguir y del porqué de los cambios surgidos en el proceso, de la aplicación de técnicas de relajación, gimnasia y sugestión, etc.

En este sentido también sería conveniente desarrollar investigaciones dirigidas a ampliar la oferta de actividades o terapias destinadas a reducir el nivel de ansiedad de la mujer, que se ha visto responde bien, durante el embarazo, a tratamientos como la terapia cognitivo-conductual o la medicación; aunque el uso de fármacos psicotrópicos durante el embarazo es polémico (227). Debido al riesgo de efectos adversos asociados con los tratamientos farmacológicos, las intervenciones no farmacológicas, como la musicoterapia, el apoyo continuado de la matrona y las intervenciones cuerpo-mente podrían ser preferibles, según aparece en una reciente revisión Cochrane (2011), realizada por Marc (225), técnicas basadas en la inducción de la relajación mental de la gestante, como herramientas efectivas para controlar o prevenir la ansiedad de las mujeres (28,225); sin embargo la efectividad de estos métodos no es concluyente (194), por lo que se precisan más estudios en este sentido.

En esta investigación no se pudieron establecer diferencias entre el nivel de ansiedad de las gestantes participantes y la asistencia a los PEM y/o a la sesión educativa del HJ23, en contra de lo que dicen otros estudios (51,228) y coincidiendo con los resultados publicados por Martínez (52), que en su estudio valoraba el impacto de un PEM sobre diferentes variables. Las mujeres no estuvieron menos ansiosas, por el hecho de haber acudido a este programa/sesión, a pesar de que existen estudios que han demostrado una asociación positiva entre la educación prenatal y la reducción de la angustia psicológica y/o el incremento de la satisfacción durante la experiencia del parto (24). La variabilidad de los PEM, así como las habilidades, experiencia y motivación



de los profesionales responsables de los mismos son cruciales, como ya apuntó Gagnon (20), para la consecución de los objetivos planteados, aspectos que refuerzan el hecho de que hay que diseñar, implementar y evaluar nuevas opciones educativas, adaptadas a los entornos asistenciales a los que la gestante acudirá. El diseño e implementación de una sesión educativa basada en el *coaching*, evaluado en esta investigación, va en esta línea.

En la FASE I, un tercio de las gestantes que habían tenido hijos comentaron, haber tenido experiencias malas o muy malas en sus partos anteriores. Es curioso comprobar que este hecho no condicionó en nuestra investigación, según los resultados obtenidos, ni el nivel de ansiedad previo al parto, ni el nivel de dolor en el mismo, ni el alivio del dolor tras la administración de analgesia, ni los miedos,... ¿se olvidan las malas experiencias? Fenwick (229) refiere al respecto, que las mujeres nulíparas, tendrían un mayor miedo al parto que las mujeres multíparas, debido a que éstas últimas se favorecen del conocimiento del entorno, lo que les hace sentirse más tranquilas y confiadas, aspecto que cambia de forma radical si la experiencia no fue buena, ya que ante la nueva situación recuerdan los malos momentos pasados. Ante lo expuesto y teniendo en cuenta el porcentaje de malas o muy malas experiencias recogidas en este estudio y a pesar de que no se pudo establecer relación entre el nivel de ansiedad, miedos, dolor y malas experiencias, se debería profundizar en el estudio de estas experiencias desfavorables, a través de la metodología cualitativa, para conocer, entre otros, los motivos alegados por las gestantes, con el objetivo de intentar reducir este hecho.

Por último comentar que en la FASE II, se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y el nivel de estudios. Las mujeres con estudios universitarios fueron las que tuvieron el nivel de ansiedad más bajo. En general se trataría de mujeres de mayor edad, con un mayor nivel sociocultural, que reciben habitualmente más y mejores explicaciones de los profesionales sanitarios y que asisten en mayor porcentaje a los PEM (217).

En relación a los instrumentos utilizados para la valoración del nivel de ansiedad comentar que se decidió en esta investigación utilizar dos instrumentos, EVA (142) y el cuestionario STAI (143) con la idea de compararlos y de valorar su idoneidad en la valoración de la ansiedad pregestacional. El STAI-AE nos ha parecido un cuestionario adecuado, coincidiendo con lo expuesto en otros trabajos (104,145), pero además se ha podido comprobar que los dos instrumentos utilizados en el estudio, STAI-AE y EVA correlacionaban fuertemente, lo que nos permitió comprobar que ambos instrumentos eran adecuados y precisos a la hora de cuantificar el nivel de ansiedad de las mujeres. Lo interesante al respecto, radica en que se nos muestra la EVA, como una escala simple, intuitiva, fácil de utilizar y de rápida ejecución que puede ser

utilizada por la matrona, para el cribado de la ansiedad de las mujeres que asisten a los controles prenatales habituales.

Por último, es importante resaltar, que la ansiedad no es exclusiva del entorno obstétrico, está presente y constituye, uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico, en el que se acepta que los pacientes con mayores niveles de ansiedad tienen mayor dolor (148). Sin embargo, y como apuntan algunos autores (94,149), son muchos los factores susceptibles de modificar esta relación, la ansiedad preoperatoria, personalidad y características del procedimiento quirúrgico, por lo que también se recomienda en este contexto, una adecuada información previa a la intervención y un cribaje sistemático de la ansiedad con diferentes instrumentos. El STAI-AE, la escala EVA y la APAIS (230) se utilizan con frecuencia en este entorno, con el objetivo de identificar a los pacientes susceptibles de cuidados prequirúrgicos orientados a disminuir su nivel de ansiedad. Es importante resaltar que, a diferencia del entorno obstétrico, en el que conviven posturas a favor y en contra del tratamiento del dolor (162), en el contexto quirúrgico, no se acepta la presencia del dolor, ya que se considera un sufrimiento innecesario e inútil, que puede controlarse eficazmente con los fármacos y técnicas disponibles actualmente; en el que la eficacia de su tratamiento es considerado un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial (231).

### **6.3 El dolor de parto, su alivio y los miedos en el parto, valoración de la eficacia de la sesión educativa**

Las mujeres que participaron en las FASES I y II, valoraron como muy intenso, y de forma idéntica, el dolor máximo percibido durante el parto (Mdn= 9; P25=7; P75=10), con independencia de que las mujeres de la FASE II, hubieran asistido a la sesión educativa diseñada en esta investigación, sin embargo sí se pudo apreciar que las mujeres de la FASE II, mostraron un mayor alivio del dolor, partiendo de la misma intensidad de dolor.

Uno de los ejes que se trabajó en la sesión educativa, fue el dolor y su tratamiento, debido a que tras el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados de la FASE I, emergió como el factor que más había influido en la insatisfacción e incumplimiento de expectativas de las mujeres participantes. Las mujeres de la FASE I, dijeron sentirse poco informadas, hecho diametralmente opuesto, a lo expresado por las mujeres de la FASE II, quienes dijeron, en su mayoría, sentirse bien informadas, estableciéndose en este sentido diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases, lo que refuerza la utilidad de la sesión educativa diseñada. Hay que tener muy en cuenta que la mayoría de las mujeres participantes en esta investigación, consideró que el alivio del dolor era un tema importante en su parto.

En una reciente revisión sistemática sobre las experiencias del dolor, el alivio del mismo y el grado de implicación de la mujer en la decisión, llevada a cabo por Lally (144), se constató que la falta de conocimientos sobre los riesgos y beneficios de los diferentes métodos para el alivio del dolor podía generar ansiedad en las mujeres.

El dolor de parto, no debería ser cuestionado y está presente en la práctica totalidad de los partos. La manera como se gestiona ese dolor es lo que marca la diferencia y explica que mujeres informadas y acompañadas, con altos niveles de dolor, presenten altos niveles de satisfacción (232).

El nacimiento de un hijo es considerado uno de los episodios más dolorosos en la vida de una mujer (233). La respuesta al dolor varía de una mujer a otra y depende de los recursos que ante el dolor ella maneje. Al respecto, Schmid (156) refiere que si la mujer es capaz de relajarse física y emocionalmente en las pausas, entre una contracción y otra, si mantiene una respiración con expiración larga durante las contracciones, si recibe un masaje para relajar la tensión muscular, si puede moverse libremente y si se siente protegida como para enfrentarse al miedo, estará tranquila y los mensajes que le llegaran no serán de alerta, sino de calma y las reacciones fisiológicas se normalizaran y permitirán la producción de endorfinas. Aun así, son mayoría las mujeres que a lo largo de este proceso, solicitan la aplicación de técnicas no farmacológicas y farmacológicas para el alivio del dolor, entre las que la analgesia epidural es la más ofertada y demandada.

La analgesia epidural, fue el método farmacológico más utilizado para el control del dolor en el parto fisiológico o distócico en las FASES I y II (80,7% y 84,6%). Su utilización es similar a lo registrado en estudios similares, que añaden que a pesar de que se conocen, otros métodos, desde que se ofertó y se generalizó la aplicación de la analgesia epidural en los hospitales de la red pública (19,150), se ha convertido en la técnica de elección para la mayoría de los profesionales que asisten al parto, siendo además la más utilizada y demandada por las mujeres, con cifras de aplicación en hospitales catalanes cercanas a un 82%, según un reciente estudio realizado sobre un total de más de 70.000 partos (234). Es considerada la técnica más efectiva(164), pero aun así es importante resaltar que no está exenta de complicaciones y no siempre es efectiva (226,235).

Las complicaciones de la técnica pueden llegar al 23%, según Álvarez (236), siendo las más frecuentes: bloqueo inadecuado, fallido o atípico, hipotensión materna, inyección subaracnoidea accidental, inyección intravascular, punción de la duramadre, bloqueo subdural, etc.

Jackson (237) realizó un estudio con el objetivo de determinar que esperaba saber la mujer sobre la analgesia epidural antes de firmar el consentimiento, comentar al respecto que la mayoría de

las mujeres quiso conocer las complicaciones (aunque no la incidencia de las mismas), aspecto, que no modificó su intención de que les fuera administrada.

Por otro lado, no hay que olvidar que la técnica conlleva en ocasiones efectos colaterales que se relacionan, principalmente, con alteraciones en la dinámica del parto y con la forma de finalizar el mismo. La necesidad de uso de oxitocina en el parto con analgesia epidural, es tres veces superior que en el parto espontáneo, el expulsivo se alarga, los partos instrumentados son el triple con respecto al parto sin analgesia, la movilidad de la mujer a menudo se ve reducida y existe la pérdida de sensaciones, así como de la capacidad de orinar espontáneamente. Finalmente, en ocasiones, tras el parto las mujeres pueden presentar cefalea leve o grave, lo que puede ocurrir, inmediatamente después de la punción o empezar dentro de las primeras 48 horas (lo que ocurre en el 90% de los casos). La cefalea y los síntomas acompañantes son autolimitados y generalmente se resuelven dentro de los primeros 7 días o menos en el 80% de los casos, aunque en una pequeña minoría puede persistir por semanas y en algún caso meses (162,236,238).

No obstante, en lo que la mayoría de los autores coinciden es que mientras en el parto fisiológico los riesgos o efectos colaterales de epidural pueden parecer superiores a los beneficios en términos de salud, en el parto distócico, la analgesia epidural desempeña una importante función terapéutica, permitiendo su administración una relajación del tono muscular y del cuello uterino con consecuencias positivas para la mujer y el feto (142,162,235).

En relación al efecto de la sesión educativa sobre la percepción de miedos ante el parto, al hacer una comparativa entre las dos fases, se pudo apreciar que las mujeres de la FASE II, redujeron, globalmente la mayoría de los miedos, y de una manera estadísticamente significativa el “*miedo al ginecólogo*” y el “*miedo al dolor postparto*”. En la sesión diseñada e implementada y dentro del eje, “*El conocimiento del entorno físico y profesional del proceso de parto*” se fomentó la confianza en los diferentes profesionales, especialmente en el ginecólogo, profesional que las mujeres sienten más distante y “*ejecutor*” de instrumentaciones y cesáreas, según lo comentado por ellas en las sesiones, y aspecto también corroborado por los resultados de la FASE I, en la que se pudo establecer de forma estadísticamente significativa que cuando mayor fue el miedo al ginecólogo, mayor fue el dolor percibido en el parto, siendo éste uno de los motivos que una vez analizados se consideraron a la hora de diseñar la sesión educativa.

## **6.4 Satisfacción y cumplimiento de expectativas, sesión educativa como elemento de mejora**

### *Valoración de la satisfacción tras el parto*

La satisfacción maternal tras el parto, mostrada por las mujeres participantes en este estudio, fue alta, especialmente en la FASE II, ya que la totalidad de las mujeres se mostraron “*satisfechas*” o “*muy satisfechas*”, aun así, no se pudieron establecer diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases. Sin embargo, se pudo observar, que las mujeres participantes en la FASE II, valoraron mejor el hospital, estableciéndose, esta vez sí, diferencias estadísticamente significativas en este sentido con la FASE I, ya que las mujeres más satisfechas, eran las que mejor valoraban el hospital, por lo que podríamos afirmar que la sesión educativa y la satisfacción se relacionaron de forma positiva.

Nuestro estudio muestra valores de satisfacción altos, similares a los aportados por Robinson (239), que sitúa a los pacientes satisfechos alrededor del 80% y a los aportados por el Departament de Salut de la Generalitat, que en el año 2010, que tras realizar una encuesta en la que valoró la satisfacción maternal tras el parto, estableció que las mujeres atendidas de parto en los Hospitales de Cataluña se mostraban satisfechas por la atención recibida, obteniendo un 8,03 de media sobre 10, cifra que fue superada por los hospitales públicos catalanes al repetir dicha encuesta en el año 2013, estableciendo esta vez la media de satisfacción maternal en un 8,19 sobre 10 (220).

Nuestra investigación, se encuadra en un hospital público de Cataluña, situado en un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por ginecólogos y matronas, semejante al de otros países europeos como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica (68), en el que en general, se aprecia, que las mujeres están conformes con la atención que se dispensa (6,68,69,183). En el mismo sentido, las mujeres participantes en esta investigación, dijeron “*haberse sentido tratadas con respeto*” (100% de las participantes), con comentarios dirigidos a la valoración positiva de un trato profesional cercano y a la percepción de un servicio de calidad, orientado al usuario/a. En la línea de lo comentado, el 100% de las mujeres participantes en la FASE II, afirmó que pudieron estar acompañadas de la persona que ellas habían elegido, se mostraron satisfechas de la información que les dieron durante el parto y valoraron de forma positiva la atención y acompañamiento de la matrona, que aparece como el profesional mejor valorado en el proceso, algo ya refrendado en otros estudios (6,240). Sin embargo, aunque fueron, más positivas las valoraciones de la FASE II, no se pudieron establecer al respecto, diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases.

El dolor, como ya hemos comentado, fue un elemento clave en la valoración final de la experiencia del parto y condicionó en gran medida la satisfacción global del proceso. La valoración que hicieron las mujeres de la forma en que se les había tratado el dolor en el parto, se relacionó, de manera estadísticamente significativa con la satisfacción, en ambas fases. Las mujeres que valoraron más positivamente la forma en que se les había tratado el dolor fueron las que se mostraron globalmente más satisfechas tras el parto, al igual que se observó en estudios previos (241,242). En esta línea, Mas-Pons (187), también publicó recientemente un estudio sobre la satisfacción con la experiencia del parto, con una muestra de 325 mujeres que habían acudido a parir a tres hospitales públicos de la comunidad de Valencia; los resultados obtenidos mostraron que las mujeres menos satisfechas con la experiencia, fueron mayoritariamente las que pasaron más dolor en el parto y las que no accedieron al método de alivio del mismo, elegido por ellas.

Tras el análisis cualitativo de las entrevistas de las mujeres participantes en la FASE I, se pudo observar que las mujeres que estaban más satisfechas tras el parto, habían centrado fundamentalmente su valoración en 3 aspectos:

- 1º) en el trato recibido por los diferentes profesionales que las habían atendido durante el proceso (su amabilidad, su paciencia y su trato cariñoso y atento),
- 2º) en el hecho de que todo saliera bien durante el parto y por último
- 3º) en discursos que hacían referencia a una buena autogestión del dolor y a una valoración positiva del tratamiento analgésico que les fue administrado.

En la FASE II, la satisfacción se centró en 4 aspectos fundamentales:

- 1º) en la atención recibida, coincidiendo en gran medida con lo ya expresado por las mujeres de la FASE I, valorando fundamentalmente el buen trato recibido por parte de las personas que les atendieron;
- 2º) en la profesionalidad percibida por parte de las mujeres, de los diferentes miembros del equipo que les atendieron, que se tradujo en una mayor confianza hacia las personas que les atendieron;
- 3º) en la percepción que las mujeres tuvieron de que las cosas transcurrían como ellas querían; opinaron, preguntaron y tuvieron la sensación de que sus opiniones eran tenidas en cuenta y que tenían el control de su parto.

4º) en la sensación percibida de que, ante la aparición de complicaciones, los profesionales actuaron adecuadamente.

Los aspectos dos, tres y cuatro reflejan la influencia de la sesión implementada con las mujeres participantes en la FASE II, ya que éstas, valoran aspectos trabajados en la misma, aspectos que se convierten en artífices del incremento de satisfacción.

El sentimiento de control en el parto, fue definido por Hodnett y Simmons (243) como la sensación de poder decidir, elegir y tomar decisiones activas, responsables y creativas durante su parto. Años más tarde Green y Baston (244), clasificaron este sentimiento en tres dimensiones: control sobre lo que los profesionales van a hacer, control sobre una misma (también denominado autocontrol) y por último control durante el proceso fisiológico, concretamente ante la contracción y el subsiguiente dolor.

Durante la sesión educativa, basada en el coaching, se promocionó la asertividad en la sala de partos, invitando a las mujeres de la FASE II, a que reflexionaran sobre los aspectos que eran importantes para ellas en el parto y animándolas a que ante los profesionales verbalizaran sus deseos y preguntaran sus dudas. La mayor parte de las mujeres quiere parir en el hospital, ya que consideran que el parto hospitalario es el más seguro (245), pero a la vez quieren tener una mayor sensación de control de su parto; conocer, decidir y participar en las decisiones asistenciales, factores predictores de un mayor grado de satisfacción tras el parto (9,30,187,242,244,246).

Schmid (245) refiere, que la libertad de la mujer en su parto, es la sensación personal que ésta tiene de que puede llevar a cabo sus propias elecciones, autora que recomienda que durante la preparación al nacimiento se eduque en la libertad a partir de facilitar a las mujeres,

*“...información correcta y exhaustiva, relativa a los procedimientos de asistencia, a la fisiología global, a los ambientes de parto y a las diferentes formas de analgesia con sus pros y contras...”*

El análisis de los datos cuantitativos de la FASE I, indicó que los aspectos relacionados con el acompañamiento, el trato profesional percibido y la calidad de la información recibida eran muy importantes para las mujeres, por lo que se tuvieron muy en cuenta a la hora de diseñar la sesión. En este sentido, en la FASE I se pudo observar tras el análisis cuantitativo que el hecho de que a las mujeres *“se les llamara por su nombre”* que *“se las tratara con respeto”* y que *“pudieran estar acompañadas de la persona que ellas hubieran elegido”*, influyó de un modo estadísticamente significativo en la satisfacción global ante el proceso.

A las mujeres de la FASE II, se les recomendaba en la sesión, que les preguntaran a los profesionales su nombre y categoría profesional, en el caso, de que éstos no se hubieran presentado. No podemos olvidar que en estos espacios los diferentes profesionales (ginecóloga/o, anestesióloga/o, matrona, auxiliar de clínica, celadora/o, etc) visten con el mismo uniforme, y en la práctica no siempre llevan identificación, algo que les genera a las mujeres inquietud e inseguridad. Al respecto, tras el análisis de los resultados cuantitativos, se pudo observar que la mayoría de las mujeres de la FASE II, conocían el nombre de las personas que les atendieron, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas, al respecto con la FASE I, aspecto que pudo relacionarse con un mayor grado de satisfacción.

La satisfacción es un elemento deseable e importante y aunque intuitivamente es un concepto fácil de entender no siempre existe acuerdo ni en lo que significa ni en el resultado de su valoración, debido a su cariz multidimensional; las mujeres pueden sentirse satisfechas por unos factores e insatisfechas por otros y valoran, finalmente, en base a lo que para ellas es crucial en ese momento (190,242). Robinson (239) en su interesante revisión de la “satisfacción maternal”, sostiene que la complejidad del concepto deriva en que no es habitualmente definida y que las mujeres valoran diferentes dimensiones de la experiencia: comunicación, actitudes profesionales competencia técnica, clima de confianza y percepción del paciente de su individualidad.

#### *Cumplimiento de las expectativas previas tras el parto*

En el análisis de los resultados de la FASE I, pudimos comprobar que un alto grado de satisfacción tras el parto, no comportaba necesariamente, el cumplimiento de expectativas previas ya que un porcentaje elevado de estas mujeres (38,2%), no las cumplió. El abordaje y análisis metodológico cualitativo nos permitió profundizar, en los motivos de dicho incumplimiento, los cuales se centraron principalmente en el dolor y su tratamiento, la calidad de la información y el trato profesional percibido. El dolor de parto resultó ser el elemento más significativo en el incumplimiento de expectativas de las mujeres en la FASE I, concepto complejo y subjetivo que condiciona la experiencia del parto y el grado de satisfacción de la mujer, tal como también indican diferentes autores (187,241). Posteriormente, el diseño de la sesión educativa se basó en trabajar con las mujeres de la FASE II los aspectos que en la FASE I, se relacionaron con el incumplimiento de expectativas.

A pesar de todo ello, las mujeres participantes en la FASE II, también incumplieron sus expectativas (catalogaron su experiencia como “peor a lo esperado”), incluso en mayor grado



que las de la FASE I (45,4% versus 38,2%), aunque las diferencias entre ambas fases no tuvieron significación estadística.

Se indagó entonces en los motivos del incumplimiento de expectativas en esta FASE II, encontrando que éste se relacionaba principalmente, con la aparición de complicaciones en el parto, y con que el parto finalizara en cesárea, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas al respecto. De hecho, el 55% de las mujeres, a las que les hicieron una cesárea y el 50% de las mujeres que sufrieron complicaciones en el parto catalogaron su parto como “peor a lo esperado”. Aspecto refrendado por el hecho de que las cesáreas, fueron casi el doble en el grupo de mujeres con complicaciones que en el grupo de mujeres sin complicaciones, ya que es esta la forma más rápida de finalización de un parto si ante una complicación grave, así se requiere.

Se practicó en la FASE II, un porcentaje de cesáreas superior a las realizadas en la FASE I, y al porcentaje de cesáreas realizadas en los Hospitales catalanes en el año 2012, según datos aportados por el Departament de Salut (220). Muy relacionado con todo ello, como ya se ha comentado, es el hecho de que en la FASE II (como ya se comentó en apartados anteriores), hubo un mayor porcentaje de primíparas, lo que determinados autores, asocian cada vez más a edades más avanzadas (un 32% de las mujeres de la FASE II eran mayores de 35 años frente a un 23% de la FASE I), a peores resultados obstétricos y perinatales y a un mayor porcentaje de cesáreas, al ser comparadas con el resto de opciones (215,217,219). Por otro lado las expectativas insatisfechas son más comunes en el primer parto, ya que en un segundo parto, la mayoría de las mujeres adaptan sus expectativas a la experiencia vivida, con el objetivo de que más sean viables y evitar así la decepción (15).

La mayoría de las mujeres quieren un parto rápido y poco doloroso (30) y a ser posible sin ninguna intervención médica (247). La realización de una cesarea de urgencia (no electiva), incumple las expectativas previas al parto y se relaciona con una peor experiencia de parto, al ser comparada con un parto vaginal (32).

Al relacionar la forma de finalizar el parto con el resto de variables, se pudo observar que no existía una relación estadísticamente significativa, entre el tipo de parto (eutócico, espátulas, fórceps y cesáreas) y el nivel de riesgo ( $X_2$  test p-valor=0,739). Estos resultados, coinciden con el estudio de Bernal (214), en el que tampoco se encontró correlación entre la incidencia de cesárea y la incidencia de partos de riesgo, entre una amplia muestra de mujeres asistidas de parto en hospitales públicos de nuestro país; variabilidad clínica que diversos autores comentan que se referiría más a estilos de práctica o formas de organización locales que a la necesidad de las pacientes (214,215,248). Escuriet (249), cifra en una publicación de este año, la tasa general de

cesáreas en Cataluña, para hospitales públicos y privados en un 27,55% (IC 27,23-27,86), resaltando el hecho de que los hospitales públicos y privados con un volumen más bajo de nacimientos tienen las tasas más altas de intervención obstétrica. Redondo (248), al respecto, añade que dicha variabilidad en el porcentaje de cesáreas entre los diferentes hospitales, se debería a la planificación hospitalaria, circunstancias sociales, preferencias de las mujeres e incluso refiere que tal vez los incentivos económicos podrían explicar las diferencias que aparecen entre niveles públicos y privados, enlazando este hecho con la circunstancia de que en los hospitales privados se realiza un gran número de cesáreas sin indicación, que daría cuenta de una mayor receptividad de los facultativos hacia *“las demandas de las mujeres sobre la vía de parto”*.

En relación a la variable complicaciones, se pudo apreciar que se presentaron en el parto o tras el mismo en ambas fases en porcentajes similares (FASES I y II: 20,5 y 22,7% respectivamente), y que tampoco éstas pudieron ser relacionadas estadísticamente con el nivel de riesgo del embarazo.

La OMS, considera injustificada una tasa de cesáreas superior al 15%, determinando que porcentajes superiores a éste han de ser valorados como un indicador de mala calidad de atención obstétrica (250). Resulta interesante destacar al respecto, que aunque en determinados entornos asistenciales se critica este dato, ya que consideran que es difícil de asumir, parece claro, y se constata en recientes publicaciones, que en los partos no complicados, la cesárea expone a la mujer a varios riesgos, sin aportar ninguna ventaja definida; así se explica el incremento de la incidencia de placenta ácreta y otras presentaciones anormales de la placenta (1/500 partos) (251); además de un aumento en *“el riesgo neonatal y la mortalidad materna, histerectomías, infección puerperal severa, complicaciones en la anestesia y tromboembolismo venoso”*(214).

Aun así, como ya se ha comentado, y como también pudo apreciarse tras el análisis cualitativo de las entrevistas, las mujeres de la FASE II, que asistieron a la sesión educativa, presentaron altos niveles de satisfacción a pesar de que sus expectativas no fueran cumplidas debido a aspectos como *“la aparición de complicaciones”*, *“finalizar el parto en cesarea o parto instrumentado”* (en especial cuando no era la forma prevista *“a priori”* o si esto ocurría tras pasar muchas horas de parto), *“pasar un mayor dolor del esperado”* y/o *“analgesia ineficaz”*. La sesión educativa favoreció que las mujeres valoraran el hecho de que las cosas no siempre ocurren como esperamos (aspecto que se trabajó en las sesiones), ya que, a pesar de las situaciones no previstas, tuvieron la sensación de que sus opiniones eran tenidas en cuenta. Tuvieron además la percepción de que ante la aparición de complicaciones, los profesionales actuaban adecuadamente. Aun así, lo que no podemos obviar es el hecho de que para una madre

el hecho de que finalmente todo se resuelva (sin complicaciones fatales y con una madre y un hijo en buenas condiciones), es muy importante, lo que se traduce en muchas ocasiones en “*un alto grado de satisfacción*” como resultado de la valoración única de la calidad “*científico-técnica*”(6).

En definitiva, lo que resulta remarcable es que en la FASE II, el incumplimiento de expectativas no implicó una peor valoración del hospital, al contrario, el grupo de mujeres que valoró su experiencia como “peor a lo esperado” hizo una valoración muy positiva del hospital (mediana=9; P25=8; P75=9), a la vez que al relacionar las variables satisfacción y cumplimiento de expectativas, se observó que el incumplimiento de expectativas previas al parto, no condicionó la satisfacción global con el proceso. En esta fase, las mujeres se mostraron “*satisfechas*” o “*muy satisfechas*” aun no habiendo cumplido sus expectativas, algo que no ocurrió en la FASE I, ya que en esa fase, cuanto mayor era la experiencia “*peor a lo esperado*”, menor era la satisfacción, de las mujeres, relacionándose ambas variables de un modo estadísticamente significativo (P-valor  $\leq 0,001$ ).

Los resultados obtenidos en la FASE II, cuestionan lo expuesto por Linder y Pelz (175) , autores que consideran la satisfacción de un paciente como la valoración positiva de una serie de actuaciones sanitarias complejas, basándose más en la cobertura de las expectativas previas que en los sentimientos propiamente dichos, cuestionando también los resultados encontrados, el paradigma de “desconfirmación de expectativas”, como referente teórico para explicar cómo se valora la satisfacción de las mujeres en el parto, que determina que el nivel de satisfacción es el resultado de la divergencia o discrepancia entre las percepciones y las expectativas sobre la calidad del servicio recibido (190). Muchas mujeres a pesar de no haber cumplido sus expectativas se muestran finalmente satisfechas, ya que “*todo ha ido bien*”, se han sentido bien atendidas y han tenido la sensación de que sus opiniones eran valoradas, lo que refiere Schmid, (245) al decir que la satisfacción y el éxito del parto, no dependen tanto del modo en el que se produce, sino de cómo dicho modelo satisface su sistema de valores, siendo en este sentido muy importante para ellas el grado de control y decisión que han podido ejercer a la hora de dar a luz, junto a la percepción de que han sido escuchadas por los profesionales.

Se pudo observar también que en la FASE II, las mujeres con estudios primarios, en comparación con las mujeres que tenían un nivel de estudios superior, fueron las que mayoritariamente catalogaron su experiencia de parto como “peor a lo esperado” y las que en menor porcentaje contestaron estar “muy satisfechas”, aspecto que contrasta con lo comentado por Waldenstrom (252), que en su estudio, relacionó bajos niveles de educación con una mayor satisfacción. Goodman (242), en cambio, constató que existían múltiples contradicciones en este

aspecto al comparar diferentes estudios en una exhaustiva revisión sobre de los factores que se relacionaban con la satisfacción maternal. En la misma línea y relacionado con lo comentado, Fernandez (218), alerta de la necesidad de elaborar estrategias para captar mujeres de los niveles socio-culturales y económicos más bajos, ya que de este grupo solo acude un 10% del total a los PEM, teniendo en cuenta de que probablemente es el grupo que mayores necesidades educativas tiene. A destacar, además, que en un estudio realizado con 641 nulíparas asistidas en el servicio Vasco de salud, se comprobó que los PEM incidían en la disminución de la ansiedad de las mujeres, especialmente en las más jóvenes y de extracción social más baja (51).

El haber tenido mucho dolor o mayor dolor de lo esperado fue la causa más frecuente de incumplimiento de expectativas en la FASE I de esta investigación. La sesión educativa implementada en la FASE II, mejoró la información de las mujeres participantes, sobre la naturaleza del dolor y sobre los diferentes tratamientos analgésicos, favoreciendo que las mujeres valoraran de un modo más realista la experiencia dolorosa y el alivio del dolor tras la administración de analgesia. Es el tema de la analgesia en el parto uno de los temas más demandados por las mujeres en los PEM (253).

Aún así, hay mucho trabajo por hacer, se debe seguir investigando en el tema del dolor en el parto y sus tratamientos, y en como estamos abordando este tema en nuestro entorno, ya que al parecer podríamos no estar cubriendo satisfactoriamente las necesidades de las mujeres en este sentido. Simkin (254), tras realizar una revisión sistemática en el 2010 sobre las expectativas y experiencias de las mujeres ante el alivio del dolor en el parto, en concreto, sobre las diferencias entre ambas, pudo constatar que las mujeres no estaban adecuadamente preparadas para la realidad del dolor en el parto y no eran capaces de tomar decisiones informadas de cómo debía ser su alivio. Ante esta situación es importante que valoremos el hecho de que una de las tareas principales de los PEM es la de reforzar y permitir el proceso de empoderamiento de la mujer en el tema del dolor, ofreciendo los conocimientos necesarios para que sea la mujer la que tome sus propias decisiones en relación a como quiere vivir su parto, con independencia de lo que la institución o el profesional concreto determine. Lally (144), en una reciente revisión sistemática sobre las experiencias del dolor y alivio del dolor, refiere que las mujeres quieren participar en la toma de decisiones y ser informadas sobre el tema por los educadores prenatales, que además deben, durante los cursos, potenciar el soporte emocional, para facilitar que la mujer tome decisiones responsables al respecto.

Son interesantes también, en este sentido, los estudios que más allá de la cuantificación del dolor exploran las experiencias de las mujeres en relación a su experiencia con el dolor y los tratamientos para aliviarlo. Angle (232), en este sentido, quiso conocer las expectativas y

experiencias de un grupo de mujeres a las que se les había administrado analgesia epidural, con la finalidad de valorar la calidad de la misma, para ello realizó un estudio mixto, cuantitativo y cualitativo con entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Algunas de las categorías que emergieron tras el análisis cualitativo de los datos del estudio de Angle fueron, *“la enormidad del dolor de parto”* apreciándose que la mayoría asoció el alivio del dolor con un mayor disfrute de la experiencia del nacimiento, *“el miedo y ansiedad ante la analgesia epidural”* donde aparece el miedo o ansiedad que sienten cuando su elección o su visión ante el dolor difiere o es opuesta a las visiones que tienen su propia familia, o el personal sanitario que le atiende ya que ellas quieren poder elegir; *“el miedo de las mujeres multíparas a no dar tiempo a que se les ponga”*, *“los miedos que tienen las mujeres al impacto que puede tener la epidural sobre la progresión del parto”* o *“el miedo a los posibles efectos secundarios de la técnica en sí”*, dolor en la inserción, dolor de espalda a largo plazo, daño nervioso y parálisis y por último en la categoría *“la valoración de las mujeres del alivio del dolor con la analgesia epidural”* comparten que es importante que se preserven las sensaciones de contracción y pujos, ya que valoran mucho el alivio del dolor pero siempre y cuando puedan moverse y sentir que son capaces de pujar, cuando llegue el momento, de forma eficaz. En definitiva, las mujeres valoraban poder seguir teniendo el control de su parto, independientemente de que su dolor fuera aliviado con una u otra técnica; por último añadir que las mujeres asociaban la inmovilidad completa con disconfort, ansiedad y miedo.

En el estudio comentado, se sugieren modificaciones en los sistemas utilizados hasta ahora para medir la calidad del tratamiento del dolor, no solo se debe valorar la ausencia de dolor, *“el alivio del dolor es solo uno de los numerosos factores que contribuyen a la experiencia analgésica”* (164); es importante administrar una analgesia eficaz que minimice su efecto sobre la progresión del parto y que preserve la percepción de autocontrol física y emocional en la mujer. Cooper (67), añade a lo comentado, que las mujeres quieren además de mantener el sentimiento de control, moverse y elegir la posición durante el expulsivo; y aunque varias mujeres prefirieron no andar durante el parto, valoraron positivamente la posibilidad de poder hacerlo.

Ante lo expuesto, se refuerza la idea de que hay que fomentar la asertividad de las mujeres, a la vez que les facilitamos conocimientos, estrategias y recursos con el objetivo de que la mujer pueda situarse como un elemento proactivo en la gestión de su parto, a través de canales de comunicación para que en armonía con los diferentes profesionales (matrona, ginecólogo y anestesiólogo), puedan beneficiarse, en este caso, de una analgesia acorde a sus necesidades y expectativas, permitiendo un espacio en el que se le resuelvan dudas y pueda reflexionar.

Los educadores prenatales han de adaptar sus programas maternos, con el fin de generar en las mujeres expectativas realistas ante el proceso, explicar las características del dolor de parto y dar información sobre las diferentes alternativas para su alivio, características y secuencia de utilización, lo que conllevará sin duda niveles más altos de satisfacción (233). La importancia de todo ello estriba en lo ya comentado por Hodnett (246): *“el papel que juega el dolor y su alivio puede no condicionar la vivencia del parto si las expectativas de la mujer al respecto son cumplidas”*. No en vano, las mujeres del estudio que han acudido a estos cursos son las que valoran más positivamente la forma como se les ha tratado el dolor.

## 6.5 Reflexiones finales

A pesar de que Gagnon (20), en un reciente meta análisis de la Biblioteca Cochrane concluye que *“ los estudios realizados hasta ahora no son suficientes para demostrar los efectos y beneficios de los Programas de Educación Maternal”*, creemos que es necesario mejorar los conocimientos de las mujeres en todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, fomentar su participación en el proceso y monitorizar la calidad percibida de estas mujeres de forma sistemática con el objetivo de adaptar nuestra atención a sus necesidades.

En esta investigación, convencidas de que se precisaba un cambio institucional en la atención al parto en el hospital, que comportara el empoderamiento de las mujeres, la matrona favoreció con ayuda de la técnica del coaching, en una única sesión educativa, a través de preguntas y reflexiones, que se promoviera por un lado la adquisición de conocimientos y por otro un cambio actitudinal en las mujeres en el momento del parto, centrado en que éstas adoptaran una actitud activa y crítica respecto a como se desarrollaban los acontecimientos de su parto. El coaching favoreció la comunicación entre la matrona y la mujer, permitiendo que la mujer verbalizara sus sentimientos, necesidades, miedos y dudas, lo que permitió, además, adaptar el lenguaje e individualizar la información según el nivel educativo.

Los resultados obtenidos muestran que una única sesión ha provocado cambios en la experiencia de las mujeres. Han valorado más positivamente el alivio del dolor tras la administración de tratamiento para el mismo, ha mejorado la información con respecto al dolor y su tratamiento, han mitigado el miedo a la analgesia y al ginecólogo, ha mejorado la valoración del hospital, ha mejorado la valoración, que de los profesionales, hacían las mujeres, en relación a la atención recibida y la profesionalidad percibida y ha permitido que la mujer tuviera la percepción de que sus opiniones eran tenidas en cuenta, favoreciendo la sensación de autocontrol, algo muy valorado por ellas.

No obstante creemos que es importante resaltar el hecho de que varias de las mujeres participantes, a la vez que agradecían su participación en las sesiones, demandaban asistir a alguna sesión más, aspecto en lo que no se las pudo complacer ya que el diseño de la investigación no lo contemplaba.

Aun así, los resultados indican que queda mucho por hacer, principalmente se ha de mejorar el cumplimiento de expectativas de las mujeres. Se requieren PEM durante la gestación centrados en conseguir el empoderamiento cognitivo y actitudinal de la mujer en el parto, nuevos enfoques educativos basados en técnicas como el coaching o counselling y construir y validar Herramientas de Toma de Decisiones en el ámbito obstétrico; a la vez que se requiere que la mujer en el parto disfrute de una atención individualizada, con profesionales que adapten el lenguaje y la información a su nivel educativo y que sean sensibles a sus necesidades.

No obstante, debemos reflexionar sobre el hecho de que,

*“...Existe una sutil diferencia cualitativa entre los dos tipos de “empowerment”, el cognitivo y el actitudinal, pero cada persona parte del punto en el que se encuentra, y desde ahí da sus primeros pasos... Cada mujer da a luz de la misma manera en que vive su vida y solo puede ser la que es a día de hoy. Sin embargo, si las mujeres fueran conscientes de la inmensa fuerza que habita en ellas, no solo cambiaría el escenario del nacimiento, sino la sociedad entera...” (245)*

Finalmente nos parece oportuno comentar que los resultados obtenidos en relación a la forma de finalizar el parto, sugieren una revisión de las prácticas clínicas habituales, excesivamente sensibles a una variabilidad que podría no seguir las indicaciones que avalan las Guías de Práctica Clínica vigentes en nuestro entorno.

## 7 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación, así como la discusión de los mismos nos han permitido contrastar nuestra hipótesis de partida, así como responder a los objetivos que inicialmente nos planteamos.

Nuestra hipótesis afirmaba que la sesión educativa basada en el *coaching*, mejoraría la experiencia del parto, aumentando la satisfacción y el grado de cumplimiento de expectativas previas al parto. Hemos aportado resultados que confirman de forma parcial la hipótesis de partida, en relación a que la sesión educativa mejoraría aspectos directamente relacionados con la satisfacción. Sin embargo, en relación a las expectativas, comentar que ésta no mejoró el cumplimiento de las expectativas previas.

A continuación y a modo de conclusiones generales, en respuesta a los objetivos planteados, podemos manifestar lo siguiente

- 1- El perfil sociodemográfico de las mujeres participantes en esta investigación, es el de una mujer española, casada y con buen nivel cultural (el 74,7% de las mujeres tenían estudios de bachiller o universitarios). En relación a la edad, pudimos observar que un 67,3% de las mujeres de la muestra eran mayores de 30 años, lo que muestra una tendencia generalizada en todo el mundo a retrasar la edad de la maternidad, aspecto que se refuerza al comprobar que el 61,6% del total eran primíparas. En relación al perfil clínico y asistencial comentar que algo más de un tercio de las mujeres tenían catalogado su embarazo como de riesgo alto o muy alto. En un 30% de los casos el parto finalizó en cesárea y la mayoría de los RN, nacieron en buenas condiciones, a excepción de un pequeño porcentaje de los mismos, que a las 24-48 horas había evolucionado favorablemente. La asistencia a los PEM del PASSIR fue alta (64,6%), acudiendo en menor porcentaje (27,3%) a la sesión educativa del HJ23.

Al tratarse de un diseño cuasi experimental antes-después con grupo control no equivalente se compararon las principales variables sociodemográficas y clínicas del grupo de mujeres participantes en las FASES I y II, hecho que nos permitió constatar que eran muestras similares y adecuadas para ser comparadas entre sí.

- 2- Se ha podido observar en esta investigación que un 27,8% de las gestantes presentaban un nivel de ansiedad alto previo al parto. Sin embargo, este hecho no condicionó, ni la forma de finalizar el parto, ni el Apgar, ni el peso de los niños al nacer. No obstante las mujeres con un nivel de ansiedad alto mostraron un mayor miedo a la anestesia, al anesestesiólogo y al dolor y valoraron peor el alivio del dolor tras la administración de tratamiento analgésico. Las malas experiencias en partos anteriores, no condicionaron el nivel de ansiedad previo al parto ni el nivel de dolor en el mismo. Tampoco se pudieron establecer diferencias entre el



nivel de ansiedad de las gestantes y la asistencia a los PEM del PASSIR y/o a la sesión educativa del HJ23. Lo que sí pudo observarse es que las mujeres con un mayor nivel de estudios (universitarios) fueron las que tuvieron el nivel de ansiedad más bajo.

- 3- En esta investigación se diseñó e implementó una sesión educativa centrada en mejorar los aspectos que una vez analizados los resultados de la FASE I, parecieron condicionar el nivel de satisfacción y cumplimiento de expectativas de las mujeres después del parto. La sesión planteada tuvo como temas principales el dolor en el parto, gestión y tratamientos a nuestro alcance, las preocupaciones y miedos que genera el parto en algunas mujeres, el conocimiento del entorno físico y profesional del proceso de parto, la importancia de generar expectativas realistas ante el proceso de parto y el acompañamiento en el mismo.
- 4- Las mujeres que participaron en esta investigación, valoraron como muy intenso, el dolor máximo percibido durante el parto (Mdn= 9; P25=7; P75=10), con independencia de la asistencia a la sesión educativa. Sin embargo, la eficacia de la sesión educativa, se pudo apreciar al observar que las mujeres de la FASE II, mostraron un mayor alivio del dolor, partiendo de la misma intensidad de dolor y se sentían mejor informadas respecto al dolor y los tratamientos a su alcance para aliviarlos, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas en este sentido entre ambas fases. La analgesia epidural, fue el método más utilizado para el alivio del dolor en el parto fisiológico o distócico (82,6%).

En relación al efecto de la sesión educativa sobre la percepción de miedos ante el parto, al hacer una comparativa entre las dos fases, se pudo apreciar que las mujeres de la FASE II, redujeron, globalmente, la mayoría de los miedos, y de una manera estadísticamente significativa el “*miedo al ginecólogo*” y el “*miedo al dolor postparto*”.

- 5- *La satisfacción maternal* mostrada por las mujeres participantes en esta investigación fue alta. Sin embargo, las mujeres de la FASE II, valoraron mejor el hospital que las de la FASE I. El dolor condicionó en gran medida la satisfacción global del proceso. La valoración que hicieron las mujeres de la forma en que se les había tratado, se relacionó con la satisfacción tras el parto en ambas fases. Las mujeres que valoraron más positivamente la forma en que se les había tratado el dolor fueron las que se mostraron globalmente más satisfechas tras el parto.

Más de un tercio de las mujeres participantes en este estudio incumplieron sus expectativas previas al parto con independencia de haber asistido a la sesión educativa. El dolor de parto fue un elemento significativo en el incumplimiento de expectativas de las mujeres en ambas

fases aunque en la FASE II, también se pudo relacionar este hecho, con la aparición de complicaciones en el parto y con que el parto finalizara en cesarea

No obstante, en la FASE II, el incumplimiento de expectativas previas al parto no implicó una peor valoración del hospital, y al relacionar las variables satisfacción y cumplimiento de expectativas, se observó que dicho incumplimiento no condicionó la satisfacción global con el proceso, algo que no ocurrió en la FASE I, lo que demuestra la eficacia de la sesión educativa al respecto; en este sentido, el análisis cualitativo de los resultados mostró que las mujeres de esta fase valoraron positivamente la atención recibida y la profesionalidad percibida de los miembros del equipo, especialmente ante la aparición de dificultades y valoraron el hecho de que sus opiniones fueran tenidas en cuenta, favoreciendo el sentimiento de autocontrol en el parto, aspectos que reflejan la influencia de la sesión implementada, ya que valoran aspectos trabajados en la misma, artífices del incremento de satisfacción.



## 8.1 Futuras líneas de investigación

La realización de esta tesis ha supuesto para mí un punto de partida, en mi propósito de contribuir a mejorar la experiencia de las mujeres en su parto. Hay mucho trabajo por hacer. Como futura línea de investigación me propongo seguir investigando en el tema del dolor en el parto y sus tratamientos para aliviarlo, y en cómo estamos abordando este tema en nuestro entorno.

- 1- Planteo la realización de un estudio multicéntrico en nuestro entorno con un diseño metodológico mixto cuantitativo y cualitativo, en el que a través de cuestionarios, grupos focales y entrevistas, podamos conocer la vivencia del dolor de las mujeres en el parto hospitalario y su experiencia tras la administración de los diferentes tratamientos para aliviarlo.
- 2- En la misma línea y a raíz de la experiencia adquirida durante la realización de esta tesis se plantea el diseño y posterior implementación de un PEM basado en el coaching, de cuatro sesiones, a realizar durante el tercer trimestre de gestación durante cuatro semanas consecutivas, en la línea de la sesión educativa planteada en esta investigación, con el objetivo de mejorar el cumplimiento de las expectativas de las mujeres tras el parto. La posibilidad de poder realizar varias sesiones optimizará la aplicación del coaching como proceso sistematizado de acompañamiento. En estas sesiones se trabajará la adquisición de conocimientos, y la asertividad necesaria para que las mujeres adopten una actitud activa y crítica respecto a como quieren que se desarrollen los acontecimientos de su parto. Se trabajaran además todos los aspectos que tras la revisión bibliográfica y tras el análisis de los resultados de este estudio emergen como decisivos en la consecución de un mayor nivel de satisfacción y un mayor grado de cumplimiento de expectativas tras el parto. Tendrá un peso específico en estas sesiones el tema del dolor y su tratamiento. Es preciso reforzar y permitir el proceso de empoderamiento de la mujer en este tema, para que sea la mujer la que tome sus propias decisiones en relación a como quiere vivir su parto, con independencia del centro y/o del profesional que le atienda.
- 3- Por último sería interesante analizar mediante la realización de un estudio multicéntrico las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres a las que se les practica una cesárea y las características sociodemográficas y profesionales de las personas que las practican en diferentes hospitales con diferentes niveles de atención.

## **8.2 Difusión de resultados**

### **2012**

#### **“Ser Dona Avui”**

Exposición fotográfica y Ciclo de Conferencias realizado en Tarragona y organizado por la Fundación Dexeus de Barcelona, el Ayuntamiento de Tarragona y el Puerto de Tarragona entre el 25 de Octubre de 2012 y el 13 de Enero de 2013

*Impartió la conferencia,*

- 1- “El moment del part, noves tendències” (Fecha: 27/11/2012, Salón de actos Ayuntamiento de Tarragona)

#### **INVESTINF 2012. Jornada de Investigación en Enfermería, Nov. 2012. Organizada por el Colegio oficial de enfermeras y enfermeros de Tarragona**

*Finalista del premi Investinf 2012 por el proyecto presentado,*

- 1- Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora

### **2013**

#### **XVII Encuentro Internacional de investigación en Cuidados. Lleida, Noviembre 13-15, 2013 (INVESTEN):**

*Comunicaciones presentadas,*

- 1- “Valoración de la ansiedad de las mujeres ante el parto, un aspecto a considerar”, comunicación oral
- 2- “Aspectos relacionados con el nivel de satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas tras el parto”, comunicación oral

*Publicación presentada,*

Libro de comunicaciones del XVII Encuentro Internacional de investigación en Cuidados. Lleida, Noviembre 13-15 2013 (INVESTEN)

“Valoración de la ansiedad de las mujeres ante el parto, un aspecto a considerar”,

Autores: M<sup>a</sup> Inmaculada de Molina Fernández, Alba Roca Biosca, Lourdes Rubio Rico, M<sup>a</sup> Jesus Montes Muñoz, Miriam de la Flor Lopez, María Jimenez Herrera, Joan Fernandez Ballart, Cristobal Añez Simón

Disponible en:

[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2013\\_XVII\\_encuentro\\_Investen\\_Lleida.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2013_XVII_encuentro_Investen_Lleida.pdf)

ISBN: 978-84-695-9248-9.

Edita: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid, 2013. Mesa de comunicaciones 2: Cuidados materno-infantiles. Presentación I: pag: 5-8

**3ª Jornada del Pla de Salut, organitzat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a Sitges (Barcelona), el 13 de Desembre de 2013,**

*Poster presentado,*

- 1- “Análisis y valoración de la vivencia del parto, satisfacción y expectativas. Un abordaje metodológico mixto: cuantitativo y cualitativo” poster

**2014**

**I Congreso Internacional de “Genero, Ètica i Cuidado”. Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial, organizado por la Universidad de Barcelona y subvencionado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Unión Europea y el Ministerio de Economía y Competitividad, realizado en Barcelona entre los días 22 y 24 de Mayo, 2014**

*Comunicación presentada,*

- 1- “Nivel de ansiedad y miedos en gestantes, la importancia de su cribado”, comunicación oral



## 9 BIBLIOGRAFIA

- (1) Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Educació maternal: preparació per al naixement. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009.
- (2) Redshaw M, Martin C, Rowe R, Hockley C. The Oxford Worries about Labour Scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychol, Health Med* 2009; 14(3):354-366.
- (3) Ministerio de Sanidad, Política Social. Sistema de Información Sanitaria: Portal Estadístico del SNS. 2010 [Consulta el 13 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>.
- (4) Goberna J, Palacio A, Banús MR, Linares S, Salas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Profesión* 2008; 9 (1):5-10.
- (5) Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* 2005 Dec; 21 (4):346-354.
- (6) Ferreiro Losada MT. Modelización y medida de la calidad percibida de la atención al parto en la comunidad gallega. 2012. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela 2011 [acceso 10 de Agosto de 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/3707>
- (7) Alemany M, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento: estado de la cuestión. *Matronas Profesión* 2005; 6(4):23-27.
- (8) Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G, García Ruiz-Castillo A, Sánchez Perruca M. ¿ Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? *Revista Rol de Enfermería* 2001; 24(4):290-299.
- (9) Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *Revisión Cochrane traducida*) En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008(1):1.
- (10) Ibáñez Díaz M. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Profesión* 2004;5(16):25-31.
- (11) Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess* 2012; 16(30):i-xii, 1-509.
- (12) Barona C, Mas R, Fullana A. Expectations and Experiences on the Labor and Delivery. Qualitative Study in the Valencian Community . *Gaceta Sanitaria* 2009; 23:222
- (13) MacPherson S. Partos sin prisas. La experiencia de dar a luz. *La Vanguardia* 2012 Domingo, 23 de Septiembre: 40-41.
- (14) Hernáez Molera J, Lahuerta Dal-Re J, Ruiz Ferrán J, Sánchez Hernández J. Evaluación de la satisfacción asistencial de mujeres socias de sanitas tras su hospitalización por parto vaginal o mediante cesárea. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:179-185 .



- (15) Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience . *Midwifery* 2007; 23 (3) : 235-247.
- (16) Beebe KR, Humphreys J. Expectations, perceptions, and management of labor in nulliparas prior to hospitalization. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2006; 51(5):347-353.
- (17) Cheung W, Ip WY, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery* 2007;23 (2):123.
- (18) Comas NG, Tricas JG. Components of Care Quality during normal hospital delivery: bibliographic revision/Los Componentes de la Calidad Asistencial en el parto normal hospitalario: revisión bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFPI* 2012; 1(3):205-210.
- (19) Alba, Concepcion, Aler Isabel, Olza Ibone. *Maternidad y Salud: ciencia, conciencia y Experiencia. Informes, estudios e investigación. Secretaria general técnica centro de publicaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.*
- (20) Gagnon A, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008(4).
- (21) Artieta Pinedo M, Paz Pascual C. Utilidad de la educación maternal: una revisión. *Revista ROL de enfermería* 2006;29(12):24-32.
- (22) García Rodríguez MJ. Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2011;3 (3): 153-175.
- (23) Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59 (1):31.
- (24) Hurtado F, Donat F, Escrivá P, Poveda C, Ull N. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace* 2003; 3:32-45.
- (25) Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs* 2006; 20 (2):138.
- (26) Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002; 155 (4):293-301.
- (27) Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Sandman CA. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology* 2008;27(1):43.
- (28) Liu YH, Chang MY, Chen CH. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers . *J Clin Nurs* 2010;19(7-8):1065-1072.
- (29) Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Könönen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 98(5, Part 1):820-826.
- (30) Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 2001 Dec;17 (4):302-313.

- (31) Demyttenaere K, Lenaerts H, Nijs P, Assche F. Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91 (2):95-102.
- (32) Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008;115 (3):324-331.
- (33) Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de fortaleza: tecnología apropiada para el parto. *The Lancet* 1985; 2:436-437.
- (34) Gobierno de Cantabria. Estrategia para la atención al parto normal. Santander: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria; 2007.
- (35) Generalitat de Catalunya. Protocol per l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut; 2007.
- (36) Generalitat de Catalunya. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó (PAPP). Barcelona: Departament de sanitat i Seguretat Social; 2003.
- (37) Federación de Asociaciones de matronas de España (FAME). Iniciativa parto normal Documento de consenso. Pamplona: FAME; 2006.
- (38) Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Profesión* 2009;10(2):5-11.
- (39) de Molina MI, Duran Suarez F, Miralles RM. Parto natural... pasado, presente y futuro. *Ginecología y obstetricia clínica* 2009; 10(2):94-98.
- (40) Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.
- (41) Corchs S, Martínez C, Vela E, Díaz S. Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona. *Matronas profesión* 2006; (3):5-11.
- (42) Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 2007; 17(1):15-24.
- (43) Anguas Gracia A, Garrido Santamaría R, Martínez Lozano F, Germán Bes C. Amanda. Experiencia de parto. *Archivos de la Memoria* 2011(8):9.
- (44) Olza Fernández I, Palanca Maresca I. La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 2012; (101):55-64.
- (45) Malouf Sierra J. Tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados: relación entre satisfacción y tratamiento analgésico. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra 2012 [Consultado el 10 de Agosto 2013]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10803/80777>
- (46) Ortiz T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en las España del s. XIX. *Rev Arenal* 1999;6 (1):55-79.

- (47) Ortiz Gómez T. Género y estrategias profesionales: La formación de las matronas en la España del siglo XVIII. Malaga: Diputación Provincial 1996.p.229-237.
- (48) Montes Muñoz MJ. The medical construction of midwifery . Representations and practices in Catalonia, Spain. Investigación y Educación en Enfermería 2012;30 (2):198-207.
- (49) Montes-Muñoz MJ, Martorell-Poveda MA, Jiménez Herrera MF. Tecnología médica en el embarazo Usos y representaciones. Perifèria: revista de investigación y formación en antropología 2009; (11):5.
- (50) Blazquez Garcia M editor. Experiencias propias vividas y narradas. Escriben madres y padres. Madrid: Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- (51) Artieta Pinedo I, de Gamboa RF, Hermosilla O, de la Hera B, Payo Gordon J, Ureta de Pedro M, et al. Efecto de la asistencia a educación maternal sobre la evolución del parto. En: XI Encuentro internacional de investigación en enfermería. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIH) 2007. p. 14-16.
- (52) Juan Miguel Martínez Galiano. Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido. Granada: Universidad de Granada; 2013.
- (53) Towler J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona: Masson; 1997.
- (54) Rich A. Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución. Madrid: Catedra; 1996.
- (55) Usandizaga M. Historia de la obstetricia y de la genecología en España. Santander: Aldus; 1944.
- (56) Racero JV. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas Prof 2002; 9:28-35.
- (57) Rodríguez FH. Nota sobre la Historia de la Enfermería en España (1977-2002). Lluill: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas 2003;26 (55):157-175.
- (58) Limón A, Castellote E. La medicina popular en torno al embarazo y parto a principios de siglo. En: Kenny m, De Miguel J. Antropología médica en España. Barcelona: Anagrama 1980. p. 227-248.
- (59) Bosch-Marín J, de Tejada VS, de la Cámara J. 270.000 partos: sus enseñanzas sanitarias: observaciones sobre la asistencia tocológica prestada en el seguro obligatorio de enfermedad durante los años 1947 a 1949. Madrid: Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión; 1950.
- (60) Kitzinger S, Dexeus JM, May M. El nuevo gran libro del embarazo y del parto. Barcelona: Medici; 1998.
- (61) Generalitat de catalunya. Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1998.

- (62) Organización Mundial de la salud (OMS). Informe de la Salud en el mundo Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999.
- (63) Departament de Salut. Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya (PSE). 2ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2005.
- (64) Fernández del Castillo I. Por qué parir en España es traumático. El Mundo, 2 de mayo de 2004. El Mundo 2004. Disponible en: <http://www.durga.org.es/webdelparto/porqueparirenspaestraumatico.htm>.
- (65) Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. Pain 2001;93 (2):123-127.
- (66) FAME. Jornada Iniciativa Parto Normal. Barcelona: FAME; 2007. [Consultado el 10 de Marzo de 2013] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>.
- (67) Cooper G, MacArthur C, Wilson M, Moore P, Shennan A. Satisfaction, control and pain relief: short-and long-term assessments in a randomised controlled trial of low-dose and traditional epidurals and a non-epidural comparison group. International Journal of Obstetric Anesthesia 2010;19(1):31-37.
- (68) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Consumo; 2007.
- (69) Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones. Información, Estudios e Investigación ed. Madrid: Centro de Publicaciones. Gobierno de España.; 2009.
- (70) Maceiras Rozas M, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Avalia ; 2007.
- (71) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Nice guideline 55 (IPC) ed. London (England); 2007 (September).
- (72) Grupo NIDCAP, Grupo Prevención en la infancia. Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social; 2010.
- (73) Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS . Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
- (74) Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto Normal Preguntas para responder. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno vasco; 2011.
- (75) de Molina Fernández I, Sellés EM. El plan de Parto a debate ¿Qué sabemos de él?. Matronas Prof 2010;11 :(2):53-7.

- (76) Internacional Confederation of Midwives. 2013; [Consultado el 16 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/pdf/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005-SPA.pdf>
- (77) Bisquerra Alzina R, Álvarez Fernández M, Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica. Educación emocional y bienestar. 6ª ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2008.
- (78) Cabero M. El Coaching emocional. Barcelona: Uoc; 2008.
- (79) Díaz R, Aguilar F, Santillán G. Estrés y embarazo. Revista ADM 1999;56(1):27-31.
- (80) Laplanche J, Pontalis J, Lagache D, Gimeno FC, García FA. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor; 1971. Aquí caldria afegir el terme buscat i la pàgina (ex. afasia; p.51)
- (81) Alonso Puig M. Reinventarse: tu segunda oportunidad. 2a ed. Barcelona: Plataforma; 2010.
- (82) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2014; [Consultado el 18 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.rae.es/>.
- (83) Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos. Anestésicos. Cir Cir 2010; 78 (2):151-156.
- (84) Miguel-Tobal J. La ansiedad. En: Mayor J, Pinillos L (ed.). Tratado de psicología general: motivación y emoción. Madrid: Alhambra; 1990. p. 309-344.
- (85) Chirveches E, Arnau A, Soley M, Rosell F, Clotet G, Roura P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enferm Clin 2006;16(1):3-10.
- (86) Barredo Garcés C, Camacho Assef V. Ansiedad prequirúrgica en niños; Pre-surgical anxiety in children. Mediciego 2004;10 (supl. 2).
- (87) Kaplan HI SB. Trastornos de ansiedad. En: Kaplan HI SB (Ed.). Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1999. p. 662-671.
- (88) Echevarría R, Fernández de Sanmaned MJ, Iglesias C, Moretó A, Rodríguez M. Protocolo de ansiedad y depresión. Formación Médica Continuada. Atención Primaria 1997:9-14.
- (89) Bimbela Pedrola J. Cuidando al profesional de la salud: habilidades emocionales y de comunicación. 5ª ed. Granada: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2005.
- (90) Sukantarat K, Williamson R, Brett S. Psychological assessment of ICU survivors: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression scale and the Depression, Anxiety and Stress scale. Anaesthesia 2007;62 (3):239-243.
- (91) Caumo W, Schmidt A, Schneider C, Bergmann J, Iwamoto C, Adamatti L, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. Anaesthesia 2001; 56 (8):720-728.
- (92) Moliner M. Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos; 1998.
- (93) Marina JA. Anatomía del miedo. Barcelona: Anagrama; 2010.

- (94) Baraza Saz MA. Satisfacción del paciente de cirugía mayor ambulatoria con los ciudadanos anestésicos perioperatorios en relación con el miedo. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de las Palmas; 2010. Disponible en:  
[http://repositorio.ulpgc.es/bitstream/10553/4554/2/0613047\\_00000\\_0000.pdf](http://repositorio.ulpgc.es/bitstream/10553/4554/2/0613047_00000_0000.pdf)
- (95) Varela P, Marcos LR. Ansiosa-MENTE: claves para reconocer y desafiar la ansiedad. Madrid: La Esfera de los Libros; 2002.
- (96) Lovas JG, Lovas DA. Rapid relaxation-practical management of preoperative anxiety. *J Can Dent Assoc* 2007; 73 (5).
- (97) Donaldson M, Gizzarelli G, Chanpong B. Oral sedation: a primer on anxiolysis for the adult patient. *Anesth Prog* 2007;54(3):118-129.
- (98) Aaron Jones N, Field T, Fox NA, Davalos M, Lundy B, Hart S. Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. *Infant Behavior and Development* 1998;21 (3):537-541.
- (99) Canals J, Fernández-Ballart J, Esparó G. Evolution of neonatal behavior assessment scale scores in the first month of life. *Infant Behavior and Development* 2003;26(2):227-237.
- (100) Heaton LJ, Garcia LJ, Gledhill LW, Beesley KA, Coldwell SE. Development and validation of the Spanish Interval Scale of Anxiety Response (ISAR). *Anesth Prog* 2007;54(3):100-108.
- (101) Hernández-Martínez C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation Between Positive and Negative Maternal Emotional States and Obstetrical Outcomes. *Women Health* 2011;51(2):124-135.
- (102) Hernández Martínez C. Factors prenatals materns que afecten el comportament del nadó: el paper de l'ansietat, l'exposició a la nicotina i l'estat en ferro. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2011. Disponible en :  
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/33697/TESI.pdf?sequence=1>
- (103) Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2007;20 (3):189-209.
- (104) Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104(3):467-476.
- (105) Swallow BL, Lindow S, Masson E, Hay D. Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004;24(1):28-32.
- (106) Ryding E, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77(5):542-547.
- (107) Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(3):201-208.

- (108) Kikkert HK, Middelburg KJ, Hadders-Algra M. Maternal anxiety is related to infant neurological condition, paternal anxiety is not. *Early Hum Dev* 2010;86(3):171-177.
- (109) Vázquez M, Lartigue T, Cortés J. Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo. *Salud Mental* 2005;28 (5):11.
- (110) Alvik A, Heyerdahl S, Haldorsen T, Lindemann R. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(11):1292-1298.
- (111) Goodwin RD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstetrics & Gynecology* 2007;109 (4):875-883.
- (112) Hurley KM, Caulfield LE, Sacco LM, Costigan KA, Dipietro JA. Psychosocial influences in dietary patterns during pregnancy. *J Am Diet Assoc* 2005;105 (6):963-966.
- (113) Britton JR. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depress Anxiety* 2008;25 (9):793-800.
- (114) Lee AM, Lam SK, Lau, Stephanie Marie Sze Mun, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology* 2007;110 (5):1102-1112.
- (115) Vendittelli F, Lachcar P. [Threat of premature labor, stress, psychosocial support and psychotherapy: a review of the literature]. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30 (6):503.
- (116) Brisch K, Munz D, Bemmerer-Mayer K, Terinde R, Kreienberg R, Kächele H. Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *J Psychosom Res* 2003;55 (2):91-97.
- (117) Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2004; 117(2):126-131.
- (118) Sosa C, Althabe F, Belizan J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 1.
- (119) Ornaquea I, E.Carrerob A. Villalongac C. Rouxd L. Salvadord. Estudio de la ansiedad prequirúrgica en cirugía urológica, ginecológica y oftálmica en relación con la administración o no de premedicación ansiolítica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2000; 47:151-156.
- (120) Schmid V. Factores culturales del dolor del parto. En: *El dolor del parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: OB STARE; 2010. p. 21-35.
- (121) Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2010;12 (5):262-266.
- (122) Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 2009;18 (5):667-677.
- (123) Kjaergaard H, Wijma K, Dykes A, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2008;26 (4):340-350.

- (124) Schmid V. Analgesia fisiológica. En: El dolor de parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor en el parto. Tenerife: OB Stare; 2010. p. 89-126.
- (125) Odent M. El bebé es un mamífero. Madrid : Ediciones Mandala; 1990.
- (126) Van Zuuren FJ. The effects of information, distraction and coping style on symptom reporting during preterm labor. *Psychology and Health* 1998;13(1):49-54.
- (127) Descartes R. Las pasiones del alma. Madrid: Edaf; 2005.
- (128) Burns JW, Mullen JT, Higdon LJ, Wei JM, Lansky D. Validity of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS): prediction of physical capacity variables. *Pain* 2000;84(2):247-252.
- (129) Cattell RB, Scheier IH. Handbook for the IPAT Anxiety Scale Questionnaire: Self Analysis Form. Champaign: Institute for Personality & Ability Testing; 1963.
- (130) Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1998;19(2):84-97.
- (131) Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the delivery fear scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2002;23(2):97-107.
- (132) Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión* 2004;5 (17):23-29.
- (133) Huskisson E. Measurement of pain. *The Lancet* 1974;304 (7889):1127-1131.
- (134) Spielberg C, Gorsuch R, Lushene R. Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo STAI: adaptación española. Madrid: TEA; 1994.
- (135) Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, et al. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety* 2003;17(3):140-151.
- (136) Canals J, Esparó G, Fernández-Ballart JD. How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Personality and individual differences* 2002;33(2):253-259.
- (137) Álvarez Gómez J, Carrero Álvarez R, Cruz Domínguez I, Fernández Martín L, Gallego Vergara M, García Márquez N, et al. Ansiedad en la mujer: repercusiones sobre el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. *Enfermería científica* 2001;(226-227):14-23.
- (138) International Association for the Study of Pain. International Association for the Study of Pain. 2014. [Consultado en 26 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Meetings/WorldCongress.aspx?ItemNumber=714>.
- (139) Timoneda FL. Definición y clasificación del dolor. *Clínicas urológicas de la Complutense* 1995; (4):49-56.
- (140) Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ* 2001;65(12):1378-1382.



- (141) Biedma Velázquez L, de Diego G, María J, Serrano del Rosal R. La buena sufridora: determinantes en la elección del dolor en el trabajo de parto. 2008(IESA Working Paper Series; E-0308. 2008).
- (142) Gonzalez de Zarate J, Rodriguez-Tabernero L. Curso de analgesia en la asistencia Clínica al parto. Valladolid: Comisión de Formación continuadaHospital Universitario de Valladolid; 2005.
- (143) Bonica J. The nature of pain in parturition. Clin Obstet Gynecol 1975; 2:499.
- (144) Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC medicine 2008;6 (1):7.
- (145) Gonzalez de Zarate J, Garrido J, Revilla M. Historia de la analgesia para el parto. En: Gonzalez de Zarate J, Rodriguez-Tabernero L (ed.). Curso de analgesia en la asistencia clínica al parto. Valladolid: Comisión de Formación continuadaHospital Universitario de Valladolid; 2005.
- (146) Paya A. Modelos de atención al parto. En: Castaño J, Castillo J, Escolano F (ed.). Anestesia y analgesia obstétrica. Madrid: Servicio de Anestesiología, reanimación y Terapéutica del dolor. Hospital Mar-Esperanza (IMAS); 2007. p. 37-39.
- (147) Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. J Adv Nurs 2002;38 (1):68-73.
- (148) Chapman CR. Psychological aspects of pain patient treatment. Archives of Surgery 1977;112 (6):767.
- (149) Miranda A. Bases psicológicas del dolor. En: Miranda A, editor. Dolor posoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento. Barcelona: JIMS; 1992. p. 169-86.
- (150) Olza I. Prólogo.En: El dolor del parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor. Tenerife: Ob Stare; 2010. p. 11-15.
- (151) Smith C, Collins C, Cyna A, Crowther C. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. La Biblioteca Cochrane Plus 2005;3.
- (152) Cohen J. Doctor James Young Simpson, Rabbi Abraham De Sola, and Genesis Chapter 3, verse 16. Obstetrics & Gynecology 1996;88(5):895-898.
- (153) Hervas C. Evolución histórica de la anestesia y la analgesia obstétricas en Catalunya. En: Castaño J, Castillo J, Escolano F (ed.). Anestesia y analgesia obstetricas. Madrid: Ergon; 2007. p. 5-10.
- (154) Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. London: Printer & Martin Limited; 1959.
- (155) Lothian JA. How do women who plan home birth prepare for childbirth? The Journal of Perinatal Education 2010;19(3):62.
- (156) Schmid V. Fisiología global y funciones del dolor del parto. En: El dolor del parto. Tenerife: OB STARE; 2010. p. 39-72.

- (157) Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85 (1):56-62.
- (158) Posadas A. Papel de la matrona en la analgesia obstétrica. En: Gonzalez de Zárate J, Rodriguez-Taberero L (ed.). *Curso de analgesia en la asistencia clínica al parto*. Valladolid: Hospital Universitario de Valladolid; 2005. p. 131-135.
- (159) Kimber L, McNabb M, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial. *European Journal of pain* 2008;12(8):961-969.
- (160) Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. *Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. La Biblioteca Cochrane Plus 2008 Oxford; Número 4.
- (161) Muñoz Sellés, E. *Teràpies complementaries i alternatives en l'atenció al part: implantació i ús en els hospitals acreditats per a l'atenció natural al part normal i formació de les llevadores que hi donen assistència*. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2013.
- (162) Schmid V. Analgésia farmacológica. En: *El dolor del parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: OB STARE; 2010. p. 73-85.
- (163) Angle P, Landy CK, Charles C, Yee J, Watson J, Kung R, et al. Phase 1 development of an index to measure the quality of neuraxial labour analgesia: exploring the perspectives of childbearing women. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 2010;57(5):468-478.
- (164) Mhyre JM. Assessing quality with qualitative research. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 2010; 57 (5):402-407.
- (165) Ferreiro-Losada M, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero M, Rial-Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de Calidad Asistencial* 2013; 28(5): 291-299
- (166) Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila R. Maternal expectations and experiences of labour pain—options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995;39(1):60-66.
- (167) Hernández Martínez A, Melero Jiménez M, Sanabria Martínez G, Casasús Güémez M, García Alcaraz F. Analgesia epidural en el parto: elección de las gestantes y algunas repercusiones de su aplicación. *Matronas Profesión* 2003; (11):30-36.
- (168) Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni M, Auffray J, Colavolpe C, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology* 2005;102(6):1116-1123.
- (169) Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991;302 (6785):1129-1132.
- (170) Generalitat de Catalunya. *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA 2002)*. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1946/doc11893.html> .

- (171) Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260 (12):1743-1748.
- (172) Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesthesia & Analgesia* 1998;87 (5):1089-1098.
- (173) Pujiula J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertrán C, Hortal G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin* 2006;16 (1):19-26.
- (174) Muir Gray J. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone 1997. p.53.
- (175) Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982;16(5):583-589.
- (176) Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983;6(3):185-210.
- (177) Mira JJ, Galdón M, García EI, Velasco MV, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿ Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 165-177.
- (178) Westbrook JJ. Patient satisfaction: methodological issues and research findings. *Aust Health Rev* 1993;16(1):75-88.
- (179) Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth* 2000;84(1):6-10.
- (180) Macintyre PE. Safety and efficacy of patient-controlled analgesia. *Br J Anaesth* 2001;87(1):36-46.
- (181) Svensson I, Sjöström B, Haljamäe H. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *European Journal of Pain* 2001;5(2):125-133.
- (182) Sartain JB, Barry JJ. The impact of an acute pain service on postoperative pain management. *Anaesth Intensive Care* 1999 ;27(4):375-380.
- (183) Vivanco Montes ML. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2009;1 (2): 275-299
- (184) Johnson R, Slade P. Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2003;24(1):1-14.
- (185) Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2007;196(5):424-432.

- (186) Bowers BB. Mothers' experiences of labor support: Exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2002;31(6):742-752.
- (187) Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria* 2012;26(3):236-242.
- (188) Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Medicina Clínica* 2011;137:55-59.
- (189) Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población Instituto Nacional de Estadística (INE). 2013; [Consultado el 4 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/nacim/a2012/&file=pcaxis>.
- (190) Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* 2000;114 (Supl 3):26-33.
- (191) Fuentes Almendras A, Garrido Morales P, Prat Marin A, Salleras San Martin L. Educación Sanitaria. Conceptos y métodos. En: Cueto Espinar A, Piedrola Gil (ed.). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 11th ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008. p. 265-287.
- (192) Karmel M. Thank you, Dr. Lamaze: a mother's experiences in painless childbirth. : Massachussets; Lippincott; 1959.
- (193) Lothian JA. Childbirth education at the crossroads. *The Journal of perinatal education* 2008;17 (2):45.
- (194) Fernández Idiago M. Impacto de los programas de educación maternal. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2009;1(2): 383-399
- (195) Lauzon L HE. Educación prenatal para el autodiagnóstico del inicio del trabajo de parto activo a término (Revisión Cochrane traducida). 2008;La Biblioteca Cochrane Plus, 2008(Número 4).
- (196) González S, Clèries X. El coaching en el ámbito sanitario: una aproximación a su viabilidad. *Gaceta Sanitaria* 2002;16 (6):533-535.
- (197) Molins Roca J, Llagostera C. Coaching y salud: pacientes médicos, una nueva actitud. Barcelona: Plataforma; 2010.
- (198) Rodríguez Franco C. Tácticas de coaching para mujeres: cómo afrontar los desafíos cotidianos. Madrid: Síntesis; 2007.
- (199) Bimbela J. El counseling en atención primaria. *Jano* 2002;63(1453):54-60.
- (200) Icart Isern MT, Pulpón Segura AM. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2012.

- (201) Christiaens W, Verhaeghe M, Bracke P. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC health services research* 2010;10(1):268.
- (202) Berelson B. *Content analysis in communication research*. New York: The Free Press; 1952.
- (203) Mendoza MAG, Angel M. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas* 2000. Faltaria el número o pàgines o url
- (204) Driessnack M, Sousa V, Mendes I. Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería: parte 3: métodos mixtos y múltiples. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15(3):502-507.
- (205) Christ TW. A recursive approach to mixed methods research in a longitudinal study of postsecondary education disability support services. *Journal of Mixed Methods Research* 2007;1(3):226-241.
- (206) Dellinger AB, Leech NL. Toward a unified validation framework in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007;1(4):309-332.
- (207) Leech NL, Dellinger AB, Brannagan KB, Tanaka H. Evaluating mixed research studies: A mixed methods approach. *Journal of Mixed Methods Research* 2010;4(1):17-31.
- (208) Strauss AL, Corbin JA. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- (209) Zeitlin J, Mohango A, Delnord M. *European Perinatal Health Report 2010*. Consultado el 5 de junio de 2014]. Disponible en:  
<http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
- (210) van Katwijk C, Peeters LL. Clinical aspects of pregnancy after the age of 35 years: a review of the literature. *Hum Reprod Update* 1998 ; 4(2):185-194.
- (211) Peipert JF, Bracken MB. Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology* 1993;81(2):200-205.
- (212) Ziadeh SM. Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. *Gynecol Obstet Invest* 2002;54(1):6-10.
- (213) Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstetrics & Gynecology* 1995;85(1):65-70.
- (214) Bernal E, Aibar C, Villaverde M. Grupo Atlas VPM. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2009. Documento técnico No: DT04/2009. Disponible en:  
<http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do> .
- (215) Maceiras Rozas M, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. *La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovacion; 2009.

- (216) Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery* 2004;20(3):226-235.
- (217) Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gaceta Sanitaria* 2013;27 (5):447-449.
- (218) Fernandez y Fernandez-Arroyo M, Muñoz-San Roque I, Torres-Lucas J. Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas Prof* 2014;15(1):20-26.
- (219) Goberna Tricas J, García Riesco I, Gálvez Lladó M. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. *Atención primaria* 1996;18(2):75-78.
- (220) Direcció general de Planificació i Recerca en salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Avaluació de l'atenció al part normal a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2014 (pendiente de publicación).
- (221) Coleman VH, Carter MM, Morgan MA, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' screening patterns for anxiety during pregnancy. *Depress Anxiety* 2008;25(2):114-123.
- (222) Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord* 2009;119(1):142-148.
- (223) Wu J, Viguera A, Riley L, Cohen L, Ecker J. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2002;187(4):864-867.
- (224) Berle J, Mykletun A, Daltveit A, Rasmussen S, Holsten F, Dahl A. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of women's mental health* 2005;8(3):181-189.
- (225) Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, et al. Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database os Systematic Reviews* 2011 Issue 7. Art.No.: CD007559.
- (226) Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus* 2008;2.
- (227) Costei AM, Kozler E, Ho T, Ito S, Koren G. Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(11):1129-1132.
- (228) Ip WY, Tang CSK, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 2009;18(15):2125-2135.
- (229) Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013;13(1):190.
- (230) Moerman N, Van Dam F, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia* 1996;82(3):445-451.

- (231) Rawal N. Acute Pain Services Revisited-Good From Far, Far From Good? *Reg Anesth Pain Med* 2002;27(2):117-21.
- (232) Angle P, Landy C, Charles C, Yee J, Watson J, Kung R, et al. Phase 1 Development of an Index to Measure the Quality of Neuraxial Labor Analgesia: Exploring the Perspectives of Childbearing Women. *Obstetric Anesthesia Digest* 2011;31(2):91.
- (233) Alves B, Zakka T, Teixeira M, Siqueira J, Siqueira S. Evaluation of pain before and after vaginal delivery. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2009;36(4):241-244.
- (234) Sabate S. Anestesia obstétrica en Cataluña: estudio ANESCAT. En: Castaño J, Castillo J, Escolano F (ed.). *Anestesia y analgesia obstétricas*. Madrid: Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Hospital del Mar-Esperança (IMAS); 2007. p. 11-17.
- (235) Martínez E, Román MD, López-Escobar M, Aragón F, Vidal MA, Torres LM. Degree of satisfaction and complications with obstetric epidural analgesia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2003;10(6):349-356.
- (236) Alvarez J, Merino R, Garrido J. Complicaciones de la analgesia epidural en el parto. In: Gonzalez de Zarate J, Rodriguez-Taberero L (ed.). *Curso de analgesia en la asistencia clínica al parto*. Valladolid: Hospital Universitario de Valladolid; 2005. p. 39-46.
- (237) Jackson A, Henry R, Avery N, VanDenKerkhof E, Milne B. Informed consent for labour epidurals: what labouring women want to know. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 2000;47(11):1068-1073.
- (238) Oedit R, van Kooten F, Bakker S, Dippel D. Efficacy of the epidural blood patch for the treatment of post lumbar puncture headache BLOPP: A randomised, observer-blind, controlled clinical trial [ISRCTN 71598245]. *BMC neurology* 2005;5(1):12.
- (239) Robinson P, Salmon P, Yentis S. Maternal satisfaction. *International journal of obstetric anesthesia* 1998;7 (1):32-37.
- (240) Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gaceta Sanitaria* 2011; 25 (6):483-489.
- (241) Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2007; 7 (1):26.
- (242) Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004;46 (2):212-219.
- (243) Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health* 1987;10(5):301-310.
- (244) Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth* 2003;30 (4):235-247.
- (245) Schmid V. El acercamiento al dolor en los grupos de preparación al nacimiento. En: El dolor de parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor en el parto. Tenerife: OB Stare; 2010. p. 137-146.

- (246) Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2002;186(5):S160-S172.
- (247) Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery* 2005;21(1):23-35.
- (248) Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria* 2013;27(3):258-262.
- (249) Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Colls C, Espiga I, White J, et al. Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth* 2014;14 (1):143.
- (250) Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001;28(3):202-207.
- (251) Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Obstet Gynecol* 2005;192(5):1458-1461.
- (252) Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res* 1999;47(5):471-482.
- (253) Escuriet Peiró R, Martínez Figueroa L. Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puérparas antes del alta hospitalaria. *Matronas Profesión* 2004;5 (15):30-35.
- (254) Simkin P, Klein MC. Nonpharmacological approaches to management of labor pain. *UpToDate* 2009;17 (3):1-14.





## 10 ANEXOS

### 10.1 Cuestionario PREPARTO (Fases I y II)

#### CUESTIONARIO PREPARTO

Nº cuestionario:

Fecha:

¿Ha sido informada de los objetivos y finalidad del estudio?    SI     NO

¿Ha firmado el consentimiento informado? (Adjuntar)            SI     NO

<b>DATOS PERSONALES Y OBSTÉTRICOS</b>	
Fecha:	
1-Edad:	2-Estado civil: <input type="checkbox"/> soltera-sola <input type="checkbox"/> casada-pareja <input type="checkbox"/> otros .....
3-Pais de procedencia:	
4-Estudios realizados:  NO <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>	6-Situación Laboral:  Activo <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>
5-Profesión:	

7-Antecedentes médicos personales:

8-Edad Gestacional al parto:

9-Catalogación riesgo de su embarazo actual :

Bajo  Medio  Alto  Muy alto

10- N° de hijos:

0  1  Más de 1

11- N° de prematuros:

0  1  Más de 1

12- ¿Cómo catalogaría su experiencia en partos anteriores?

Muy mala  Mala  Normal  Buena  Muy buena

13-¿Donde se controla su embarazo?

Hospital (ARO)  CAP  Consulta privada  Otros ..... Cual?

14-¿Ha acudido a los cursos de educación maternal impartidos en su PASSIR/ CAP?

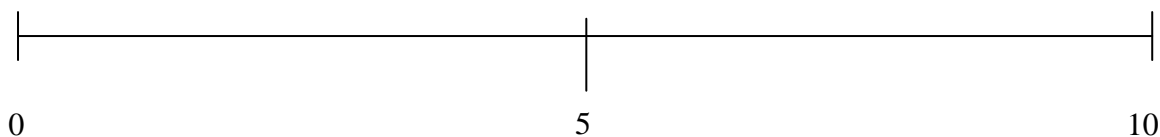
SI  NO

15-¿Ha acudido a la sesión informativa del Hospital?

SI  NO

## 16- TEST DE ANSIEDAD PREPARTO – EVA

Podría indicarme en la siguiente regla, si “0” corresponde a NADA o AUSENCIA y 10 a “EXTREMADAMENTE”, la ansiedad o nerviosismo, que le produce su próximo parto



## 17- STAI (A –E) - PREPARTO

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE usted **AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

STAI- PD= 30 +/- = <input type="text"/>		0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
1	Me siento calmada				
2	Me siento segura				
3	Estoy tensa				
4	Estoy contrariada				
5	Me siento cómoda (estoy a gusto)				
6	Me siento alterada				
7	Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras				
8	Me siento descansada				
9	Me siento angustiada				
10	Me siento confortable				
11	Tengo confianza en mí misma				
12	Me siento nerviosa				
13	Estoy desasosegada				
14	Me siento muy “atada” (como oprimida)				
15	Estoy relajada				
16	Me siento satisfecha				
17	Estoy preocupada				
18	Me siento aturdida y sobreexcitada				
19	Me siento alegre				
20	En este momento me siento bien				



## 10.2 Cuestionario POSTPARTO (Fases I y II)

### CUESTIONARIO POSTPARTO

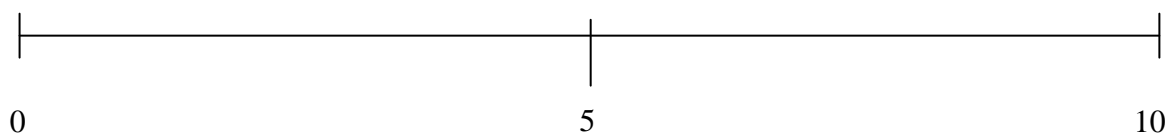
Nº cuestionario:

Fecha:

<b>DATOS RELACIONADOS CON EL PARTO</b>	
Fecha de Parto	18-Semanas de gestación: <input type="checkbox"/> Entre 28 y 34 s <input type="checkbox"/> Entre 34 y 37 <input type="checkbox"/> Entre 37 y 41+5 <input type="checkbox"/> 42
19-Presentación: <input type="checkbox"/> Cefalica <input type="checkbox"/> Nalgas <input type="checkbox"/> Transversa	20- Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Espátulas <input type="checkbox"/> Cesarea Complicaciones? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no cual?
21- Anestesia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	22- Tipo de anestesia <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Ninguna
<b>DATOS NEONATO</b>	
23-Peso niño al nacer: <input type="checkbox"/> menos de 2,500 <input type="checkbox"/> entre 2,500 y 4,000 <input type="checkbox"/> más de 4,000	
24-Apgar a los 5": <input type="checkbox"/> menor a 3 <input type="checkbox"/> entre 3 y 7 <input type="checkbox"/> más de 7	
25- Tipo de lactancia: <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/> materna	

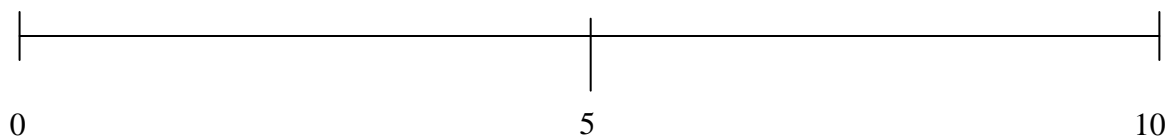
### 26-TEST DE ANSIEDAD POSTPARTO - EVA

Podría indicarme en la siguiente regla, si “0” corresponde a NADA o AUSENCIA y 10 a “EXTREMADAMENTE”, la ansiedad o nerviosismo, que siente en este momento.



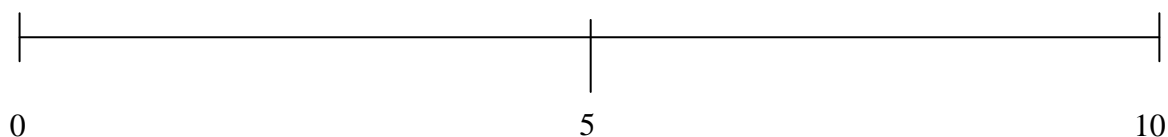
### 27-TEST DE DOLOR - EVA

Podría indicarme en la siguiente regla, si “0” corresponde a NADA o AUSENCIA y 10 a “EXTREMADAMENTE”, el dolor máximo que sintió durante el parto



### 28-TEST DE ALIVIO DEL DOLOR - EVA

Podría indicarme en la siguiente regla, si “0” corresponde a NADA o AUSENCIA y 10 a ALIVIO TOTAL, el ALIVIO máximo que sintió durante el parto



A continuación encontrará una relación de “posibles miedos “ que una mujer puede tener en su parto. Lea cada frase e indique si en algún momento del proceso de parto ha sentido alguno de estos miedos y si es así, en qué medida, en una escala de 0 a 3, donde 0 es nada y 3 es mucho.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación .

		<b>MIEDOS PERCIBIDOS POR LA MUJER</b>			
		<b>0 Nada</b>	<b>1 Algo</b>	<b>2 Bastante</b>	<b>3 Mucho</b>
29	Miedo a la Anestesia				
30	Miedo al anestésista (por trato inadecuado, descuido, desconfianza.....)				
31	Miedo al ginecólogo (por trato inadecuado, descuido, desconfianza...)				
32	Miedo a sufrir complicaciones durante el parto				
33	Miedo a pasar mucho dolor durante el parto				
34	Miedo a padecer dolor post-parto				
35	Miedo a la matrona (por trato inadecuado, descuido, desconfianza)				
36	Miedo a los errores médicos (anestésista, ginecólogo, matrona...)				
37	Miedo a no ser capaz				
38	Miedo a que mi hijo sufra algún daño				
39	Miedo a no controlar la situación				

### **SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE PARTO**

Su opinión contribuye a la mejora de la atención y calidad. Por favor, rellene con una cruz o círculo este cuestionario.

40-¿Le informaron antes del parto de las técnicas analgésicas para el parto?

No  Si

41-¿Qué importancia le da al alivio del dolor?

Ninguna  Poca  Mucha

42-¿Cree que le han tratado bien el dolor?

Mal  Regular  Bien  Muy Bien

43-¿Qué podemos hacer mejor?



## **SATISFACCIÓN GENERAL**

44-¿Conoce el nombre de las personas que le atendieron en su parto?

No  Sí

45-¿El personal de la planta se dirigió a usted por su nombre?

No  Sí

46-¿Se ha sentido tratado con respeto durante su estancia?

No  Sí

47-Durante el parto, ¿le informaron con claridad sobre la evolución del mismo y sobre los procedimientos que le iban haciendo?

No  Sí

48-¿Considera que se le permitió a su pareja o familiar acompañarle durante la mayor parte de su parto?

No  Sí

49-¿ Ha considerado que la matrona le ha ofrecido un acompañamiento adecuado durante el trabajo de parto?

No  Sí

50-En general, ¿Cómo valoraría el hospital después de su estancia, puntúe del 1 al 10?

51-Tras su parto y teniendo en cuenta la atención recibida ¿como se siente?

Nada satisfecha  Poco satisfecha  Satisfecha  Muy satisfecha

52-Teniendo en cuenta las expectativas que tenía en relación a a su parto ¿Cómo catalogaría la experiencia?

Mejor de lo esperado  Igual a lo esperado  Peor a lo esperado

## **SOLO EN FASE II**

53- ¿Has acudido al curso de Educación Maternal que ofrecen en tu CAP?

Si  No

54-Numero de sesiones a las que has acudido

0  1  2-4  4-7

55-Has acudido a la charla informativa del hospital

si  no

### 10.3 Guión de la entrevista realizada a las mujeres tras el parto

Código identificativo:

Fecha de la entrevista:

Inicio: Termina: Duración:

Se iniciaba la entrevista una vez que las mujeres habían cumplimentado el cuestionario postparto (ver anexo), por lo que las preguntas de tipo general... ¿Qué tal, como te encuentras? ¿Cómo te ha ido todo?... se habían formulado de un modo informal previamente, por lo que se realizó la primera pregunta del guión y a partir de aquí dependiendo de cómo fluía la conversación se fueron sucediendo las diferentes preguntas.

*Pregunta inicial:*

- ¿Crees que la atención recibida en el parto ha sido adecuada?

*Otras preguntas posibles:*

- ¿Sentías que podías confiar en los profesionales que te acompañaban?
- ¿Te preocupaba alguna cosa?
- ¿Qué aspectos crees que se podrían mejorar respecto al acompañamiento recibido?
- ¿Cómo valorarías la atención de la matrona en el parto?
- ¿Y del ginecólogo?
- ¿Y del anestesista?
- ¿Te sientes satisfecha de cómo ha ido el parto?
- ¿Cómo has catalogado tu experiencia en el cuestionario, nada satisfecha, poco satisfecha, satisfecha o muy satisfecha.....? ¿Por qué? ¿Qué aspectos han influido en tu valoración?
- ¿Qué aspectos crees que se podrían mejorar al respecto?
- ¿Qué era que para ti lo más importante en ese momento?
- ¿Has cumplido las expectativas que tenías previas al parto? ¿Cómo has catalogado tu experiencia, mejor, igual o peor a lo esperado? ¿Por qué?
- ¿Fue tu parto doloroso? ¿Se te ofrecieron alternativas al alivio del dolor?
- ¿Podrías describirme en pocas palabras tu experiencia?



## 10.4 Clasificación y categorización de las variables de estudio

*\*CAT-Variable categórica \*\*CUANT-Variable cuantitativa*

Nº	Variabes Cuestionario Preparto	Variabes	Categorías
1	Edad	CAT	1 = menor a 20 ; 2 = de 20 a 25 ; 3= de 26 a 30 ; 4 = de 31 a 35 ; 5 = de 36 a 40 ; 6 = de 41 a 45 ; 7 = más de 45
2	Estado civil	CAT	1 = soltera/sola ; 2 = casada/pareja ; 3 = otros
3	País	CAT	1 = España ; 2 = Resto de Europa ; 3 = Sudamérica ; 4 = África ; 5 = Asiáticas ; 6 = Otros
4	Estudios	CAT	1 = No ; 2 = Primarios ; 3 = Bachiller ; 4 = Universitario
5	Profesión	CAT	1 = ama de casa ; 2 = administrativa ; 3=enfermera ; 4 = medico ; 5 = auxiliar de clínica ; 6 = restauración ; 7 = dependienta ; 8 = otros ; 9 = ns/nc ; 10-Profesora
6	Situacion laboral	CAT	1 = Activo ; 2 = Parado ; 3 = Ama de casa
7	Antecedentes médicos personales	CAT	1 = Sin interés ; 2 = ... ; 3 = DM ; 4 = P. dermatológicos ; 5 = E. autoinmunes ; 6 = Otros
8	Edad Gestacional	CAT	1 = 28 a 34 ; 2 = 34 a 37 ; 3 = 37 a 42 ;
9	Riesgo embarazo	CAT	1 = Bajo ; 2 = Medio ; 3 = Alto ; 4 = Muy alto
10	Número hijos	CAT	1 = 0 ; 2 = 1 ; 3 = Más de 1
11	Número hijos prematuros	CAT	1 = 0 ; 2 = 1 ; 3 = Más de 1
12	Experiencia partos anteriores	CAT	0 = ninguna ; 1 = Muy mala ; 2 = Mala ; 3 = Normal ; 4 = Buena ; 5 = Muy buena
13	Lugar control gestación (CG1)	CAT	1 = Hospital (ARO) ; 2 = CAP ; 3 = Consulta privada ; 4 = Otros
14	Asistencia a PEM en Atención Primaria(CG4)	CAT	1 = Si ; 2 = No
15	Asistencia a sesión educativa del hospital (CG6)	CAT	1 = Si ; 2 = No
16	EVA ANS pre	CUANT	
17	STAI PD	CUANT	

	<b>Cuestionario Postparto</b>	<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>
18	Edad gestación en el parto	CAT	1 = 28-34s ; 2 = 34-37s ; 3 = 37-41+5s ; 4 = 42s
19	Presentación	CAT	1 = Cefalica ; 2 = Nalgas ; 3 = Transversa
20	Tipo de parto	CAT	1 = Eutocico ; 2 = Forceps ; 3 = Espatulas ; 4 = Cesarea
	Complicaciones?	CAT	1 = si ; 2 = no Cual?
21	Anestesia?	CAT	1 = Si ; 2 = No
22	Tipo de anestesia	CAT	1 = General ; 2 = Epidural ; 3 = Local ; 4 = Ninguna
23	Peso RN	CAT	1 = <2500 ; 2 = 2500-4000 ; 3 = >4000
24	Apgar	CAT	1 = <3 ; 2 = 3-7 ; 3 = >7
25	Lactancia	CAT	1 = Artificial ; 2 = Materna
26	EVA ANS post	CUANT	
27	EVA DOLOR	CUANT	
28	EVA alivio d.	CUANT	
29	Miedo a la anestesia	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
30	Miedo al anestesista	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
31	Miedo al ginecólogo	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
32	Miedo a tener complicaciones en el parto	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
33	Miedo al dolor en el parto	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
34	Miedo al dolor postparto	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
35	Miedo a la matrona	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
36	Miedo a los errores profesionales	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
37	Miedo a no ser capaz	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
38	Miedo a que su hijo sufra daño	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
39	Miedo a no controlar situación	CAT	0 = Nada ; 1 = Algo ; 2 = Bastante ; 3 = Mucho
40	Información sobre tto dolor	CAT	1 = No ; 2 = Si
41	Importancia al tto dolor	CAT	1 = Ninguna ; 2 = Poca ; 3 = Mucha
42	Tto ok dolor	CAT	1 = Mal ; 2 = Regular ; 3 = Bien ; 4 = Muy bien
43	Mejoras anestesia	CAT	1 = Poner antes anestesia ; 2 = Se hizo todo bien ; 3 = Falló epidural/técnica ; 4 = Otros ; 5 = ns/nc
44	Conoce nombres profesionales que la atendieron	CAT	1 = No ; 2 = Si
45	La llamaron por su nombre	CAT	1 = No ; 2 = Si
46	Fue tratada con respeto	CAT	1 = No ; 2 = Si
47	Tuvo información en el parto	CAT	1 = No ; 2 = Si
48	Tuvo posibilidad de acompañamiento	CAT	1 = No ; 2 = Si
49	Considera compañía matrona adecuada	CAT	1 = No ; 2 = Si
50	Valoración hospital	QUANT	
51	Como se siente	CAT	1 = Nada satisfecha ; 2 = Poco satisfecha ; 3 = Satisfecha ; 4 = Muy satisfecha
52	Grado cumplimiento expectativas	CAT	1 = Mejor de lo esperado ; 2 = Igual de lo esperado ; 3 = Peor de lo esperado
53	Ha acudido al PEM en su PASSIR	CAT	1 = Si ; 2 = No
54	Nº de sesiones a las que acudió	CAT	1= 0 ; 2 = 1 ; 3 = 2-4 ; 4 = 4-7
55	Asistencia a sesión educativa hospital	CAT	1 = Si ; 2 = No

## **10.5 Hoja de información al paciente y Consentimiento informado (FASE I)**

### **Título:**

“Satisfacción y expectativas de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una sesión formativa como elemento de mejora”

### **Investigador Principal:**

Teléfono de contacto: 977295800. Ext 1126-27

### **Centro:**

“Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII” de Tarragona

### **Introducción**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

### **Participación voluntaria**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico y/o matrona ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

### **Descripción general del estudio**

La finalidad de esta investigación es mejorar la atención al parto hospitalario, con el fin de que sea una vivencia gratificante, previsible y llena de momentos positivos.

Este estudio consta de dos fases, pero usted solo formará parte de la primera fase. En la primera fase de este estudio, que es en la que la invitamos a participar, queremos conocer los aspectos que podrían influir positiva y/o negativamente en las mujeres en su experiencia de dar a luz. La información obtenida, el análisis de dichos aspectos y las diferentes relaciones establecidas entre ellos, nos permitirán elaborar una sesión educativa (Fase II) centrada en mejorar aquellos aspectos que podrían influir en la mejora de la satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas de las mujeres tras su parto y que se aplicaran a las mujeres que se encuentren en el tercer trimestre de gestación y que participen en una segunda fase de este estudio .

Debe saber que su participación en este estudio no supondrá ninguna modificación de la asistencia médica y de enfermería llevada a cabo en este Hospital.

Para todo ello, hemos confeccionado un cuestionario con preguntas que se le presentará y tendrá que cumplimentar antes y después del parto. Es sencillo y fácil de rellenar. Contará con nuestra colaboración y no tiene porqué sentirse presionada para contestar dicho cuestionario.

Igualmente, recogeremos de su historia clínica datos relacionados con su embarazo, datos de su hijo recién nacido (sexo, peso, tipo de lactancia y otros datos para el estudio). Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria y puede renunciar a colaborar en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones ni que este hecho repercuta en sus cuidados.

### **Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio**

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo para su salud por participar en este estudio, anticipándole que su participación en este estudio no supone ningún riesgo para usted.

Esperamos que los resultados del estudio nos orienten hacia una mejora en los cuidados de las gestantes.

## **Confidencialidad**

El tratamiento y la comunicación de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su responsable del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su responsable del estudio / colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal. Los datos recogidos sobre su hijo serán anónimos.

El acceso a su información personal quedará restringido al responsable del estudio / colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el Promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

## **Otra información relevante**

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

(nombre y apellidos)

- He recibido y leído la hoja de información sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con .....

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y de enfermería.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma investigador Firma paciente

Fecha

## 10.6 Hoja de información al paciente y Consentimiento informado (FASE II)

### **Título:**

“Satisfacción y expectativas de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una sesión participativa como elemento de mejora”

### **Investigador Principal:**

Teléfono de contacto: 977295800. Ext 1126-27

### **Centro:**

“Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII” de Tarragona

### **Introducción**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

### **Participación voluntaria**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico y/o matrona ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

### **Descripción general del estudio**

La finalidad de esta investigación es mejorar la atención al parto hospitalario, con el fin de que sea una vivencia gratificante, previsible y llena de momentos positivos. Este estudio consta de dos fases.

En la fase previa a la actual se pretendía conocer más a fondo las inquietudes, preocupaciones, y posibles miedos que padecen las mujeres cuando acuden a dar a luz a nuestro hospital. La información obtenida, el análisis de dichos aspectos y las diferentes relaciones establecidas entre ellos, nos han dado paso a la elaboración de una sesión educativa centrada en mejorar aquellos aspectos que podrían influir en la mejora de la satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas dirigida a mujeres que se encuentren en su último trimestre de su gestación.

Deberá responder a un cuestionario de preguntas que se le presentará antes y después del parto, contará con nuestra colaboración y no tiene porqué sentirse presionada para contestarlo.

Su participación consistirá en que una vez firmado el consentimiento informado y cumplimentado un cuestionario de preguntas relativas a su perfil sociodemográfico y clínico, asistirá a una intervención educativa grupal (3-6 mujeres) en una sala de reuniones del hospital. La sesión será diseñada por el equipo investigador y dirigida por una matrona. Será una sesión de una hora y 30 minutos de duración en la que usted podrá exponer sus preocupaciones, solventar sus dudas y en la que se tratarán aspectos relacionados con la experiencia del nacimiento, centrando la atención en generar expectativas realistas ante el proceso.

Tras el parto se les pasará un cuestionario postparto.

Igualmente, recogeremos de su historia clínica datos relacionados con su embarazo, y datos de su hijo recién nacido (sexo, peso, tipo de lactancia y otros datos para el estudio). Su participación en



este estudio es totalmente libre y voluntaria y puede renunciar a colaborar en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones ni que repercuta en sus cuidados.

### **Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio**

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo para su salud por participar en este estudio. Igualmente, su participación en este estudio no supone ningún riesgo para usted.

Esperamos que los resultados del estudio nos orienten hacia una mejora en los cuidados de las gestantes.

### **Confidencialidad**

El tratamiento y la comunicación de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su responsable del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su responsable del estudio / colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal. Los datos recogidos sobre su hijo serán anónimos.

El acceso a su información personal quedará restringido al responsable del estudio / colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el Promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

### **Otra información relevante**

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....

(nombre y apellidos)

- He recibido y leído la hoja de información sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con .....

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y de enfermería.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio. Firma del Investigador

Firma de la Participante

...../...../.....

Fecha .....



## 10.7 Autorización del CEIC para la realización del estudio piloto previo a esta investigación



HOSPITAL UNIVERSITARI  
DE TARRAGONA  
J O A N X X I I I

Carrer del Doctor Mallafrè Guasch, 4  
43007 Tarragona  
Telèfon 977 29 58 00

### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Don Andrés Llorente Cabrera, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII,

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor **Sra. Inmaculada de Molina Fernández, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII**, para que se realice el estudio titulado "**Ansiedad y miedos de la gestante ante el parto**", y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.


La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado del sujeto participante en el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho estudio, sea realizado en el "**HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII**", por la Sra. Inmaculada de Molina Fernández.

Lo que firmo en Tarragona, a 30 de marzo de 2011

  
Generalitat de Catalunya  
Hospital de Tarragona  
Joan XXIII  
Comité Ético  
d'Investigació Clínica

Dr. Andrés Llorente Cabrera  
Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica



## 10.8 Autorización del CEIC para la realización de la investigación que se presenta en esta tesis



HOSPITAL UNIVERSITARI  
DE TARRAGONA  
J O A N X X I I I

Carrer del Doctor Mallfrè Guasch, 4  
43007 Tarragona  
Telèfon 977 29 58 00

### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña María De la Coba Navarrete, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII,

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor **Dra. Miriam de la Flor López, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII**, para que se realice el estudio código de protocolo **EXPECT-1**, titulado **"Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora"**, y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.



La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado del sujeto participante en el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el **"HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII"**, por la Dra. Miriam de la Flor López.

Lo que firmo en Tarragona, a 04 de diciembre de 2012

  
  
Generalitat de Catalunya  
Hospital de Tarragona  
Joan XXIII  
Comité Ético  
d'Investigació Clínica

Sra. María De la Coba Navarrete  
Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica

XXIII-HA037 - 304863 - jun.03



## 10.9 Diseño de la sesión educativa

De forma previa a la elaboración del guión de la sesión educativa se definieron los objetivos a cumplir en la misma:

### *Objetivo principal:*

1-Mejorar la satisfacción y grado de cumplimiento de expectativas de las gestantes que acuden a la sesión participativa diseñada

### *Objetivos específicos:*

- 1.1- Conocer las preocupaciones y miedos que genera el parto en algunas mujeres y comentarlas
- 1.2- Reflexionar sobre el dolor en el parto, gestión y tratamientos a nuestro alcance, solventando dudas
- 1.3- Dar respuesta a las preguntas en relación a las características el entorno físico del paritorio y el desempeño profesional de los diferentes miembros del equipo implicados en el proceso
- 1.4- Reflexionar sobre el acompañamiento en el parto, personas que queremos que estén a nuestro lado, identificando aquellos aspectos que para mí son importantes en el parto y cómo puedo abordarlos con mi pareja y con los profesionales que me van a acompañar
- 1.5- Crear expectativas realistas ante el proceso, formas de finalizar el parto, duración del proceso y actuaciones ante situaciones que se alejen de la normalidad, entre otras
- 1.6- Facilitar que la mujer adquiriera una mayor competencia emocional (empoderamiento) y una actitud proactiva y asertiva durante todo el proceso, con el fin de incrementar sus recursos emocionales en el momento del parto, es decir recursos para afrontar dificultades y recursos para autogenerarse bienestar

### *Dinámica de la sesión*

Sesión de 90 minutos de duración, realizada en una sala de formación continuada del HJ23. El grupo, las mujeres y la matrona convertida en su guía o *coach*, se situó en sillas formando un círculo.

Se inició la sesión dando la bienvenida a las participantes y agradeciéndoles su participación en el estudio, tras lo que la matrona se les presentó y les pidió permiso para que las sesiones fueron grabadas, a la vez que se les informaba de que todo lo que se tratara en las sesiones permanecería



dentro del grupo y estaría sujeto a las normas de ética profesional relativas a la confidencialidad y a lo dispuesto por el CEIC.

A continuación la matrona contextualizó la sesión haciendo una breve introducción para encuadrar el tema:

*... “Hola buenos días/tardes,..... nos encontramos aquí reunidas para llevar a cabo una sesión mediante la que pretendemos que expongan sus experiencias durante el embarazo o partos anteriores, solventen sus dudas, contesten las preguntas que aquí se harán y se pregunten cómo les gustaría que fuera su futuro parto....”*

Tras esta introducción se expusieron los objetivos de la sesión y se invitó a las participantes a presentarse al grupo con el objetivo de conocer sus características personales y clínicas.

A partir de ese momento la matrona puntualizó que les ayudaría a través de preguntas a que reflexionaran y exteriorizaran sus conocimientos, emociones y diferentes sentimientos en relación a los temas clave. Cada miembro expresaría su opinión/ vivencia personal al respecto y a continuación el siguiente participante haría una aportación sobre la vivencia anterior y añadiría la suya propia.

La matrona formuló la primera pregunta e invitó a todas las mujeres a intervenir exponiendo en formato de pregunta, situaciones habituales del proceso de parto con el objetivo de que el grupo las analizara. Después a través de una conservación facilitadora, en la que se pusieron en juego habilidades de comunicación, la escucha completa (activa o profunda), la empatía y las preguntas, la matrona recondujo el tema clarificándolo y aportando pautas de actuación correctas, si así lo consideró.

Previamente al inicio de la sesión la matrona elaboró un guión de preguntas para la discusión basadas en la consecución de los objetivos planteados.

Guión de preguntas:

- 1- *Con el objetivo de conocer las preocupaciones y miedos que genera el parto en algunas mujeres se les realizaron a las gestantes preguntas en positivo y sólo en el caso de que de manera espontánea verbalizaran miedos, dudas o conceptos erróneos se intervenía, invitando en primer lugar a otras mujeres a que opinaran sobre lo que su compañera había expresado, interviniendo la matrona solo si la conversación o el concepto planteado lo requería.*

*“... ¿Cómo imaginas que será tu parto? ¿Cómo te gustaría que fuera? ¿Tienes ganas de que llegue el momento? ¿Te preocupa algo al respecto? ¿Si así es, como crees que podría mejorar esa sensación? ¿Tienes alguna duda que creas que te podemos solventar? ¿Tienes algún miedo? ¿A qué? ....”*

- 2- *En relación al dolor*, siguiendo las recomendaciones de Schmid (245), se trabajó, en primer lugar la dimensión cognitivo-valorativa, mediante la reflexión de los factores culturales del dolor que conllevan una evaluación negativa del mismo (sufrimiento inútil, castigo, pérdida de control, etc), con el objetivo de que las mujeres cambiaran su interpretación del fenómeno del dolor, positivizándolo, como experiencia única y/o precursor de un feliz desenlace, convirtiendo este hecho, en un recurso endógeno para la mujer.

*“Si cambia la actitud con la que la mujer interpreta y acoge el fenómeno del dolor, varía su percepción; el umbral del dolor vuelve a subir. Y cambia también la reacción afectiva, el dolor se percibe como algo positivo, como fuerza, como ola, como fatiga, como “dolor vivo”...(245)*

A continuación se habló de los diferentes tratamientos y terapias existentes en el entorno hospitalario, al que iban a acudir, para el tratamiento del dolor y se formularon algunas de las siguientes preguntas:

*“... ¿Qué opinas del dolor? ¿Qué sensación te provoca este pensamiento? ¿Cómo te imaginas o esperas que sea el dolor de tu parto? ¿El dolor de parto es peligroso? ¿Qué formas de alivio conoces? ¿Te gustaría que te administraran algún tratamiento o medicación? ¿Tienes alguna duda al respecto?.....”*

- 3- *En relación al conocimiento del entorno físico y profesional del proceso de parto* y con el objetivo de que las mujeres se implicaran con el proceso de un modo activo, se les invitaba a que expresaran los motivos por los cuales habían escogido este hospital para su parto, explicándoles que podían elegir el centro, ya que era fundamental que tuvieran una actitud confiada respecto al Servicio al que iban acudir y respecto a los profesionales que les iban a atender. Se les invitaba a que explicaran, si lo sabían, entre otros, las diferentes funciones de los miembros del equipo y que verbalizaran que esperaban de ellos

*“... ¿Por qué has escogido este hospital para tu parto? ¿Conoces el entorno del paritorio? ¿Te parece adecuado, suficiente? ¿Conoces a los profesionales que te van a atender? ¿Si no es así te gustaría? ¿Cómo crees que te puede ayudar la matrona? ¿Y el ginecólogo? ¿Qué papel tiene en tu parto el anestesiólogo? y ¿el pediatra?...”*

- 4- En un parto es muy importante que la mujer planifique de antemano cómo y por quien quiere estar acompañada. El acompañamiento en el parto es muy importante para la mujer y solo ella sabe cómo ha de ser. La mujer debe verbalizar en su entorno familiar primero y posteriormente en el entorno hospitalario como quiere que se lleve a cabo. Por poner un ejemplo, hay mujeres que precisan una atención profesional muy presente y constante y otras que prefieren ser valoradas de manera expectante y en la distancia; hay mujeres que necesitan mucho contacto físico y otras que quieren que su momento y su espacio sea respetado; hay mujeres que quieren sentirse arropadas por su madre en ese momento y otras que quieren que su pareja no se mueva de su lado...Es importante por tanto, promover que las mujeres, al inicio del proceso, verbalicen sus deseos,

*...¿Quién te gustaría de tu entorno familiar, que te acompañara en el momento del parto? ¿Él/ella lo sabe? ¿Cómo te gustaría que se comportara? ¿Qué crees que debería hacer durante esas horas? ¿Te gustaría escuchar música? ¿Te gustaría que te dieran un masaje?..... ¿Te gustaría que te valorara la matrona/ginecólogo y comentara la evolución de tu parto, si es un parto normal, cada hora, o con menos frecuencia? ...”*

- 5- En relación a las diferentes maneras de afrontar y finalizar el parto y con el objetivo de que las mujeres reflexionaran sobre los diferentes tipos de parto, sus implicaciones, la duración del proceso y las situaciones de alteración de la normalidad en el nacimiento que requieren ayuda farmacológica y/o instrumental, se les mostraron a las mujeres diferentes fotografías de mujeres durante el trabajo de parto (durante la dilatación y el expulsivo) y/o durante la preparación de una cesárea, de diferentes posiciones en el momento del expulsivo, la técnica de la analgesia epidural, diferentes profesionales uniformados, recién nacidos, partos medicalizados, mujeres con bombas de perfusión y oxigenoterapia, etc y a continuación se les plantearon las siguientes preguntas:

*“... ¿Cuántas horas consideras que debe estar una mujer de parto? ¿Que sería para ti un parto largo? ¿Cómo te gustaría que fuera tu parto? ¿Qué tipos de parto conoces? ¿Te planteas que tu parto podría ser diferente a como tú has pensado? ¿Cómo te sentirías si así fuera? ¿Te gustaría saber el porqué de la decisión adoptada?....”*

Con esta actividad se abordó parte de uno de los ejes principales de la sesión educativa,  
“La importancia de generar expectativas realistas ante el proceso de parto”

La idea a transmitir es que no siempre las cosas ocurren como hemos previsto y que no todas las cosas que nos suceden son totalmente negativas o positivas, resaltando la necesidad de mantener una actitud positiva y de confianza hacia el entorno y ante las diversas circunstancias que se puedan dar. Es importante facilitar recursos y soluciones que permitan remontar estados de ánimo negativo con la idea de que lo que en un principio puede parecer negativo, no siempre termina siéndolo.

6- Por último, la consecución del objetivo *“facilitar que la mujer adquiriera una mayor competencia emocional (empoderamiento) y una actitud proactiva y asertiva durante todo el proceso”* se fue trabajando de un modo transversal al tratar cada uno de los temas expuestos. Al final de la sesión se animaba a las mujeres a que elaboraran, un plan de parto en el que plasmaran sus opiniones respecto a cómo querían que fuera su parto, planteamientos que debían ser acordes a la realidad del centro al que habían pensado acudir y a la situación clínica de su embarazo, se les recomendaba que lo hicieran en sus casas en compañía de su familia.

También se les recomendaba que durante el parto identificasen con nombre y categoría profesional, a los diferentes profesionales que les iban a asistir y que con ellos consensuaran los temas que para ellas eran importantes, en el caso de que su parto transcurriera de un modo normal. Sin embargo también se les comentaba que ante las posibles alteraciones de esa normalidad, los profesionales que les atendían podrían modificar los planteamientos iniciales, animándolas a que si no entendían el porqué de las diferentes actuaciones, preguntaran, si no se les habían explicado los motivos previamente.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ANTE EL PARTO. DISEÑO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
COMO ELEMENTO DE MEJORA  
María Inmaculada de Molina Fernández  
Dipòsit Legal: T 1008-2015