



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Abordaje educativo orientado a la elección
del tipo de parto en mujeres con tocofobia
en el tercer trimestre de embarazo***

Alumno: Lucia Gómez Cubillo

Director: Raquel Rebollo Berlana

Madrid, mayo de 2025

Índice

Resumen.....	4
Abstract	5
1. Presentación	6
2. Estado de la cuestión	7
2.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	7
2.1.1 Concepto y prevalencia de la tocofobia	7
2.1.2 Evaluación de la tocofobia: escalas de medición	10
2.1.3 Factores de riesgo de la tocofobia	11
2.1.4 Síntomas y consecuencias de la tocofobia	13
2.1.5 Tocofofia, cesárea y parto vaginal	14
2.1.6 Tratamiento de la tocofobia	16
2.1.7 El papel de la enfermería en el acompañamiento y la autonomía de la mujer gestante en la toma de decisiones	16
2.2 Justificación	17
3. Proyecto educativo	19
3.1 Población y captación	19
3.1.1 Población diana.....	19
3.1.2 Captación.....	19
3.2 Objetivos.....	19
3.2.1 Objetivo general.....	19
3.2.2 Objetivos específicos	20
3.3 Contenidos.....	20
3.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	21
3.4.1 Planificación general	21
3.4.2 Sesiones.....	21
3.5 Evaluación.....	23
3.5.1 Evaluación de la estructura y el proceso	23

3.5.2 Evaluación de los resultados	24
4. Bibliografía	25
5. Anexos	28
5.1 Anexo 1: Tríptico	29
5.2 Anexo 2: Póster	30
5.3 Anexo 3: Documento de inscripción al taller	31
5.4 Anexo 4: Evaluación de la estructura y el proceso	33
5.5 Anexo 5: Evaluación del área cognitiva.....	35
5.6 Anexo 6: Respuestas correctas del área cognitiva.....	37
5.7 Anexo 7: Evaluación del área de habilidades.....	39
5.8 Anexo 8: Evaluación del área emocional	40
5.9 Anexo 9: Evaluación del objetivo general	41

Resumen

Introducción: La tocofobia es un miedo extremo al parto, el cual puede llegar a condicionar la toma de decisiones de las mujeres respecto al parto. Es por ello, que el temor puede llevarlas a solicitar cesáreas sin una indicación médica, lo que puede llegar a tener graves consecuencias tanto en la madre como en el bebé. Debido al gran impacto que puede tener, es fundamental empoderar e informar a las mujeres, para que puedan tomar decisiones basadas en el conocimiento y no en el miedo.

Objetivo general: Transmitir información a las mujeres con tocofobia embarazadas en el tercer trimestre, para que se sientan libres y capacitadas para tomar decisiones respecto a la forma de dar a luz.

Metodología: Realización de un proyecto educativo ubicado en el centro de Salud de Entrevías, dirigido a mujeres con tocofobia durante su tercer trimestre de embarazo.

Implicaciones para la práctica de enfermería: Se mejorará la calidad de vida de las mujeres embarazadas, proporcionando educación, apoyo emocional y acompañamiento cercano. Gracias a la información y herramientas de comunicación, se facilitará una experiencia de parto más positiva, aumentando su confianza para la toma de decisiones en el parto.

Palabras clave: Miedo, Parto, Bienestar psicológico, Cesárea, Parto normal, Toma de decisiones, Atención de enfermería.

Abstract

Introduction: Tocophobia is an extreme fear of childbirth, which can significantly influence women's decision-making regarding childbirth. For this reason, fear can lead them to request caesarean sections without medical indication, potentially causing serious consequences for both the mother and the baby. Given its significant impact, it is essential to empower and inform women so they can make decisions based on knowledge rather than fear.

General objective: To provide information to pregnant women with tocophobia in their third trimester, so that they feel free and empowered to make decisions regarding childbirth.

Methodology: Implementation of an educational project at the Entrevías Health Center, aimed at women with tocophobia during their third trimester of pregnancy.

Implications for Nursing Practice: The quality of life of pregnant women will be improved by providing education, emotional support and close accompaniment. Through information and communication tools, a more positive childbirth experience will be promoted, increasing their confidence in making decisions about delivery.

Keywords: Fear, Parturition, Psychological Well-Being, Cesarean Section, Natural Childbirth, Decision Making, Nursing care.

1. Presentación

Desde el comienzo de mi formación en el grado de enfermería, me ha interesado mucho el tema de la salud de la mujer, especialmente su área reproductiva, pues es un campo muy amplio del que todavía tenemos una gran cantidad de cosas que aprender.

Durante estos años, en mi entorno personal he presenciado el malestar que puede llegar a causar el temor al parto, en especial la tocofobia, que es un miedo excesivo a la labor de parto. En muchas ocasiones, este miedo recibe menos atención y menos apoyo del que debería, lo que lo convierte en un problema infravalorado que puede desencadenar consecuencias tanto físicas como psicológicas. Es un vacío que existe y del que tenemos que ser conscientes para llevar a cabo un buen abordaje.

La tocofobia, puede condicionar las decisiones que toman las mujeres respecto a cuestiones médicas relacionadas con el proceso de embarazo y el nacimiento del bebé. De esta manera y debido a su extenso número de consecuencias, he decidido centrarme en la influencia que este miedo tiene en la elección del tipo de parto, pues la ansiedad tan intensa que sienten las mujeres puede llevarlas a la elección de una cesárea en lugar de un parto vaginal, lo que a veces puede suponer un riesgo innecesario, pudiendo producir resultados muy negativos.

Es fundamental que esta decisión que toman las gestantes no sea más influenciada por el miedo que por la salud y el bienestar tanto de ellas como del bebé, siendo esencial los cuidados enfermeros en este ámbito para que, a través de nuestro apoyo, las mujeres puedan reflejar en su tipo de parto sus necesidades y preferencias reales.

Este tema ha creado en mí una gran motivación como futura enfermera, pues me atrae la idea de poder aportar mi granito de arena, teniendo la posibilidad de participar en un cambio en la atención sanitaria que puede ser muy positivo en la vida de las mujeres tanto a nivel físico como a nivel emocional. La labor de la enfermera trata de ofrecer servicios integrales a otras personas, y para mí es muy satisfactorio el tener la oportunidad de brindar las facilidades y el apoyo necesario a mujeres para que puedan vivir la experiencia de parto de la manera más positiva posible. Estos son el tipo de cuidados que me gustaría ofrecer como enfermera, y considero que este plan es el primer paso para lograrlo.

Debido a esto, he decidido desarrollar este proyecto educativo con el objetivo de proporcionar herramientas que ayuden a las mujeres a tomar decisiones informadas y más allá del miedo, consiguiendo que estas puedan comprender bien este miedo, y que lo enfrenten de manera efectiva y segura. A través de esto, me gustaría contribuir a que las mujeres se empoderen y ganen confianza en ellas mismas, ofreciendo un espacio seguro en el que puedan contar sus inquietudes sintiéndose libres para ello, ya que no siempre lo hemos sido.

2. Estado de la cuestión

2.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

Este Trabajo de Fin de Grado, que recibe el nombre de “Abordaje educativo orientado a la elección del tipo de parto en mujeres con tocofobia en el tercer trimestre de embarazo”, es un proyecto educativo dirigido a mujeres embarazadas que padecen tocofobia. Inicialmente se hablará de este concepto y sus características, pasando por la descripción de los beneficios e inconvenientes tanto del parto vaginal como de la cesárea, y terminando en la importancia de la educación, información y acompañamiento a las mujeres embarazadas.

Para ello, se han buscado diferentes artículos con información relacionada en distintas bases de datos como PubMed, Scielo y Cochrane. También se han realizado búsquedas en Google académico. A esta búsqueda, le he añadido un filtro de los últimos 5 años y los descriptores DeCS y MESH que podemos ver en la Tabla 1, junto con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Gracias a esto, he obtenido como resultado un total de 35 artículos, la mayoría de ellos de los últimos 5 años, de los cuales 7 son en Español y 28 en Inglés.

Términos DeCS	Términos MESH
Miedo	Fear
Parto	Parturition
Bienestar psicológico	Psychological Well-Being
Cesárea	Cesarean Section
Parto normal	Natural Childbirth
Toma de decisiones	Decision Making
Atención de enfermería	Nursing care

Tabla 1. Descriptores DeCS y MESH. Tabla de elaboración propia a partir de (1)

2.1.1 Concepto y prevalencia de la tocofobia

El miedo al parto cogió relevancia a partir del siglo XIX, cuando fue definido por primera vez. A lo largo de los años, este término ha ido evolucionando y cambiando hasta llegar a hablarse de la tocofobia, que aunque no obtenga una definición universal, es descrita como un miedo irracional e intenso al parto que influye negativamente en la vida diaria de las mujeres (2,3).

Dentro del concepto de tocofobia, se identifican dos tipos: la tocofobia primaria y la tocofobia secundaria, lo cual se muestra a continuación en la Tabla 2.

TOCOFOBIA PRIMARIA	VS	TOCOFOBIA SECUNDARIA
<ul style="list-style-type: none"> • Aparición en mujeres que nunca habían dado a luz anteriormente • Suele aparecer especialmente durante la adolescencia 		<ul style="list-style-type: none"> • Aparece una vez ya se ha dado a luz una o más veces • Suele manifestarse tras haber sufrido un parto traumático

Tabla 2. Tipos de Tocofofia. Elaboración propia a partir de (4).

No obstante, en toda la literatura actual, hay una falta de coherencia a la hora de concretar el término de tocofofia, pues en la mayor parte de estudios se ha utilizado este término y el de miedo al parto, conocido en inglés como “Fear of Childbirth” (FOC) de forma indistinta (5). Esta equiparación puede tener consecuencias negativas, ya que patologizar un temor considerado normal puede invisibilizar a quienes padecen tocofofia severa y dificultar su acceso a un posible tratamiento (6).

La confusión con este concepto puede deberse entre otras cosas, a que no forma parte de forma específica del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition” DSM-5, razón por la cual se considera que tiene una definición confusa (7). Y, aunque según qué casos puede considerarse parte de la definición de fobia específica del DSM-5, la mayoría de las veces se ve como una continuación del simple miedo al parto o miedo al parto grave (5).

En este sentido, la fobia específica según el DSM-5, se caracteriza por un miedo intenso y que surge de forma inmediata ante un objeto o situación determinada, generando una respuesta de evitación o de afrontamiento pero con un temor extremo. Para que se considere una fobia específica, el miedo debe ser desproporcionado en relación con el peligro real, mantenerse durante al menos seis meses y provocar un impacto significativo en la vida cotidiana de la persona. Además, no debe explicarse mejor por otro trastorno mental, como la ansiedad social o el trastorno de estrés postraumático (8).

De esta manera, que las mujeres tengan cierto miedo al parto entra dentro de lo normal, pues los miedos que pueden tener (al dolor, a perder el control, a la muerte...) son reacciones comprensibles ante una situación que se detecta como peligrosa. Sin embargo, si este miedo al que se enfrentan las mujeres es radicalizado a un miedo mucho más intenso o extremo,

pudiendo provenir incluso de la infancia y extenderse hasta la vejez, puede llegar a ser muy perjudicial (9).

La prevalencia de la tocofobia varía ampliamente según el país y la región, identificándose estimaciones muy dispares (2). Estas diferencias significativas entre países suelen deberse especialmente a sus distintos niveles de desarrollo, como podemos observar en la Figura 1.

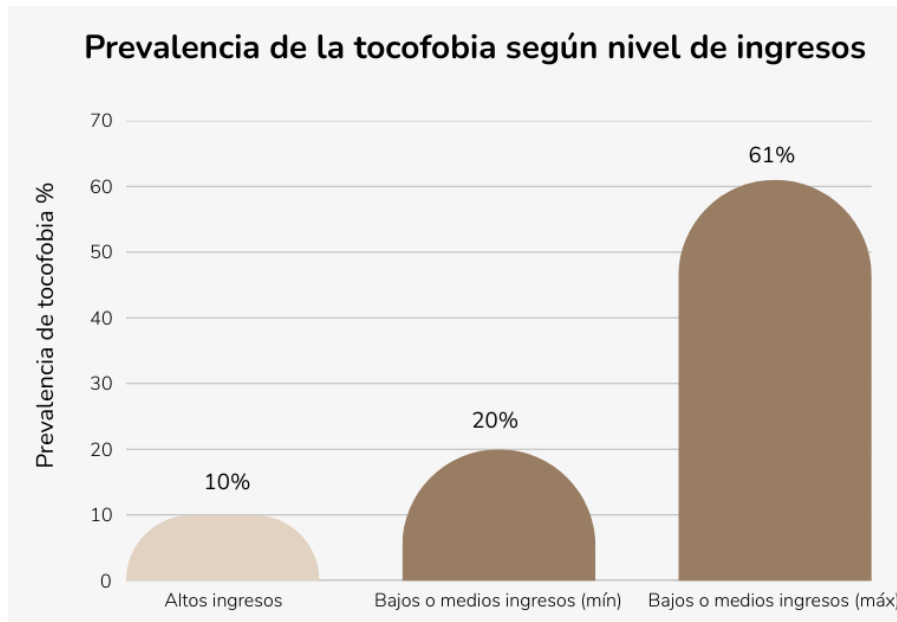


Figura 1. Prevalencia de tocofobia según ingresos. Elaboración propia a partir de (10).

La variabilidad en los datos puede explicarse, en parte, por el desconocimiento del concepto en muchos lugares del mundo y la falta de consenso en su definición, lo que dificulta la obtención de cifras precisas (3).

Además del nivel de desarrollo de cada zona, en la prevalencia de la tocofobia también están implicadas las diferencias culturales, las creencias y los modelos de atención en cada país, siendo factores que pueden influir en la manera en que las mujeres expresan sus miedos y ansiedades en torno al parto, y resultando también en un factor que dificulta el cálculo de una cifra exacta (11).

No obstante, se ha llegado a identificar de forma general la prevalencia del miedo al parto en mujeres embarazadas a nivel internacional, situándose alrededor del 14%. Esto indica, que aproximadamente una de cada cinco mujeres experimenta miedo moderado a este (12). Además, cabe destacar que, a pesar de todo, la incidencia del miedo al parto ha mostrado un incremento en los últimos 30 años, posiblemente debido a una mayor investigación y concienciación sobre este problema (11).

2.1.2 Evaluación de la tocofobia: escalas de medición

Debido a la imprevisibilidad del periodo perinatal, es común que aparezcan ansiedad y temor en distintas etapas, tanto antes como después del embarazo (11).

Por ello, es fundamental realizar una evaluación adecuada de la tocofobia para identificar su presencia, determinar su grado y facilitar su diagnóstico. Detectarla de manera precoz permite prevenir algunas de sus principales consecuencias, mejorando así la atención y el bienestar de las mujeres que la padecen (13). Debido a esto, se han creado una gran cantidad de escalas que pueden llegar a identificar esta condición. Sin embargo, hay controversia entre cuál es la más indicada y cuál ofrece mejores resultados (5).

La Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), que fue creada en Suecia (7), es la escala más utilizada a nivel mundial para evaluar el miedo al parto. Se recomienda emplear la versión tipo A, ya que está diseñada para aplicarse antes del parto (mientras que el tipo B se utiliza en el período posnatal). Originalmente, el cuestionario consta de 33 ítems, pero las recomendaciones más recientes sugieren el uso de una versión abreviada para facilitar su aplicación (5).

Además de la W-DEQ, principalmente hay 3 escalas más consideradas de gran importancia: Fear of Birth Scale (FOBS), Slade-Pais expectations of childbirth scale (SPECS) y Worries about Labour Scale (OWLS). Estas, junto con la W-DEQ, han sido comparadas y analizadas para determinar cuál sería la ideal, pudiéndolo observar en la Tabla 3 (14).

A pesar de ellas, ninguna de las herramientas de evaluación utilizadas ha demostrado ser completamente adecuada en cuanto a validez de contenido, facilidad de comprensión y aceptación por parte de las mujeres. A consecuencia de esto, en varias ocasiones se ha propuesto realizar estudios adicionales que permitan desarrollar un instrumento confiable que supere estas limitaciones (14), con el fin de proporcionar el apoyo adecuado (15).

Relacionado con esto, la variabilidad en los índices de miedo al parto puede ser consecuencia del uso de distintas herramientas de medición o enfoques en la investigación y en la práctica clínica (5). Por ello, disponer de una herramienta precisa para medir el miedo intenso al parto resulta crucial, ya que etiquetar erróneamente a una mujer con el término tocofobia cuando no lo padece puede ser perjudicial e influir negativamente en su toma de decisiones respecto al parto. Es así, que la utilización de este término se debe manejar con cautela, para no restar importancia a las mujeres que no lo experimentan, y en el caso de que sí que lo experimenten, concienciarlas sobre ello para facilitarlas tener una experiencia positiva de parto (6).

	FOBS	SPECS	OWLS	W-DEQ
QUÉ MIDE	Mide temores e inquietudes del parto	Analiza las expectativas sobre el parto en mujeres gestantes	Mide las preocupaciones sobre el trabajo de parto	Evalúa el miedo esperado y las vivencias de las mujeres
NÚMERO DE ITEMS	Escala visual de 2 ítems	Consta de 50 ítems en total, de los cuales solo 10 evalúan el miedo al parto	9 ítems	33 ítems
PUNTUACIÓN DE CORTE	De 0 a 100. Se considera FOC si > 50	Impreciso	Impreciso	De 0 a 165. Se considera tocofobia si puntuaciones > 85
DIMENSIONALIDAD	Unidimensional	Multidimensional	Multidimensional	Se creó para ser unidimensional, pero posteriormente se descubrió que realmente es multidimensional
LIMITACIONES	Su corta extensión la restringe y puede presentar imprecisiones en la medición.	No aborda de manera completa los aspectos fundamentales de la FOC	No fue creada específicamente para evaluar el FOC y es la que menos similitudes presenta con otras escalas.	Es una escala excesivamente larga para su aplicación clínica. Presenta ítems redundantes y se debate el criterio de corte para identificar la tocofobia

Tabla 3. Escalas de medición de la tocofobia. Elaboración propia a partir de (5,14,16)

2.1.3 Factores de riesgo de la tocofobia

La etiología de la tocofobia no se ha llegado a identificar de forma específica (10). Sin embargo, se sabe que su causa además de ser compleja es multifactorial y que algunas mujeres tienen una mayor predisposición a padecerla que otras (9).

Por ello, se ha asociado a diferentes factores de riesgo, los cuales se han clasificado en sociodemográficos, obstétricos y psicológicos (10).

Factores sociodemográficos

Entre los factores se incluyen:

- El hábito tabáquico
- La gestación en edades extremas, o bien en mujeres muy jóvenes o mayores de 40 años
- Un nivel socioeconómico bajo o ingresos reducidos
- La falta de información, como una educación prenatal insuficiente
- La exposición a relatos negativos
- El estado civil, en concreto las mujeres solteras
- La falta de confianza en el personal médico
- El nivel educativo
- La residencia en zonas rurales

- La residencia en el extranjero, en particular las mujeres migrantes, debido a la sensación de aislamiento por la falta de una red de apoyo familiar y social (3,7,10,16-18)

Factores psicológicos

Entre estos se incluyen:

- Los factores de personalidad, especialmente el neuroticismo, caracterizado por altos niveles de ansiedad y agitación
- El haber experimentado miedo al parto en embarazos previos
- La baja autoestima
- Falta de apoyo social y la soledad
- Haber sufrido agresiones sexuales, ya que se puede experimentar la reactivación del trauma durante los exámenes físicos en el embarazo y el parto
- Miedo a no poder controlar la situación, al dolor y a la manifestación de síntomas de ansiedad
- El tercer trimestre del embarazo, aumentando el miedo según aumenta la edad gestacional
- Las preocupaciones excesivas sobre la salud del bebé
- El desacuerdo de la madre con el plan de parto sugerido por el obstetra, posiblemente relacionado con problemas en la comunicación entre el médico y la paciente
- La medicalización del parto, pues la mayoría de los nacimientos ocurren en entornos hospitalarios, lo que impide que las mujeres observen, participen y comprendan el proceso natural del parto (4,18-23)

Factores obstétricos

Entre los factores obstétricos asociados a la tocofobia, destacan:

- La falta de experiencia con el parto por desconocimiento del proceso
- Las complicaciones obstétricas previas como cesáreas de emergencia, desgarros perineales, distocia de hombros o extracciones con ventosa pueden llegar hasta triplicar el riesgo de tocofobia
- Las gestaciones de alto riesgo y los embarazos con complicaciones médicas, como la diabetes gestacional
- Los síntomas clínicos durante la gestación, como el dolor abdominal y el sangrado vaginal
- El uso intensivo de analgésicos durante el trabajo de parto y una fase expulsiva larga
- La prolongación excesiva del embarazo

- El embarazo no planificado, aumentando hasta seis veces la probabilidad de desarrollar tocofobia y duplicando las probabilidades de que este miedo sea más severo (4,10,16,17,19-21)

2.1.4 Síntomas y consecuencias de la tocofobia

La tocofobia es un problema el cual no solo influye en la experiencia del embarazo y el parto, sino que también repercute en la salud mental materna y en el bienestar del bebé, dando lugar a una amplia variedad de consecuencias (20).

Es así que, podemos observar la mayoría de ellas en el siguiente diagrama de flujo que se ha creado, dando lugar a la Figura 2.

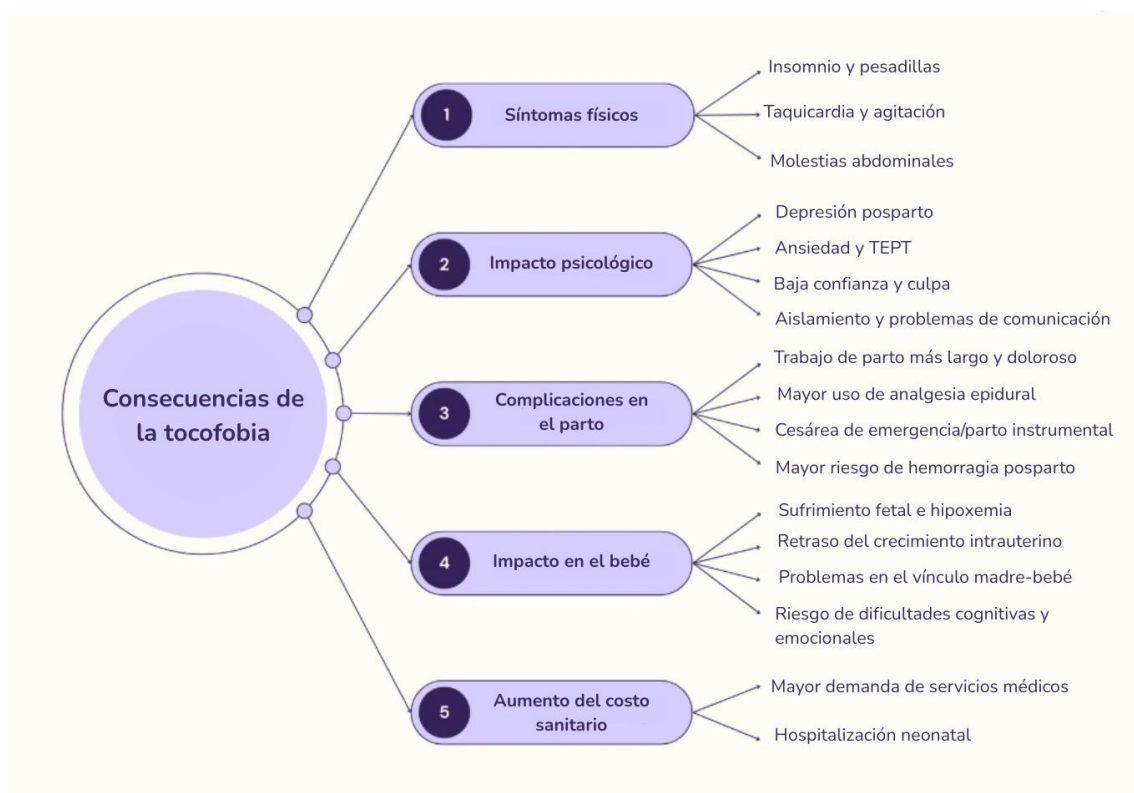


Figura 2. Consecuencias de la tocofobia. Elaboración propia a partir de (2,7,12,17,20-22).

Adicionalmente, es de gran importancia saber que el miedo desencadena una respuesta fisiológica conocida como "lucha o huida" (6). En algunos casos, el FOC puede llevar a la negación (7) o a la evitación del embarazo, lo que se traduce en el uso excesivo de anticonceptivos (5), la interrupción voluntaria del embarazo o la solicitud de una cesárea electiva (21) sin estar indicada por el médico (16).

Todo esto, se sabe que finalmente acaba interfiriendo en la relación con la pareja en caso de tenerla y los profesionales de la salud, lo que también puede ser una fuente de estrés y

ansiedad (7). Asimismo, la ansiedad y el temor al parto pueden retroalimentarse mutuamente, creando un ciclo difícil de romper (6).

Además, este miedo repercute negativamente en los hábitos de salud durante el embarazo, reduciendo las prácticas de autocuidado y favoreciendo factores de riesgo como el aumento de peso excesivo y el consumo de tabaco (12). Por todo esto, se considera que el FOC está relacionado con una disminución en la calidad de vida de las mujeres (20).

2.1.5 Tocofobia, cesárea y parto vaginal

Las mujeres con FOC suelen optar por la cesárea al considerarla una opción más segura tanto para ellas como para el bebé. Además, perciben el parto vaginal como un proceso doloroso e incontrolable, lo que refuerza su decisión (11).

Las mujeres embarazadas con niveles elevados de FOC tienden a evitar hablar sobre el embarazo y el parto (6), lo que dificulta su preparación para el nacimiento y su acceso a información relevante (7). En muchos casos, toman decisiones clave sobre el parto basadas en su miedo, en lugar de seguir las recomendaciones clínicas (5).

Es por ello, que es necesario que las mujeres sean conscientes de los beneficios y consecuencias a los que dan lugar los diferentes tipos de parto, fomentando que el personal de enfermería (en especial las matronas) sea imprescindible para asegurarse de que las mujeres se queden satisfechas de conocimientos (24).

Beneficios e inconvenientes del parto vaginal

El parto vaginal es el proceso fisiológico en el que el bebé pasa del útero al exterior del cuerpo por medio de la vagina. Este método de nacimiento ofrece múltiples beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, incluyendo una recuperación más rápida, una estancia hospitalaria más corta y un menor riesgo de complicaciones en comparación con la cesárea (25).

Una de las ventajas del parto vaginal es la flexibilidad en cuanto al lugar donde puede realizarse. A diferencia de la cesárea, este tipo de parto puede llevarse a cabo tanto en un entorno hospitalario como fuera de él, ya que requiere menos recursos externos y no depende de instalaciones especiales ni de un mantenimiento complejo (26). Además de ser una experiencia enriquecedora para la madre (6), el parto vaginal facilita el contacto inmediato piel con piel y el inicio temprano de la lactancia materna, lo que contribuye a fortalecer el vínculo entre madre e hijo (27). Del mismo modo, los bebés que nacen por parto vaginal tienen un menor riesgo de problemas cardiometabólicos (28) y una menor probabilidad de ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (12).

No obstante, el parto vaginal también puede tener inconvenientes. En algunos casos, pueden ser necesarias intervenciones como el uso de fórceps o ventosa si surgen dificultades durante el trabajo de parto (25). Asimismo, existe la posibilidad de desgarros perineales, incontinencia urinaria y dolor pélvico después del parto (25,29). Además, algunas mujeres pueden sentir ansiedad por el dolor y temor a posibles complicaciones, lo que podría llevarlas a evitar esta opción (29).

Por último, se ha observado que los recién nacidos que pasan por el canal de parto tienen niveles más elevados de cortisol y muestran una mayor respuesta al dolor en comparación con aquellos que nacen por cesárea (27).

Beneficios e inconvenientes de la cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al bebé a través de una incisión realizada en el vientre de la madre (25). En algunos casos, como un trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal o una posición inusual del bebé, la cesárea se convierte en una alternativa esencial para preservar la salud tanto de la madre como del recién nacido (28,30). Además, permite programar el nacimiento y evitar algunas complicaciones del parto vaginal, como la distocia de hombros y las lesiones del plexo braquial en el recién nacido. También disminuye el riesgo de transmisión de infecciones maternas al bebé, como el VIH o la hepatitis (24,25).

Aunque la cesárea ofrece ciertos beneficios, también implica riesgos significativos. En comparación con el parto vaginal, se asocia con una mayor morbilidad tanto materna como neonatal, lo que incluye un mayor riesgo de infecciones, hemorragias, complicaciones derivadas de la anestesia y tromboembolismo (24,31). A pesar de que el proceso es menos doloroso que el parto vaginal debido al uso de la anestesia (28), su recuperación es más dolorosa y lenta, con un mayor tiempo de hospitalización y mayores costos asociados (32). Además, en embarazos posteriores, aumenta el riesgo de complicaciones como placenta previa, acretismo placentario y ruptura uterina (33). Para el bebé, nacer por cesárea puede incrementar la probabilidad de desarrollar dificultades respiratorias, asma, obesidad en la infancia y alteraciones en el desarrollo neurológico, como el TDAH y el autismo (11,27).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las tasas de cesárea no superen el 15%, ya que cifras más altas no contribuyen a la reducción de la mortalidad materno-infantil y aumentan el riesgo de complicaciones innecesarias para las mujeres. Sin embargo, entre el 1% y el 20% de las mujeres solicitan una cesárea sin una indicación médica (4,11). El número de cesáreas sigue en aumento debido a factores como el temor al dolor del parto vaginal, la percepción de mayor seguridad en la cesárea y la influencia de los sistemas de salud (4,34).

2.1.6 Tratamiento de la tocofobia

Desde que se descubrió el término, se ha intentado tratar la tocofobia de diferentes maneras. Terapias de grupo, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual... Sin embargo, los estudios que se han realizado para ello tenían diferentes sesgos y resultados inexactos, ya que estaban medidos por escalas de miedo al parto poco precisas. Por ello, no se puede sacar ninguna conclusión específica (22).

No obstante, a pesar de que no hay evidencia de que esta condición se pueda eliminar, se ha descubierto que se puede disminuir, por ejemplo, a través de las clases de preparación al parto. No hay seguridad de que esto represente una reducción clínica significativa, pero, por otra parte, es verdad que sería posible que esto limitara el número de partos por cesárea (una de las principales consecuencias de la tocofobia) (10,22).

Algunos estudios señalan que el apoyo y acompañamiento continuo de las matronas durante todo el embarazo, junto con la psicoeducación, podría ser clave para mejorar la actitud de las mujeres con miedo. Estas estrategias ayudarían a que comprendan mejor sus temores, especialmente en relación con su visión negativa del parto vaginal (35).

Se considera que un tratamiento efectivo para el miedo grave al parto debe conseguir las siguientes tres cosas: que las mujeres tengan confianza en sí mismas para parir, que sientan que tienen recursos suficientes para afrontar el nacimiento del bebé y que finalmente se sientan con la capacidad de tomar decisiones respecto a su embarazo y parto (22).

A pesar de estos hallazgos, los datos siguen siendo insuficientes y se necesitan más estudios sobre la tocofobia. Actualmente, su tratamiento sigue siendo desconocido (10).

2.1.7 El papel de la enfermería en el acompañamiento y la autonomía de la mujer gestante en la toma de decisiones

El embarazo se considera una etapa de la vida la cual produce numerosos cambios en la mujer, tanto físicos como mentales (16). En la mayoría de los casos, es una etapa de vulnerabilidad, en la que suele esperarse que la mujer se sienta emocionada y alegre (2,3).

Sin embargo, el que este comportamiento esté predeterminado por la sociedad, puede incrementar llamativamente el nivel de estrés en la mujer. Es por ello que, se necesita brindar un gran apoyo y acompañamiento a las mujeres que están en periodo de adaptación y en especial si es su primer embarazo. Además, se sabe que el apoyo individualizado y adaptado a cada mujer, mejora la experiencia de parto y promueve la toma de decisiones basadas en el conocimiento y el sentimiento de acompañamiento (3,15).

Dentro de los Derechos Humanos, existe un artículo que dicta que la mujer tiene derecho a tomar decisiones respecto al nacimiento de su hijo (5). No obstante, en la práctica clínica, este derecho puede verse limitado por distintos factores, haciendo que no se cumpla como se debería (26).

Algunas mujeres tienen una preferencia directa sobre el tipo de parto al que se quieren someter, mientras que otras delegan la decisión en los profesionales de salud o tienen la mente abierta a otras opciones antes de decidir. En algunos casos, esta decisión informada se ve restringida por a la falta de autonomía durante las consultas médicas (vía que muchas veces toman las mujeres para sentirse más seguras) o incluso a la tendencia de ciertos profesionales de salud a priorizar la cesárea por propia conveniencia (34).

En este contexto, la enfermería, y en especial las matronas, desempeñan un papel clave en garantizar que la mujer tenga un papel activo en la toma de decisiones. Su labor no solo se centra en el acompañamiento durante el embarazo y el parto, sino también en proporcionar información basada en evidencia científica de manera clara y accesible. Así, las mujeres serán capaces de tomar decisiones totalmente autónomas con apoyo e información fiable (23,34).

Además, los profesionales de enfermería, gracias a su cercanía y su rol educativo, pueden servir de mediadores entre la mujer y el sistema sanitario, de forma que asegure que las decisiones que tomen no sean influenciadas externamente y que sean respetadas. Asimismo, es imprescindible que las mujeres se sientan abrazadas por los demás, sin estar limitado únicamente al personal sanitario. Se sabe que los seres queridos de la mujer y su propia autonomía mejoran significativamente su experiencia de embarazo y la de su bebé (29).

Finalmente, ya estando informadas las mujeres, tomen la decisión que tomen esta debe ser respetada, consiguiendo así su empoderamiento en vez de su subordinación (36).

2.2 Justificación

A medida que ha ido avanzando la historia, la salud mental cada vez ha ido teniéndose más en cuenta. Sin embargo, no se ha extrapolado a todos los ámbitos. Es así que, respecto al periodo de embarazo de la mujer, su salud mental se ha dejado un poco de lado, recibiendo mucha menos atención de la que debería (2).

Según los datos actuales, se sabe que hay factores psicológicos que pueden llegar a influenciar en la elección del tipo de parto, específicamente entre parto vaginal y cesárea. Esto, en muchos aspectos, está ligado al miedo al parto, pues se ha estudiado que del 6% al 10% de las mujeres gestantes con tocofobia presentan manifestaciones psicológicas que interfieren en su vida diaria (22).

No obstante, la tocofobia ha recibido estudios insuficientes y con resultados no concluyentes. Esto se refleja en la falta de herramientas de medición precisas, la ausencia de una definición clara y el desconocimiento de su tratamiento adecuado (7). Pero, aun así, es necesario abordar el impacto que tienen las decisiones de las mujeres en su vida y en la de su futuro bebé.

La literatura dicta que el 40% de las mujeres que, inicialmente solicitaban cesáreas programadas en vez de partos vaginales a causa del miedo, con influencia externa, acababan sometándose a un parto vaginal. De esta forma, se ve que se puede conseguir disminuir el número de cesáreas no justificadas clínicamente que puedan poner peligro a la madre y al hijo (10,21,35).

Es por ello que, dado que esta condición puede tener efectos negativos en algún modo evitables, es imprescindible que este tema se aborde en especial desde la enfermería, buscando que las mujeres y sus hijos tengan la mejor salud mental y física posible.

Debido a esto y con todos los datos descritos anteriormente, se va a realizar un proyecto educativo con las mujeres embarazadas como protagonistas. A través del apoyo psicológico, fusionado con el ofrecimiento de información personalizada y basada en la evidencia científica, se busca un objetivo principal: que las mujeres se sientan satisfechas y seguras con sus decisiones respecto al parto, sean las que sean.

3. Proyecto educativo

3.1 Población y captación

3.1.1 Población diana

La población a la que va dirigido este proyecto educativo, es a las mujeres que padecen tocofobia y que están en su tercer trimestre de embarazo. Podrán formar parte del proyecto todas las mujeres con estos rasgos, pero se seleccionarán especialmente aquellas que están considerando optar por una cesárea como método de parto por miedo al parto vaginal.

Irán dirigidos a mujeres en seguimiento de embarazo en el Centro de Salud de Entrevías (Calle Campiña, 1), en el que se estima aproximadamente una población de 30 mujeres al mes. Esto, es debido a que este Centro de Salud forma parte de un barrio obrero y multicultural, en el que destaca la presencia de mujeres migrantes y por lo tanto con más riesgo de tener tocofobia.

En el proyecto se incluirá a mujeres de edades comprendidas entre 30 y 40 años, la mayoría primigestas, aunque también se incluirían a multigestas con experiencias traumáticas previas.

Los talleres se llevarán a cabo durante el mes de marzo, pues se estima que la mayor parte de nacimientos se dan en el mes de junio. Se realizarán sesiones presenciales en pequeños grupos de 6 personas, brindando conocimientos teóricos, prácticos y emocionales.

3.1.2 Captación

La captación se va a realizar a través del propio Centro de Salud. Lo primero, será comunicárselo a la matrona de este, para que haga un llamamiento en su consulta a las mujeres que entren dentro de estas características.

Además, como apoyo a esto, se facilitarán trípticos con información, los cuales se repartirán por todo el Centro, para que la información pueda llegar también a este tipo de mujeres a través de familiares o amigos (Anexo 1). Finalmente, se pegarán posters en el hall principal, en las áreas de espera y dentro de las consultas de enfermería (Anexo 2).

Para poder hacer la inscripción, se deberá rellenar con los datos personales un documento, que posteriormente se podrá enviar vía email (Anexo 3).

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Transmitir información a las mujeres con tocofobia embarazadas en el tercer trimestre, para que se sientan libres y capacitadas para tomar decisiones respecto a la forma de dar a luz.

3.2.2 Objetivos específicos

1. Área cognitiva

La embarazada será capaz de:

- Diferenciar entre el miedo al parto común y la tocofobia severa
- Identificar las consecuencias y síntomas del miedo al parto
- Reconocer los recursos de apoyo disponibles (profesionales de salud, grupos de apoyo, terapia, etc.).
- Mostrar conocimientos sobre las diferentes opciones de parto

2. Área de habilidades

La mujer será capaz de:

- Desarrollar técnicas de relajación y respiración para tratar la posible ansiedad que les causa el parto
- Mejora de las estrategias de comunicación asertiva con el equipo de salud respecto a la expresión de sus preferencias y necesidades
- Aplicar técnicas de visualización positiva en relación al parto
- Saber poner en práctica la toma de decisiones informadas

3. Área emocional

La participante será capaz de:

- Expresar los miedos que les produce el parto
- Aumentar la sensación de control sobre la experiencia de parto
- Tener más confianza en sí mismas para dar a luz
- Permitirse ser apoyadas por los demás

3.3 Contenidos

Los contenidos que se van a tratar en las sesiones estarán adaptados a las madres, y cada uno de ellos se tratará de forma diferente para que asimilen de la mejor manera posible la información que se quiere transmitir. Serán los siguientes:

- Concepto de tocofobia y su prevalencia
- ¿Qué miedo es “normal” y cual se considera de gravedad?
- Impacto de la tocofobia en la madre y el feto
- Familiarización con el parto
- Beneficios y riesgos del parto vaginal y la cesárea
- El miedo y el parto por cesárea ¿Pueden estar relacionados?
- Comunicación asertiva con el equipo de salud

- Relajación y respiraciones
- Impacto de la toma de decisiones en el parto
- Construcción de una visión positiva del parto
- Cierre: consejos

3.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

3.4.1 Planificación general

Se realizarán un número total de 4 sesiones, de 90 minutos cada una y con un descanso de 10 minutos después de los primeros 40, tiempo ideal para mantener la concentración. Estas, se harán por las mañanas de 9:00 a 10:30 horas los lunes, martes, miércoles y jueves de la misma semana, para que se mantengan recientes los conocimientos de la sesión anterior.

El número de participantes por sesión será de 6 mujeres. Es un número reducido ya que favorece la creación de un ambiente de confianza, el cual permitirá a las mujeres conocerse mejor, abrirse más y expresarse con mayor libertad. Además, el número de participantes que formaran el grupo será par, facilitando la realización de dinámicas por parejas. Por ello, no se permitirá la presencia de acompañantes de las mujeres, excepto en casos excepcionales.

La realizadora de las cuatro sesiones será una profesional de enfermería, quien en una sesión será acompañada por la matrona y en otra sesión por un fisioterapeuta. La matrona y el fisioterapeuta serán los del propio Centro de Salud, a los que se expondrá el proyecto con anterioridad proponiéndoles participar en el.

Asimismo, el lugar de celebración será en la sala de reuniones del mismo Centro, el cual se ambientará de forma que las mujeres se encuentren lo más cómodas posible. Para ello, se asegurará que el lugar esté limpio y a buena temperatura, disponiendo allí de los materiales precisos para cada una de las reuniones. Para la realización de los talleres, la disposición de las sillas será en forma de semicírculo, permitiendo que las participantes puedan tener una comunicación cercana y efectiva. Esta disposición también permitirá poder tener una buena visión de la pizarra o proyector en los tiempos de exposición.

3.4.2 Sesiones

SESIÓN	CONTENIDOS	TÉCNICAS	MATERIALES
	Introducción: presentación de docentes y participantes	Pelota de la palabra: solo habla quien tiene la pelota	- Pelota
	Concepto de tocofobia y su prevalencia	Expositiva: presentación interactiva con diapositivas	- Proyector - Presentación de diapositivas

1	¿Qué miedo es “normal” y cual se considera de gravedad?	Investigación en el aula: lluvia de ideas sobre posibles miedos propios o ajenos	<ul style="list-style-type: none"> - Cartulina - Rotuladores de colores
	Impacto de la tocofobia en la madre y el feto	De análisis: discusión por parejas sobre experiencias personales	<ul style="list-style-type: none"> - Imágenes impresas
		Expositiva: consecuencias de la tocofobia	<ul style="list-style-type: none"> - Pizarra
2	Familiarización con el parto	Expositiva: explicación del vídeo de un parto por la matrona	<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Vídeo de un parto
	Beneficios y riesgos del parto vaginal y la cesárea	Expositiva: charla-coloquio con la matrona	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación con diapositivas
		Investigación en el aula: mitos y realidades del parto	<ul style="list-style-type: none"> - Pizarra
	El miedo y el parto por cesárea ¿Pueden estar relacionados?	De análisis: discusión entre participantes sobre la relación del miedo y la cesárea	<ul style="list-style-type: none"> - Pizarra
3	Comunicación asertiva con el equipo de salud	Expositiva: explicación de la importancia de la comunicación asertiva y estrategias	<ul style="list-style-type: none"> - Pizarra - Vídeos de comunicación asertiva y no asertiva
		Desarrollo de habilidades: role-playing sobre comunicación con profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Tarjetas con preguntas frecuentes
	Relajación y respiraciones	Expositiva: explicación de técnicas de relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Pelota antiestresante
		Expositiva: presentación sobre respiraciones durante el parto por fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> - Diapositivas
		Desarrollo de habilidades: puesta en práctica de las técnicas de respiración aprendidas	<ul style="list-style-type: none"> - Esterillas - Altavoz
		Impacto de la toma de decisiones en el parto	Expositiva: acompañamiento en el proceso embarazo-parto y su

4		relación con la toma de decisiones	
		De análisis: estudio de casos de decisiones informadas	- Casos clínicos simulados por la enfermera
	Construcción de una visión positiva del parto	Investigación en el aula: reflexión escrita sobre expectativas del parto	- Bolígrafos de colores - Folios
		De análisis: identificación de pensamientos limitantes	- Cartel con frases de empoderamiento
	Cierre: consejos	Desarrollo de habilidades: consejos dirigidos a las demás participantes que puedan aplicarse a sí mismas	- Cuaderno de autoevaluación emocional

En relación a las actividades entre sesiones, se les pedirá a las mujeres que después de la primera sesión, realicen en sus casas una reflexión escrita acerca de sus miedos respecto al parto. Esto tiene como objetivo que sean conscientes de cuales de sus miedos pueden ser racionales y cuáles pueden ser irracionales. También, tras la sesión número 3, se propondrá a las mujeres practicar en su casa las técnicas de relajación y las respiraciones aprendidas con la ayuda del fisioterapeuta, para en caso de que les surjan nuevas dudas, puedan consultarlas en la siguiente y última sesión.

3.5 Evaluación

Al igual que en cualquier otro proyecto educativo, es imprescindible comprobar que está siendo funcional y valioso para aquellas personas a las que va dirigido. Es por ello, que se ha desarrollado una serie de evaluaciones orientadas tanto al cumplimiento de objetivos, como a su estructura y proceso.

3.5.1 Evaluación de la estructura y el proceso

Para ver el punto de vista de las mujeres e identificar puntos de mejora del taller, se realizará una evaluación enviada vía email tras la última sesión, para que la realicen en su casa. Esta encuesta será anónima, y se evaluará el proyecto educativo de forma general, teniendo en cuenta la organización y la calidad (Anexo 4).

3.5.2 Evaluación de los resultados

Al principio de la primera sesión, se realizará una evaluación cuantitativa a las participantes sobre sus conocimientos, la cual se repetirá después de la cuarta sesión durante los últimos 5 minutos. Será tipo test y servirá para ver la evolución del área cognitiva (Anexo 5). Tras su realización, si lo desean, las propias mujeres podrán ver las respuestas correctas (Anexo 6).

El área de habilidades se evaluará a través del role-playing de la tercera sesión, en el que se trata la comunicación con profesionales. Se evaluará la forma en que se comunican las mujeres, y si esta es asertiva o no (Anexo 7).

También se evaluará el área emocional. Esto se hará a través del cuaderno de autoevaluación emocional de la sesión número 4. En él, una de las hojas, la primera, contendrá escritas diferentes cuestiones acerca del área afectiva/emocional, que tendrán que entregar una vez rellenen (Anexo 8).

Por último, habrá una última evaluación, enviada también por correo electrónico y programada a los 3 meses de haber terminado los talleres. Esta última evaluación se deberá realizar tras el parto, con el objetivo de que las mujeres comuniquen la funcionalidad real del proyecto y se pueda identificar si se ha cumplido el objetivo general de este (Anexo 9).

4. Bibliografía

1. Bireme. DeCS/MESH Descriptores en ciencias de la salud [Internet]. 2024 [Citado el 24 de Marzo de 2025]. Recuperado a partir de: <https://decs.bvsalud.org/es/>
2. Ortega C. Adaptación al castellano y validación del cuestionario W-DEQ de miedo al parto en población española [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2024.
3. Aguilera Á, Gálvez M, Blanco M, García F. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *J. Clin. Psycho.* 2021;77(3):525-55.
4. Kanellopoulos D, Gourounti K. Tocophobia and Women's Desire for a Caesarean Section: a Systematic Review. *J. Clin. Med.* 2022; 17(1):186-93.
5. Jomeen J, Martin CR, Jones C, Marshall C, Ayers S, Burt K, et al. Tokophobia and fear of birth: a workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. *J. Reprod. Infant. Psychol.* 2021;39(1):2-15.
6. O'Connell MA, Martin CR, Jomeen J. Reconsidering fear of birth: Language matters. *Midwifery.* 2021;102. Doi:10.1016/j.midw.2021.103070
7. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021, Issue 7. Doi: 10.1002/14651858.CD013321.pub2.
8. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5ª ed. Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
9. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik-Velikonja V. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J. Perinat. Med.* 2018;46(2):151-54.
10. Sarella A, Stavros S, Kirkou G, Iliadou M, Kokkosi E, Bothou A, et al. Tocophobia: Risk Factors, Consequences and Management - A Systematic Review of the Literature. *J. Clin. Med.* 2024;19(2):393-99.
11. Athena G. Fear of childbirth in pregnant women: Exploring prevalence and birth mode preference. [Tesis doctoral]. Washington: Universidad de Georgetown; 2022.
12. Abadi Z, Bakouei F, Aghajani M, Hamidia A, Sepidarkish M. Midwife-led psycho-education intervention to reduce childbirth fear: a quasi-experimental study. *Health Educ. Res.* 2024;39(3):245-53.
13. Mehra P, Kaul G, Chattanta V. Prevalence of Tokophobia among Pregnant Women Electing for Normal Vaginal Delivery and Caesarean-section: A Cross-sectional Study. *J. Clin. Diagn. Res.* 2024;18 Supl 1:25.

14. Martin C, Jones C, Marshall CA, Huang C, Reeve J, Fleming MP, et al. Fear of childbirth measurement: appraisal of the content overlap of four instruments. *J. Reprod. Infant. Psychol.* 2022;40(4):329-41
15. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery.* 2018;61:97-115.
16. Ortega C, Roldán J, Biurrun A, Castrillo MI, Vicente MM, Lluch T, et al. Miedo al parto: revisión bibliográfica de los instrumentos de medida. *Matronas Prof.* 2019;20(2):36–42.
17. Paica C, Iordăchescu D, Vladislav E, Gica C, Panaitescu AM, Peltecu G, et al. Tokophobia. Causes, symptoms and psychotherapy. *Rom. J. Med. Pract.* 2021;16(4):481-83.
18. Reyhan FA, Dağlı E. The relationship between women's personality traits and fear of childbirth, birth satisfaction, and postpartum depression. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2024;70(8):e20231730.
19. Vaajala M, Liukkonen R, Kuitunen I, Ponkilainen V, Mattila VM, Kekki M. Factors associated with fear of childbirth in a subsequent pregnancy: a nationwide case-control analysis in Finland. *BMC Women's Health* 2023;23(1):1-8.
20. Zhang T, Liu M, Min F, Wei W, Liu Y, Tong J, et al. Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):574.
21. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J. Obstet. Gynaecol.* 2009;30(3):168-74.
22. Koc AE, Colak S, Colak GV, Pusuroglu M, Hocaoglu C. Investigating fear of childbirth in pregnant women and its relationship between anxiety sensitivity and somatosensory amplification. *J. Obstet. Gynaecol.* 2021;41(2):217-23.
23. Lennon R. Pain management in labour and childbirth: Going back to basics. *Br. J. Midwifery.* 2018;26(10):637-41.
24. Gómez PM, Martínez JAH, Rojas JG, López EI. Cesárea: beneficios y riesgos. *Med Sur.* 2009;16(4):181-84.
25. Shorten A, Dumont A, Dugas MM, de Loenzien M. Cesárea o parto vaginal. Tomar una decisión informada. 2022.
26. Mascarenhas CH, Soares CL, Pinheiro WF, Soares C, de Oliveira V, Fulgêncio AH, et al. Pregnant women autonomy when choosing their method of childbirth: Scoping review. *PLOS ONE.* 2024;19(7):1-15.

27. Lupu VV, Miron IC, Raileanu AA, Starcea IM, Lupu A, Tarca E, et al. Difficulties in Adaptation of the Mother and Newborn via Cesarean Section versus Natural Birth - A Narrative Review. *Life*. 2023;13(2):300.
28. Fitriana F, Ningrum AG, Izzati D, Ferdinandus ED, Sudaryanti L, Afrina V, et al. Impact of the midwife-led care model on mode of birth: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Midwifery*. 2024;32(7):370-79.
29. Mascarenhas CH, Soares CL, Soares C, Brandão LV, Oliveira GC, Fulgêncio AH, et al. Perinatal complications of the maternal-Fetal dyad in primiparous women subjected to vaginal delivery versus elective cesarean section: A retrospective study of clinical results associated with bioethical precepts. *PLOS ONE*. 2023;18(10):e0292846.
30. Cohen WR, Robson MS, Bedrick AD. Disquiet concerning cesarean birth. *J. Perinat. Med*. 2023;51(5):591-99.
31. Espinoza IB, Fritz A, Ulloa J. Operación cesárea. [Tesis doctoral]. Vizcaya: Universidad de Leioa; 2018.
32. Begum J, Mitra S. Preference and Associated Factors for Cesarean Delivery Among Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *J. Fam. Reprod. Health*. 2024;18(1):20-29.
33. Ching KY, Cueva LA, Monsalve-Mera AE. Parto por cesárea y morbimortalidad en neonatos del Hospital las Mercedes, marzo a octubre del 2019. *Rev. Exp. Med*. 2020; 6(2):119-25.
34. Colomar M, Opiyo N, Kingdon C, Long Q, Nion S, Bohren MA, et al. Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. *PLOS ONE*. 2021;16(5):1-23.
35. Choudry A, Siraj A, Tariq H, Chughtai F, Urooj U. Ethical Dilemma of Cesarean Section on Maternal Request (csmr). *Pak. Armed Forces Med. J*. 2021;71(2):535-39.
36. Reszel J, Peterson WE, Moreau D. Young Women's Experiences of Expected Health Behaviors During Pregnancy: The Importance of Emotional Support. *J. Community Health Nurs*. 2014;31(4):198-211.

5. Anexos

5.1 Anexo 1: Tríptico

Combate el miedo al parto

TOCOFOBIA

La tocofobia es un miedo intenso al parto que puede afectar a la vida diaria de la mujer. Este miedo, puede dar lugar a consecuencias muy negativas tanto para la madre como para sus bebés.

UN PARTO LIBRE Y SEGURO

Queremos conseguir que:

- 👉 Tomes el control de tu parto
- 👉 Puedas tomar tus propias decisiones con información y apoyo
- ❤️ Vivas una experiencia positiva y segura

ÚNETE A NOSOTRAS

Es por ello, que si eres una de las mujeres que padece tocofobia y estas en el tercer trimestre de embarazo, puedes formar parte de los talleres gratuitos que ofrecemos en el centro

Contacta

+34 123 456 789
Decidirenelparto@gmail.com

Centro de Salud Entrevías
Calle Campiña, 1
Madrid, España



En caso de querer información inmediata, acuda a secretaría



Nuestro parto, nuestra decisión

5.2 Anexo 2: Póster

¿MIEDO AL PARTO?

TALLERES GRATUITOS

Participa

En un taller gratuito dirigido a todas aquellas mujeres embarazadas en el tercer trimestre con miedo severo al parto

Dónde, cuándo y cómo

- Centro de Salud Entrevías
- 4 sesiones en marzo
- Acompañadas por Enfermera, Matrona y Fisioterapeuta

Inscripción al taller

Deberás ponerte en contacto a través del número de teléfono o correo electrónico, donde te enviaremos el documento de inscripción

Calle Campiña, 1
Decidirenelparto@gmail.com
+34 123 456 789



5.3 Anexo 3: Documento de inscripción al taller

Para poder participar en el proyecto, deberás rellenar los siguientes datos y entregar el documento al correo Decidirenelparto@gmail.com, o entregarlo impreso en la secretaría del Centro de Salud

Entrevías:

NOMBRE	
APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
TELÉFONO DE CONTACTO	
CORREO ELECTRÓNICO	
SEMANAS DE GESTACIÓN	

¿ES SU PRIMERA GESTACIÓN? sí NO

¿HAS TENIDO EXPERIENCIAS DE PARTO PREVIAS? sí NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA?

¿CONSIDERA QUE PADECE MIEDO GRAVE AL PARTO? sí NO

¿TIENE DECIDIDO EL TIPO DE PARTO QUE QUIERE? sí NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", EXPLÍQUENOS CUÁL Y POR QUÉ

¿QUÉ TE MOTIVA A INSCRIBIRTE EN ESTE TALLER?

CONSENTIMIENTO:

Doy mi consentimiento para participar en este taller y recibir información relacionada

Consiento que mis datos sean tratados exclusivamente para la organización del taller

En Madrid, a _____ de _____ del 20____

Firmado:

5.4 Anexo 4: Evaluación de la estructura y el proceso

Querida participante,

Tras haber realizado las cuatro sesiones que conforman el proyecto educativo, le agradeceríamos que nos permitiera conocer su opinión acerca de este. Para ello, a continuación le presentamos un breve cuestionario anónimo, el cual valoraríamos que respondiera con sinceridad y de forma constructiva:

1. ¿Cómo piensa que ha sido el lugar donde se han realizado las sesiones?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

2. ¿Cómo piensa que ha sido el número de asistentes?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

3. ¿Cómo piensa que ha sido su llamamiento a formar parte de este proyecto?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

4. ¿Cómo piensa que ha sido la calidad educadora de los docentes?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

5. ¿Cómo piensa que ha sido la actitud de los docentes?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

6. ¿Cómo piensa que han sido los horarios y fechas del proyecto?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

7. ¿Cómo evalúa el número de sesiones realizadas?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

8. ¿Cómo evalúa los contenidos transmitidos en las sesiones?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

9. ¿Cómo piensas que han sido las técnicas de enseñanza?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

10. ¿Cómo piensas que han sido los materiales utilizados en cada sesión?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

11. ¿Cómo piensas que ha sido tu participación durante las sesiones?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

12. ¿Cómo valoras la organización general del proyecto?

Excelente Bueno Aceptable Mejorable Deficiente

En caso de que la respuesta no haya sido excelente, ¿qué podría mejorarse?

5.5 Anexo 5: Evaluación del área cognitiva

Queridas mujeres:

Hemos creado un test para vosotras, de conocimientos básicos sobre los que aprenderéis a lo largo de las sesiones próximas. Es por ello que, nos gustaría que lo realizaseis dos veces: una de ellas antes de iniciar la primera sesión, y la otra a su finalización, para comprobar la utilidad y calidad de nuestro proyecto. Tras su realización, deberéis entregárnoslo. Se lo mostramos a continuación:

1. ¿Qué es la tocofobia?

- A) Un miedo que todas las mujeres tienen antes de dar a luz
- B) Una complicación médica del embarazo
- C) Un miedo intenso que puede afectar a la vida cotidiana de las mujeres
- D) Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál no es una consecuencia de la tocofobia?

- A) Molestias abdominales
- B) Felicidad extrema al dar a luz
- C) Trabajo de parto más doloroso
- D) Pesadillas

3. ¿Cuáles son los principales tipos de tocofobia?

- A) Primaria y secundaria
- B) Aguda y crónica
- C) Leve y severa
- D) No tiene subtipos

4. ¿Cuál es la prevalencia global de tocofobia?

- A) 10%
- B) 13%
- C) 14%
- D) 15%

5. ¿Qué opciones de parto pueden elegir las mujeres?

- A) Únicamente cesárea
- B) Solo parto vaginal
- C) Cualquiera de las dos según su elección y situación médica
- D) Todas son falsas

6. ¿Cuál es un beneficio de un parto vaginal?

- A) Recuperación más rápida
- B) Mayor riesgo de infecciones
- C) Menor impacto en futuros embarazos
- D) La opción A y C son correctas

7. ¿A cuál de los siguientes recursos no se recomienda acceder una mujer con tocofobia?

- A) A la matrona
- B) Al fisioterapeuta
- C) A la pareja o familiares cercanos
- D) Pueden recurrir a cualquiera de ellos

8. ¿Qué impacto puede tener la tocofobia en la toma de decisiones respecto al parto?

- A) No influye, pues todas las mujeres siguen únicamente las recomendaciones de su médico
- B) Habitualmente aumenta la probabilidad de que las mujeres elijan el parto vía vaginal
- C) Aumenta la probabilidad de que las mujeres elijan someterse a una cesárea sin indicación médica
- D) Todas son correctas

5.6 Anexo 6: Respuestas correctas del área cognitiva

1. ¿Qué es la tocofobia?

- A) Un miedo que todas las mujeres tienen antes de dar a luz
- B) Una complicación médica del embarazo
- C) Un miedo intenso que puede afectar a la vida cotidiana de las mujeres**
- D) Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál no es una consecuencia de la tocofobia?

- A) Molestias abdominales
- B) Felicidad extrema al dar a luz**
- C) Trabajo de parto más doloroso
- D) Pesadillas

3. ¿Cuáles son los principales tipos de tocofobia?

- A) Primaria y secundaria**
- B) Aguda y crónica
- C) Leve y severa
- D) No tiene subtipos

4. ¿Cuál es la prevalencia global de tocofobia?

- A) 10%
- B) 13%
- C) 14%**
- D) 15%

5. ¿Qué opciones de parto pueden elegir las mujeres?

- A) Únicamente cesárea
- B) Solo parto vaginal
- C) Cualquiera de las dos según su elección y situación médica**
- D) Todas son falsas

6. ¿Cuál es un beneficio de un parto vaginal?

- A) Recuperación más rápida
- B) Mayor riesgo de infecciones
- C) Menor impacto en futuros embarazos
- D) La opción A y C son correctas**

7. ¿A cuál de los siguientes recursos no se recomienda acceder una mujer con tocofobia?

- A) A la matrona
- B) Al fisioterapeuta
- C) A la pareja o familiares cercanos
- D) Pueden recurrir a cualquiera de ellos**

8. ¿Qué impacto puede tener la tocofobia en la toma de decisiones respecto al parto?

- A) No influye, pues todas las mujeres siguen únicamente las recomendaciones de su médico
- B) Habitualmente aumenta la probabilidad de que las mujeres elijan el parto vía vaginal
- C) Aumenta la probabilidad de que las mujeres elijan someterse a una cesárea sin indicación médica**
- D) Todas son correctas

5.7 Anexo 7: Evaluación del área de habilidades

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
Expresa sus preocupaciones y deseos con claridad					
El tono de voz que utiliza es calmado y firme					
La escucha al profesional es activa					
Realiza preguntas al profesional sanitario					
Evita el uso de expresiones agresivas o demasiado sumisas					

5.8 Anexo 8: Evaluación del área emocional

1. Una vez realizada la sesión, ¿Cómo te sientes respecto al parto?
 - Igual que antes, no ha cambiado nada
 - Me encuentro más tranquila
 - Me siento más ansiosa
2. ¿Sientes que ahora tienes un poco más control de la situación?
 - Sí, un poco más
 - No, sigo exactamente igual que antes de realizar el taller
 - No estoy segura
3. ¿Te sientes más segura para hablar con el personal sanitario sobre tus preferencias?
 - Sí, un poco más
 - No, sigo exactamente igual que antes de realizar el taller
 - No estoy segura
4. ¿Crees que las técnicas de respiración que has aprendido te ayudaran durante el parto?
 - Sí, lo creo
 - No, pienso que no me va a ser útil
 - No estoy segura
5. ¿Sientes que estas más preparada para afrontar la situación de parto?
 - Me siento igual que antes, no ha cambiado nada
 - Me siento un poco más preparada
 - No estoy segura

En el siguiente espacio, podrás expresar tus sentimientos y preocupaciones. Además, si quiere, podrá escribir sugerencias, ruegos o peticiones para futuros talleres:

5.9 Anexo 9: Evaluación del objetivo general

¡Hola de nuevo!

Hace unos meses, realizasteis un taller de cuatro días enfocado en el parto. Y es así, que si todo ha ido bien, ya habréis dado a luz. Es por eso que, nos sería de gran utilidad que rellenarais este pequeño cuestionario relacionado con lo que habéis vivido:

1. ¿Qué tipo de parto tuviste finalmente?

- Parto vaginal
- Parto por cesárea
- Cesárea de emergencia

2. ¿Te sentiste libre y capacitada para poder elegirlo?

- Me sentí libre y capacitada
- Me sentí libre pero no capacitada
- No me sentí libre pero sí capacitada
- No me sentí ni libre ni capacitada

3. ¿Piensas que el taller pudo influir en tu decisión?

- Sí, sin duda alguna
- No, no influyó en absoluto
- No estoy segura

4. ¿Piensas que el taller ha hecho que te replantees cosas respecto al parto?

- No me ha hecho replantearme nada
- Me ha hecho replantearme algunas cosas
- No estoy segura

5. Durante el parto, ¿utilizaste alguna de las herramientas que proporcionamos en el taller?

- Sí
- No

6. En caso de haber utilizado alguna de ellas, ¿Cuál o cuáles han sido?

7. ¿Sientes que conseguiste enfrentar mejor tu miedo al parto?

- Sí
- No
- No estoy segura

8. ¿Cómo valorarías la utilidad del taller en tu experiencia real de dar a luz?



9. ¿Recomendarías la realización del taller a otras mujeres?

- Sí, lo recomendaría
- No, no lo recomendaría

10. En caso de que no lo recomendará, cuéntenos el por qué:

--