



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Repercusión de la tocofobia en la
experiencia perinatal y la salud mental de
la mujer***

Alumno: Lucía Hombrados Rull

Director: Jade Magdaleno García

Madrid, Abril 2024

INDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Presentación.....	5
2. Estado de la cuestión.....	6
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	7
2.1.1. ¿Qué es la tocofobia y que tipos existen? ¿Qué otras fobias pueden padecer las mujeres durante	7
2.1.2. Ansiedad y depresión.....	8
2.1.3. Epidemiología.....	8
A. Etiología y prevalencia.....	8
2.1.4. Papel de la enfermería en el proceso de embarazo en mujeres con fobias.....	9
2.1.5. Trastornos vinculados a las fobias.....	12
A. Trastorno obsesivo-compulsivo.....	12
i. Trastorno obsesivo-compulsivo en el embarazo.....	13
ii. Manifestaciones del trastorno obsesivo-compulsivo.....	14
B. Trastorno de pánico.....	15
2.1.6. Tratamiento.....	16
A. Farmacológico.....	16
i. Ansiedad y depresión.....	17
ii. Trastorno obsesivo-compulsivo.....	18
iii. Trastorno de pánico.....	18
B. No farmacológicos.....	18
2.1.7. Vivencia del padre.....	19
2.2. Justificación.....	21
3. Población, captación.....	22
3.1. Población diana.....	22
3.2. Captación.....	22
4. Objetivos.....	24
5. Contenidos.....	25
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	26
7. Evaluación.....	34
7.1. Evaluación y estructura del proceso.....	34
7.2. Evaluación de resultados.....	34

8. Bibliografía.....	36
----------------------	----

Anexos

Anexo 1: Cuestionario de captación para el taller de mujeres en la consulta.....	39
Anexo 2: Folleto informativo.....	43
Anexo3: Cuestionario para los docentes de las sesiones impartidas.....	44
Anexo 4: Cuestionario de evaluación de la estructura y el proceso de las sesiones....	45
Anexo 5: Cuestionario tipo test de evaluación de conocimientos.....	46
Anexo 6: Cuestionario para evaluar los objetivos de aptitudes y habilidades.....	47
Anexo 7: Cuestionario de evaluación tras 8 meses.....	48

Resumen

Introducción: la tocofobia, junto con el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de pánico, afectan significativamente a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Los tratamientos y el apoyo a la mujer son cruciales para un mejor afrontamiento de estas etapas.

Objetivos: minimizar la sintomatología de las fobias, TOC y trastorno de pánico en embarazo y puerperio, así como enseñar estrategias para el manejo de dichas afecciones.

Metodología: se hará mediante un proyecto de educativo, de seis sesiones, en el Centro de Salud de San Fernando de Henares, dirigido a mujeres que padezcan tocofobia o trastornos vinculados a esta.

Implicaciones para la práctica de enfermería: la figura de la matrona es imprescindible en el embarazo y puerperio de estas mujeres para darles apoyo y orientarlas, además de en el desarrollo de su función como educadora para la salud.

Palabras clave: tocofobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, puerperio, ansiedad y parto.

Abstract

Introduction: Tocophobia, along with obsessive-compulsive disorder and panic disorder, significantly impact women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Treatments and support for women are crucial for better coping with these stages.

Objectives: To minimize the symptoms of phobias, OCD, and panic disorder during pregnancy and the postpartum period, as well as to teach strategies for managing these conditions.

Methodology: This will be accomplished through an educational project consisting of six sessions at the San Fernando de Henares Health Center, aimed at women suffering from tocophobia or related disorders.

Implications for nursing practice: The presence of the midwife is essential during pregnancy and the postpartum period for these women to provide support, guidance, and education, in addition to fulfilling their role as health educators.

Keywords: Tocophobia, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, postpartum, anxiety, and labor.

1. Presentación

He decidido elegir este tema, Tocofofia y otras fobias específicas relacionadas con la etapa perinatal, porque son muchas las mujeres a las que el embarazo y momento del parto les genera un miedo y ansiedad enorme sufriendo situaciones muy incómodas e incluso traumáticas en algunos casos.

Por eso me parece que como enfermeras tenemos un papel muy importante en este proceso de embarazo y parto, acompañando a la mujer y tratando con ella todas esas fobias y miedos que padezcan, llevando a cabo un plan o tratamiento para que llegado el momento de la verdad ellas lo vivan de una forma más calmada e incluso, y si se consigue, con ilusión.

Otro motivo por el que he elegido este tema es porque las fobias que existen son muy amplias, hay mujeres que les da miedo el momento exacto del expulsivo, otras que salga algo mal durante el parto, otras les da miedo el siempre hecho de tener que estar en el hospital, la sangre, las agujas, el no poder estar acompañadas... por eso me parece interesante poder tratar y conocer cada una de estas fobias.

Por último, decir que los métodos que se pueden utilizar para tratar estas fobias son muy variados y diferentes, teniendo más facilidad para adaptarnos a la situación que cada mujer presente y hacer del proceso un momento agradable y llevadero.

Agradecimientos

A mi madre y a mi padre por creer en mí en todo momento, además de darme ánimo, ayuda y apoyo incondicional en esta y en todas las etapas de mi vida.

A mis amigas, porque han hecho de esta etapa una experiencia única, por haber sido mi refugio en momentos de cansancio y presión, así como compañeras de risas, confidencias y momentos inolvidables. Estoy muy orgullosa de vosotras y de las profesionales en las que estáis a punto de convertirlos.

A mis profesores, por haberme acompañado en mi etapa académica inculcándome vuestros conocimientos y pasión por la enfermería. Y en especial a Jade, la tutora de este proyecto, porque sin su dedicación, paciencia y ayuda no habría sido posible poner fin a esta etapa.

2. Estado de la cuestión

Para desarrollar el estado de la cuestión, se empezará exponiendo los conceptos de tocofobia, sus tipos, así como otros tipos de fobias y trastornos, tales como el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de pánico, que afectan a la mujer durante el embarazo y después de este.

También se presentará la epidemiología mediante la prevalencia y los factores de riesgo, así como las medidas terapéuticas y los síntomas más característicos que experimentan las mujeres.

Por último, se abordará el papel de la enfermería en el transcurso del embarazo en las mujeres que presentan estas fobias y trastornos. También se tratará la posición del padre y las fobias y miedos que este pueda sentir.

Para el desarrollo de esta búsqueda bibliográfica se han utilizado EBSCO, PubMed y SciELO como bases de datos.

Los filtros de búsqueda más utilizados para realizar la búsqueda han sido los de fecha de publicación con una antigüedad máxima de 5 años. Dado el gran volumen de documentación encontrada he seleccionado aquellos diseños que aportan mayor evidencia científica o que se ciñan a lo requerido para este proyecto, como son las revisiones sistemáticas, pero también meta – análisis y ensayos controlados aleatorios (Randomized Controlled Trial), sin embargo, dada la poca documentación encontrada en alguno de los campos investigados en este TFG con esta antigüedad, el filtro de fecha de publicación se ha ampliado hasta 8 años.

Los MeSH más utilizados han sido ansiedad, embarazo, fobias, parto, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico y periodo postparto. Los DeSC más usados han sido anxiety, pregnancy, phobic disorders, labor, Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, Postpartum Period.

En cuanto a los booleanos utilizados, una gran parte han sido con AND, usando el booleano OR en escasas ocasiones y en ninguna el NOT.

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

2.1.1. ¿Qué es la tocofobia y que tipos existen? ¿Qué otras fobias pueden padecer las mujeres durante el embarazo?

La tocofobia ha sido definida como un trastorno psicológico donde la mujer padece un miedo extremo al parto. Puede afectar desde la infancia hasta la vejez. (Demšar et al., 2018).

En cuanto a los tipos de tocofobia se pueden clasificar en dos:

- Tocofobia primaria: miedo irracional al parto cuando se produce antes de este e incluso antes del embarazo.
- Tocofobia secundaria: se produce después de tener una experiencia negativa tras el parto.

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes entre las mujeres, siendo las fobias específicas uno de los tipos de ansiedad que con más frecuencia aparecen durante el embarazo. (Nath, Busuulwa, Ryan, Challacombe, & Howard, 2020).

Según el DSM – V, a parte de la tocofobia, existen más fobias específicas que también se dan durante el embarazo, como la emetofobia, la fobia a la sangre, inyecciones o agujas, recogidas en la Tabla 1.

Emetofobia	Miedo a vomitar. Se ha asociado a evitar el embarazo, la interrupción de este, a procedimientos quirúrgicos o a la anestesia general.
Fobia a las agujas	Esta fobia puede llevar a las mujeres a retrasar su visita a las consultas médicas necesarias durante el embarazo, así como los análisis de sangre y las inyecciones en el caso de estas ser necesarias. Todo esto puede desencadenar en peores resultados obstétricos y prenatales tales como la prematuridad, niños pequeños para la edad gestacional y comorbilidad.
Nosocomefobia	El miedo a los hospitales. Su presencia impide a las mujeres acceder a los servicios médicos durante el embarazo.

Tabla 1. Distintos tipos de fobias específicas. Tabla de elaboración propia a partir de (Nath, Busuulwa, Ryan, Challacombe, & Howard, 2020)

2.1.2. Ansiedad y depresión

Uno de los factores que favorece la aparición de fobias o que tienen un fuerte vínculo con las mismas son la depresión y la ansiedad.

Aproximadamente una de cada cinco mujeres embarazadas padece depresión, repercutiendo esto de manera mayoritariamente negativa sobre el embarazo y el puerperio.

Existen diversos factores de riesgo que favorecen la aparición de la depresión: la edad de la mujer, el bajo nivel educacional, haber sufrido abortos previos, que la mujer padezca mucho estrés... estos factores influyen en el estado hormonal de la futura madre, unido además a los cambios propios del momento que está viviendo, repercutiendo en el momento del parto y postparto. Todo esto supondrá a la mujer un incremento de miedos y preocupaciones que sin el padecimiento de la depresión podrían no surgir. (The structure of mood and anxiety disorder symptoms in the perinatal period - ScienceDirect.).

La ansiedad aparece también antes y durante el embarazo, e incluso puede aumentar su prevalencia durante el mismo.

Algunos estudios revelan que la ansiedad, antes del nacimiento del bebé, e incluso de manera previa al embarazo, se puede traducir en un aumento de los nacimientos pre-término, bajo peso del recién nacido, un menor perímetro cefálico...

Ambas patologías tienen una gran influencia en la mujer a la hora de desarrollar fobias durante el embarazo y postparto, es por eso por lo que dar un tratamiento adecuado e individualizado a cada paciente es de vital importancia. (Khanghah, Khalesi, & Hassanzadeh Afagh, 2020).

2.1.3. Epidemiología

A. Etiología y prevalencia

Un estudio reciente mediante el uso de Wijma Delivery Expectancy Questionnaire, el instrumento más utilizado para medir el miedo al parto, (Nunes, Coutinho, & Santos, 2021) ha expuesto que la prevalencia de la tocofobia a nivel mundial es del 14%, y la presencia de fobias en el embarazo se encuentra entre en 3,2 % y el 19,9% produciéndose, sobre todo, en las primeras etapas de este. (Nath, Busuulwa, Ryan, Challacombe, & Howard, 2020).

Los factores de riesgo que más predisponen a padecer estas fobias son la ansiedad y la depresión, pero también existen otros muchos como la existencia de trastornos psiquiátricos, el bienestar en las relaciones interpersonales, experiencia de abuso sexual, experiencias traumáticas en partos anteriores, el estrés o la falta de apoyo social. (Dencker et al., 2019).

Otros factores de riesgo son: el estrés postraumático, la infertilidad, tener un parto previo prolongado y complicado, el uso de epidural y complicaciones obstétricas, así como causas condicionantes personales, internas o externas de la mujer (salud mental, trastornos de ansiedad y experiencias previas de traumas y abusos, desempleo y problemas económicos).

Si hiciéramos una pequeña distinción entre las nulíparas, multíparas y primíparas descubriríamos que tienen miedos similares pero que las causas son distintas. Para todas ellas este tipo de fobias tienen consecuencia en su salud, en el trabajo de parto y en el postparto.

El miedo a perder el control y el miedo al dolor intolerable se encuentran entre los factores determinantes para las mujeres a la hora de elegir el modo de parto preferido. Muchas hacen alusión a su preferencia por el parto vaginal, pero este miedo irracional es lo que las llevaría a elegir la cesárea. (Demšar et al., 2018).

El embarazo es un momento delicado para la mujer, es un periodo durante el cual sufre importantes cambios a nivel fisiológico y psicológico. Esto genera en algunas mujeres gran ansiedad que interfiere en la gestación, pudiendo suponer un riesgo para su vida cotidiana y para el feto.

Hay mujeres que experimentan trastorno de ansiedad por primera vez en el embarazo y otras que ya lo padecían previamente, siendo estas últimas las más propensas a desarrollar cambios en su estado mental durante el mismo.

Los estudios revelan que las mujeres que padecen este tipo de trastornos son más susceptibles a sufrir trastornos de pánico, sobre todo en el primer y segundo trimestre de embarazo, así como trastorno obsesivo-compulsivo en el segundo trimestre. Además, también pueden padecer fobias específicas como ansiedad social y estrés postraumático. (Viswasam, Eslick, & Starcevic, 2019).

Por último, mencionar que también existen factores de protección como son el mantener una relación estable o la duración de la relación de pareja. Esto lleva a las mujeres a un estado donde son capaces de gestionar mejor un embarazo no planeado (Dencker et al., 2019).

2.1.4. Papel de la enfermería en el proceso de embarazo en mujeres con fobias

El papel de la enfermería en el proceso de embarazo de las mujeres que tienen tocofobia u otras fobias, así como trastornos asociados, es esencial. Son muchas las ocasiones en las que la figura de un profesional que transmita apoyo genera en la paciente una tranquilidad que se refleja en una vivencia más positiva del embarazo.

Esto hay que tenerlo aún más en cuenta si tratamos con mujeres que están viviendo el proceso de embarazo como un momento traumático, que se sienten vulnerables ante un proceso desconocido o ante una experiencia que ya han vivido y recuerdan negativamente.

El miedo y la ansiedad que se generan ante el parto durante el embarazo, de forma moderada, puede llegar a formar parte del proceso que la mujer está viviendo.

En ocasiones esto mismo desencadena en un miedo irracional al embarazo provocado por no estar en una condición óptima para el parto: la creencia de que su pelvis es demasiado estrecha, el miedo a abandonar el hospital, no ser capaz de respirar y empujar de manera adecuada, sentirse sola, miedo a las complicaciones, miedo a que el bebé o ella mueran en el proceso (Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions - ScienceDirect.) Todo esto tiene como consecuencia un parto de duración prolongada, mayor uso de analgésicos, mayor tasa de cesáreas y cesáreas de urgencias o que las mujeres se decanten directamente por este procedimiento para dar a luz. (Sydsjö et al., 2015).

El hecho de que una mujer padezca tocofobia aumenta los factores de riesgo para desarrollar síntomas de estrés postraumático, así como otras fobias o complicaciones en el puerperio. Esto lleva a muchas mujeres a no querer tener hijos o retrasar mucho los futuros embarazos. (Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions - ScienceDirect.)

Por ello, una buena educación a nivel psicológico y cognitivo por parte de las matronas y mediante un trabajo interdisciplinar, contando con psicólogos y ginecólogos, puede cambiar estos pensamientos y sus respectivas consecuencias.

El trabajo de la matrona es fundamental y numerosos estudios demuestran que un seguimiento por su parte durante el embarazo tiene efectos positivos en el trabajo de parto, reduce el uso de analgésicos durante el mismo, así como la probabilidad de que termine en cesáreas. Además, estas mujeres experimentan un mejor control durante el parto y tienen menos pensamientos y sentimientos negativos respecto a este, reduciendo el uso de epidural y óxido nítrico. (Sydsjö et al., 2015).

El objetivo de la profesional es apoyar a la mujer para que consiga una experiencia positiva y mantener la salud del niño y de la mujer, independientemente del modelo de parto elegido llegado el momento. Su papel se centra también en escuchar, apoyar, aconsejar y ayudar a superar sus temores.

Los factores cognitivos son esenciales para superar los miedos, por eso las intervenciones deben centrarse en ellos. Algún ejemplo sería trabajar en la creencia de que la mujer puede, mediante su comportamiento, mejorar el trabajo de parto.

En el papel de las matronas está el ser consciente de que estos temores pueden estar presentes en la mujer, estar alerta porque quizás no se desarrollan desde el inicio del embarazo, sino en el transcurso de este, siendo importante saberlos identificar a tiempo.

Por ello deben pedirle que rellenen formularios para evaluar el grado en que estos afectan, hablar con ellas preguntando por estos temores y, en caso de padecerlos, llevar a cabo las actuaciones pertinentes.

También deben ser conocedoras de planes de prevención para conseguir que, llegado el momento del parto, la mujer lo afronte de la manera más calmada posible y con todos sus miedos, fobias y temores controlados. (Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions - ScienceDirect.).

Mediante la realización de numerosos estudios donde se investigaba la influencia del apoyo de la matrona a estas mujeres, se llegó a la conclusión de que existen numerosas técnicas, métodos y protocolos que los profesionales podían utilizar con el fin de lidiar con estas situaciones.

Uno de estos estudios se llevó a cabo con catorce mujeres que padecían miedo irracional al parto. Todas ellas recibieron asesoramiento basado en la psicoeducación y terapia cognitivo - conductual. También se les ofreció apoyo continuo de dos matronas experimentadas y con formación específica en el tratamiento psicológico de mujeres que lo padecen.

De la realización de dicho estudio surgió un protocolo que consistía en lo siguiente:

- En primer lugar, la mujer y su pareja eran invitados al paritorio junto con la matrona que se le había asignado, y allí se les explicaba todo el material que se iba a utilizar, su función y se hacía una breve demostración si así lo quería la mujer. El objetivo de esto era responder a las dudas y miedos que tuviera la futura madre con el fin de tranquilizarla y prepararla para los acontecimientos que pudieran surgir durante el parto.
- En segundo lugar, se le ofrecía una segunda visita a la sala de partos si la mujer lo deseaba y se le animaba a recibir más información por parte de la matrona.
- En tercer lugar, se redactó un plan de parto junto con el ginecólogo, aunque se le advirtió de que quizás luego, lo redactado en este plan, no podría llevarse a cabo exactamente igual a lo descrito.
- Por último, el ginecólogo responsable ofreció apoyo psicosocial por parte del profesional correspondiente.

Con la realización de este estudio y otros similares se llegó a la conclusión de que las mujeres con miedo irracional al parto notan mejoría cuando se les proporciona apoyo constante durante el embarazo por parte de la matrona. Esta mejoría se hace patente, tanto en la reducción de este miedo irracional, como en la ansiedad provocada por la situación que están viviendo. (Sydsjö et al., 2015).

Otro papel que debe tener la matrona es el de darle voz a la mujer. Las mujeres deben mostrarse colaborativas, saber expresar y transmitir con claridad aquellas cosas que más le preocupan y dejar claro que quieren trabajar para reducir este miedo irracional. La intervención más frecuente es plantear la intención de tener un parto normal y tratar de aumentar la autoeficacia en el parto. (Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions - ScienceDirect.).

2.1.5. Trastornos vinculados a las fobias

Las mujeres que durante el embarazo padecen tocofobia u otras fobias y/o miedos son más susceptibles de desarrollar durante el mismo y el puerperio trastornos asociados, como el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de pánico.

A. Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se define como un trastorno de ansiedad caracterizado por obsesiones y compulsiones.

Su prevalencia en la población general es de entorno al 2%.

Según el DSM V, no son simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real, sino que la persona intenta ignorar o reprimir tales pensamientos.

- Las obsesiones: son pensamientos, impulsos o imágenes que se experimentan, en algún momento, como perturbación de manera intrusiva e inapropiada y que generan ansiedad y angustia.
- Las compulsiones: son comportamientos o actos mentales repetitivos que una persona realiza como respuesta a una obsesión, o acorde a unas reglas que deben cumplirse estrictamente.

Las personas que padecen TOC son conscientes de que estas obsesiones y compulsiones son excesivas e irracionales, además les supone una gran pérdida de tiempo e interfieren de manera significativa en su día a día, relaciones y actividades sociales.

i. Trastorno obsesivo-compulsivo en el embarazo

Si nos centramos en la mujer embarazada y el puerperio podemos decir que, en el periodo perinatal, se produce un aumento de la incidencia del TOC y la exacerbación de los síntomas preexistentes (Zambaldi et al., 2009) con un inicio rápido y un aumento significativo del contenido de estos. (Miller & O'Hara, 2020).

Su incidencia presenta tasas del 3 % - 10% en el periodo postparto.

La diferencia más significativa entre los síntomas del TOC en otros periodos de la vida y el periodo postparto es el tipo de síntomas ya que, en este último periodo, suelen estar relacionados con el recién nacido y la posibilidad de hacerle daño. (Miller & O'Hara, 2020).

Uno de los factores que definen el TOC es la presencia de pensamientos intrusivos. Uno de los más frecuentes es dañar accidental e intencionadamente al bebé. (Miller & O'Hara, 2020).

Los síntomas más claramente significativos y los pensamientos intrusivos más graves difieren de los pensamientos intrusivos inofensivos en que tienen una mayor duración y/o frecuencia, que generan un mayor nivel de angustia, una mayor cantidad de deterioro asociado a la aparición de estos pensamientos, además de la valoración de los pensamientos intrusivos como significativos y no como imágenes mentales irracionales.

De acuerdo con la teoría cognitivo – conductual, los pensamientos intrusivos tienen el potencial de convertirse en obsesiones clínicamente significativas si se interpretan como verdaderas, generando mucho malestar en las mujeres postparto. Para ello se utilizan estrategias conductuales para reducir la angustia y el riesgo percibido.

Es importante comprender los pensamientos en el contexto de la ansiedad postparto ya que las mujeres que lo padecen, en comparación con las que no lo sufren, tienen menos posibilidades de relacionarse con su bebé, amamantarlo y reaccionar rápidamente ante señales de alarma de este.

Esto puede resultar un problema porque la receptividad materna, el comportamiento oportuno y la adecuada respuesta de la madre ante el comportamiento del bebé, toma mucha importancia en el desarrollo de este. Estudios revelan que niveles de receptividad materna elevados se asocian con resultados positivos para el niño, como mayor sensación de seguridad y disposición a explorar el entorno, así como reforzar el vínculo madre – hijo.

La falta de implicación materna puede tener consecuencias en la socialización y un aumento en el rechazo de los mensajes de los padres sobre la disciplina y problemas posteriores de comportamiento desordenado.

Todo esto viene explicado porque las madres que tienen síntomas muy elevados de TOC son más propensas a evitar a sus bebés, reduciendo así la angustia que tienen a hacerles daño debido a los pensamientos intrusivos que padecen.

En cuanto a las obsesiones que desarrollan las mujeres en el postparto la más frecuente es la conocida como obsesión agresiva.

Esto consiste en la aparición de pensamientos intrusivos perturbadores de dañar intencionadamente al recién nacido apuñalándolo con un cuchillo, imágenes de abuso sexual del recién nacido e ideas de ahogar al bebé en la bañera.

Se dan especialmente en la depresión postparto y puerperio. En las mujeres que no sufren depresión postparto no existe un tema tan predominante de obsesión y compulsión.

Un estudio realizado a 400 mujeres que acaban de ser madres revela que el TOC es más frecuente en mujeres que cuentan con antecedentes de trastornos psiquiátricos, enfermedades somáticas o complicaciones obstétricas en el embarazo o en el parto y en las mujeres multíparas.

Las obsesiones más frecuentes son la agresividad, contaminación y las misceláneas, así como la compulsión por lavarse, limpiarse y revisarse. También que el bebé se les pueda caer al suelo, se les caiga por las escaleras, imágenes violentas del bebé muriendo asfixiado...

En cuanto a la contaminación, las madres refieren tener miedo a dañar al bebé accidentalmente a causa de productos químicos, por lo que desarrollan rituales que consisten en lavarse las manos, ducharse y limpiar la casa para evitar el contacto con los contaminantes.

Es importante distinguir entre los diferentes TOC que pueden surgir en el puerperio. La psicosis postparto incluye características psicóticas de confusión e inestabilidad entre otros síntomas y las ideas de infanticidio pueden ser parte de alguna experiencia delirante y se relaciona con un comportamiento agresivo. Por todo esto, es muy importante identificar esta sintomatología y tratarla para evitar consecuencias no deseables a corto y a largo plazo.

ii. Manifestaciones del trastorno obsesivo-compulsivo

Las manifestaciones del TOC durante el embarazo son muchas y van, desde los pensamientos intrusivos y las compulsiones, pasando por la reducción de afecto hacia sus hijos mediante actitudes evitativas por miedo a hacerles daño con las consecuencias que esto supone en el desarrollo del menor, hasta actividades tan cotidianas como la alimentación infantil.

En el periodo postparto se produce una disminución drástica del estrógeno y la falta de serotonina, además de otros factores como la falta de sueño, la fatiga y la vulnerabilidad cognitiva.

Un estudio del 2005 reflejaba que las mujeres con puntuaciones más altas en las escalas de compulsividad obsesiva adoptaban prácticas más restrictivas con sus hijos de un año.

Existen muchos impedimentos para una relación sana madre – hijo. Entre ellos los alimenticios y, en concreto, con la lactancia materna. Esto podría interferir en el vínculo afectivo, tanto hormonal, como psicológico, haciendo que las mujeres se sientan más inseguras en su papel de madre y no teniendo, ni ella ni el niño, los beneficios de la misma. (Phillips, Keim, Crerand, & Jackson, 2022).

Los síntomas de TOC suelen ir acompañados de síntomas depresivos que se han asociado con una menor duración de la lactancia, menor confianza en ella y más problemas relacionados con esta. (Phillips, Keim, Crerand, & Jackson, 2022).

Un estudio realizado con mujeres de entre 18 y 47 años reveló que las mujeres con síntomas más elevados se extraían leche unas 12 veces al día, pudiendo interferir esto en conductas de autocuidado, así como otras compulsiones tales como lavar los biberones, el cuenco o el plato del bebé, contar y organizar repetidamente la leche materna almacenada. (Phillips, Keim, Crerand, & Jackson, 2022).

B. Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se trata de un trastorno de ansiedad que suele ser frecuente en el periodo perinatal. Se ha comprobado que padecerlo durante el embarazo se asocia a menor peso al nacer y menor edad gestacional. (Aydogan, Uguz, Yakut, Bayman, & Gezginc, 2020).

Según el DSM – IV, existen doscientas sesenta y tres mujeres con diagnóstico de trastorno de pánico con o sin agorafobia. (Bandelow et al., 2006).

A pesar de no existir gran cantidad de bibliografía donde encontrar datos acerca del trastorno de pánico en el embarazo o puerperio, lo publicado refleja que el embarazo es un factor de protección, mientras que el postparto lo es de riesgo, ya que aumenta la aparición o exacerbación de este trastorno. Esto puede explicarse por influencias psicosociales y cambios hormonales. La mejora de síntomas durante el embarazo se puede explicar por la alegría y felicidad con su respectiva implicación hormonal.

Sin embargo, el aumento de síntomas durante el postparto se podría explicar por el miedo al cambio en la relación con el padre, los problemas económicos, una mayor carga de trabajo o

la reducción de tiempo de sueño. (Bandelow et al., 2006).

Además, durante este periodo, hay una menor duración de la lactancia materna y un deterioro del vínculo afectivo, al mismo tiempo que otros problemas en la alimentación de los hijos. (Aydogan, Uguz, Yakut, Bayman, & Gezginc, 2020).

Los síntomas potenciales deben ser cuidados especialmente en el periodo perinatal por los posibles efectos que estos pueden tener, tanto en el feto, como en los niños. (Aydogan, Uguz, Yakut, Bayman, & Gezginc, 2020).

En el puerperio estos síntomas empeoran entre un 35 % y un 63%, pero la gravedad de estos disminuye hasta en un 50% a partir de la sexta u octava semana después del parto. Esta reducción está relacionada con una disminución del estrés, aspectos socioculturales favorables y, sobre todo, a un mayor apoyo familiar en las primeras semanas postparto. (Aydogan, Uguz, Yakut, Bayman, & Gezginc, 2020).

A pesar de todos estos factores, los motivos principales por los que se produce el trastorno de pánico son los hormonales y el papel que juegan las hormonas en cada periodo. Durante el embarazo, las concentraciones de progesterona y estradiol aumentan hasta llegar a un máximo en el momento del parto, pero tras cuatro o cinco días se produce un fuerte descenso de esta concentración hormonal generando que, durante este tiempo, aumente la incidencia de los ataques de pánico. El cortisol aumenta durante el embarazo y vuelve a la normalidad a los quince días el mismo. (Bandelow et al., 2006).

Las repercusiones del trastorno de pánico en las mujeres se dan, sobre todo, a la hora de asesorar y gestionar el embarazo. (Bandelow et al., 2006).

2.1.6. Tratamiento

Los métodos elegidos para tratar la tocofobia y otras fobias o trastornos que la mujer desarrolla en el embarazo y puerperio pueden ser, bien farmacológicos o, por el contrario, no farmacológicos.

A. Farmacológico

Tanto si hablamos del embarazo, como del puerperio, el uso de fármacos genera controversia por dos motivos. El primero de ellos es porque en una mujer que padece una fobia y/o miedo, el uso de fármacos aliviará los síntomas, pero no solventará la etiología del problema. El segundo es porque hay muchos fármacos incompatibles con el embarazo o, en el caso del puerperio, con la lactancia materna.

i. Ansiedad y depresión

Los fármacos de elección son:

- **Benzodiazepinas:** son fármacos con efecto sedante que se utilizan para tratar la ansiedad y el insomnio. Las más utilizadas son el Lorazepam y Diazepam.(Shyken, Babbar, Babbar, & Forinash, 2019).
 - Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- En el embarazo:

Las benzodiazepinas atraviesan la placenta, aunque diversos estudios sobre estos fármacos no revelan un aumento del riesgo de malformaciones congénitas. A pesar de esto, su uso se asocia a partos prematuros < 500 gramos, edad gestacional más temprana, feto pequeño para la edad gestacional y menor perímetro cefálico, así como un mayor riesgo de parto por cesárea y la necesidad de asistencia ventilatoria neonatal. (Shyken, Babbar, Babbar, & Forinash, 2019).

Dosis altas de estos fármacos, especialmente cerca del parto, se asocian con tono muscular deficiente, mala alimentación, somnolencia y retraso en la alimentación, así como bajas puntuaciones en el Test de Apgar, mala succión e hipotermia. (Shyken, Babbar, Babbar, & Forinash, 2019).

El uso de estos fármacos tiene una fuerte relación con la aparición de hipertensión gestacional. Se ha observado que, aquellas mujeres que los consumen presentaron un riesgo tres veces mayor de preeclampsia frente a las que no lo hicieron o lo hicieron de manera ocasional. (Bernard et al., 2019).

El motivo de la repercusión de estos fármacos sobre la tensión de la embarazada puede ser su mecanismo de acción.

– En el puerperio:

En lo que respecta a la lactancia materna, los ansiolíticos llegan a la leche materna, por lo que deben utilizarse con precaución en madres que deciden dar el pecho. Los bebés que se alimentan solo de leche materna mostraron hipotonía, somnolencia y apnea.

A pesar de todo lo mencionado, varios estudios han demostrado que el uso de fármacos de manera reducida no genera efectos secundarios maternos o neonatales. (Shyken, Babbar, Babbar, & Forinash, 2019).

ii. Trastorno obsesivo-compulsivo

Al igual que hay fármacos utilizados para tratar la ansiedad en el embarazo, también existen para tratar el TOC.

Los tratamientos de primera línea para tratar el TOC son, bien tratamiento psicológico, como la terapia de exposición y prevención de respuesta, o bien el tratamiento farmacológico mediante ISRS.

Los fármacos deben ser utilizados cuando la sintomatología del TOC es muy grave y la madre no pueda o no quiera someterse a la terapia psicológica.

Los fármacos de elección para tratar el TOC son la Paroxetina y Sertralina, medicamentos eficaces y bien tolerados por estas mujeres en el postparto. También se pueden utilizar los ISRS a altas dosis.

Los ISRS son considerados seguros durante la lactancia, mientras que la Sertralina y Paroxetina se encuentran en concentraciones bajas en la leche materna. Por ello se anima a las mujeres a extraerse la leche antes de tomarse la dosis de la mañana. (Brakoulias, Viswasam, Dwyer, Raine, & Starcevic, 2020).

iii. Trastorno de pánico

En cuanto al tratamiento farmacológico para tratar el trastorno de pánico debemos hacer distinción:

Por un lado, aquella medicación que puede ser profiláctica en las mujeres con mayor riesgo, como los antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, compatibles con la lactancia materna.

Por otro lado, el uso de benzodiazepinas ansiolíticas. Si estas se usan de manera prolongada y en dosis altas, se debe interrumpir la lactancia (Bandelow et al., 2006).

B. No farmacológicos

Otras formas para tratar estas fobias y miedos durante el embarazo de la mujer son los métodos no farmacológicos. Muchos estudios revelan que son más eficaces y beneficiosos que los tratamientos farmacológicos.

La terapia cognitivo conductual es un enfoque psicoterapéutico que consiste en sesiones estructuradas y de duración limitada. El enfoque se basa en el modelo cognitivo según el cual, las cogniciones distorsionadas o disfuncionales que afectan al estado de ánimo y al comportamiento del paciente, son comunes a todos los trastornos psicológicos.

Los cambios en el pensamiento producen una mejora en el estado de ánimo y del comportamiento. Además de identificar y reestructurar pensamientos disfuncionales, el enfoque abarca técnicas de regulación emocional y cambio conductual.

Entre las técnicas utilizadas podemos mencionar la psicoeducación, la confrontación empática, la exposición y la relajación.

Este tipo de terapias pueden disminuir las cesáreas innecesarias reduciendo el miedo al parto y el dolor y aumentando la percepción de autoeficacia.

La terapia cognitivo conductual basada en internet y el programa Mindfulness – Baes Childbirth Education se encuentran entre las más utilizadas.

Otras intervenciones y programas que se llevan a cabo son la psicoeducación, la exposición y la educación perinatal. Esta última es muy importante para que la mujer conozca la fisiología del embarazo y parto, así como la capacidad de su propio cuerpo para afrontarlos. Esto ayuda a gestionar las creencias disfuncionales sobre el parto.

Según la Asociación Americana de Psicología, las fobias específicas se mantienen debido a la evitación del estímulo fóbico que hace que el individuo no tenga la posibilidad de desarrollar tolerancia al miedo. Esta evitación puede darse mediante técnicas de distracción.

Las técnicas de exposición que se ponen en práctica con las futuras madres consisten en enfrentarlas al miedo que sienten mediante la escucha de relatos de otras mujeres y ver imágenes o videos relacionados con el parto.

El establecimiento de un plan de parto favorece una mayor confianza y sensación de control con relación a ese momento. La percepción de tener control de sí misma, su cuerpo y la actuación de las profesiones sanitarias sobre el mismo, se relacionan positivamente con una mayor satisfacción con el parto. (Nunes, Coutinho, & Santos, 2021).

2.1.7. Vivencia del padre

La figura del padre durante el embarazo ha cambiado notablemente. Actualmente, el 96% de ellos están presentes durante el parto. Su mayor presencia ha coincidido con una evolución en la percepción del papel del padre.

Entorno al 13% de los padres padecen miedo patológico al parto. Este, con herramientas como el cuestionario Wijma de expectativa / Experiencia de Parto, se puede clasificar en leve, moderado o grave.

En ocasiones, los hombres son reacios a expresar y comunicar sus temores en torno al parto y la paternidad ya que se consideran un apoyo para su pareja y sienten que no pueden fallarle, aunque cada vez se muestran más seguros a la hora de mostrarlos.

Cuando los padres viven el parto como un acontecimiento traumático, puede afectar negativamente en su salud postnatal. Este puede ser percibido de esta manera cuando hay amenazas de lesiones graves o muerte para la madre o el hijo. Esto produce miedo intenso, impotencia y sensación de pérdida de control. Estas experiencias de pérdidas negativas pueden generar dificultades con el vínculo afectivo.

Los padres que padecen miedo al parto patológico experimentan una ansiedad severa que afecta a su funcionamiento diario y provoca angustia e impotencia, además de afectar a su capacidad para prepararse psicológicamente para la paternidad.

Se ha demostrado que la participación del padre en la vida de su hijo influye en los resultados de niño. La identificación y el tratamiento de los problemas de salud mental perinatales paternos son significativos, ya que tienen beneficio protector para toda la familia, además de mejorar los resultados en el desarrollo del niño.

Algunos de los miedos que expresan los padres son: la posibilidad de la muerte del bebé, que este nazca con alguna patología incompatible con la vida, pero también que la mujer sufra durante el parto o padezca algún problema de salud.

Por todo esto los hombres necesitan oportunidades para expresar sus miedos y ansiedades relacionados con el parto y que los profesionales validen sus temores. Se recomienda la autoeficacia de los padres con relación al parto a través de la atención y educación prenatales para mejorar su confianza y su sentimiento de preparación para este. (Walker, Blackie, & Nedeljkovic, 2021).

2.2. Justificación

El miedo irracional al parto, también conocido como tocofobia, además de otras fobias y trastornos que se vinculan con estas, como el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de pánico, tienen gran relevancia en el proceso de embarazo y puerperio de la mujer. Los factores de riesgo que se encuentran detrás de estas fobias son muchos, siendo el trastorno de ansiedad el que lo hace en mayor medida.

La prevalencia de la tocofobia a nivel mundial es del 14%, la del resto de fobias se encuentra entre un 3,2% y un 19,9%, produciéndose, sobre todo, en las primeras etapas del embarazo. La tocofobia se puede clasificar en dos tipos: primaria o secundaria, dependiendo del momento al que afecte.

El tratamiento de estas fobias y trastornos durante el embarazo y puerperio se puede llevar a cabo por vía farmacológica, con benzodiazepinas e ISRS, o no farmacológica, mediante terapia cognitivo – conductual, psicoeducación, exposición y educación perinatal. La vía farmacológica genera gran controversia por sus efectos teratógenos en el embarazo y de incompatibilidad con la lactancia materna en el puerperio.

En las mujeres embarazadas, el TOC y el trastorno de pánico, pueden suponer un gran problema a la hora de afrontar el embarazo y puerperio. En el caso del TOC, porque se agudizan las obsesiones y compulsiones, en el caso del trastorno de pánico, los síntomas disminuyen durante el embarazo y se acentúan en el puerperio, aunque no existe mucha documentación que nos aporte información de este trastorno y su efecto en las mujeres embarazadas.

Por esto, la realización de este Trabajo de Fin de Grado consiste en un proyecto educativo dirigido hacia las mujeres que padecen estas fobias y trastornos asociados a las mismas. La idea es conseguir reducirlas para que, llegado el momento del parto, este sea más llevadero y no resulte un proceso traumático. Además, también pretende enseñar a tratar el TOC y el trastorno de pánico durante el embarazo, pero, sobre todo, en el puerperio, para hacer este compatible con su padecimiento.

3. Población, captación

3.1. Población diana

- Este proyecto educativo se dirige a mujeres gestantes o puérperas con tocofobia o alguno de los factores de riesgo descrito previamente como el trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad o depresión en la etapa perinatal. Se llevará a cabo cuando acudan a la consulta de la matrona a realizar su seguimiento en el centro de salud de San Fernando de Henares.

Las sesiones impartidas a estas mujeres se realizarán de manera cíclica con una duración de 4 semanas, teniendo comienzo la primera semana del mes de octubre.

- Dicho grupo de mujeres presentará fobias que pueden estar desencadenadas por la ansiedad o la depresión previa al embarazo o surgida durante o después del mismo, así como mujeres que padezcan trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo, tanto en el embarazo, como en el puerperio.
- Será criterio de exclusión y por lo tanto no las permitirá participar en el proyecto, el no comprender y hablar con fluidez el español.
- Si tras apuntarse todas las mujeres que cumplen los criterios para participar en las sesiones quedan plazas, podrán asistir mujeres que quieran informarse sobre lo trabajado en las mismas.
 - La población que atendió el centro de salud de San Fernando de Henares en 2022 fue de 21.884 pacientes.
 - El último censo recoge que el número de habitantes del municipio es del 38.974 frente a los 38.904 con los que contaba en el año 2022. Eso refleja que la población que atenderá el centro de salud habrá incrementado levemente a consecuencia del mínimo incremento de la población. (Observatorio de resultados - portal de salud de la Comunidad de Madrid.).

3.2. Captación

- La captación de la población diana se llevará a cabo en el centro sanitario donde las mujeres van a la consulta de la matrona a realizar el seguimiento pertinente según la etapa del embarazo en la que se encuentre, haciendo especial hincapié en el primer trimestre para poder identificar a tiempo estas fobias y tratarlas con la mayor prontitud posible.

- Identificación de mujeres con tocofobia o patología descrita asociada que no haya sido captada en el primer trimestre por estar más avanzada la gestación o estar en el puerperio.
- Esto se llevará a cabo mediante la realización de cuestionarios y escalas de valoración, como el W-DEQ (Wijma Delivey Expectancy/Experience Questionnaire) (Ortiz & Juliana, 2021) ANEXO 1, para valorar si la mujer padece o no alguna fobia y/o trastorno como el obsesivo-compulsivo o de pánico. En el caso de que así sea le ofreceremos la posibilidad de participar en dicho proyecto y le entregaremos un folleto informativo para que conozca el programa y lo que este ofrece. ANEXO 2.

4. Objetivos

– Objetivo general:

Minimizar la sintomatología relacionada con las fobias en el embarazo y puerperio.

– Objetivos en conocimientos:

- Entender la fisiología de la respuesta al miedo.
- Identificar los riesgos de padecer dichas fobias y trastornos durante el embarazo, parto y puerperio.
- Distinguir los síntomas de ansiedad o depresión durante el embarazo y puerperio.
- Diferenciar las actitudes propias de la etapa vital que está viviendo de aquellas que no lo son y pueden resultar perjudiciales.
- Reconocer los beneficios y perjuicios de los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos.

– Objetivos en habilidades:

- Demostrar los conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones, aplicándolos en su día a día con el fin de reducir la sintomatología de cara al parto y puerperio.
- Practicar aquellas técnicas y medidas no farmacológicas aprendidas durante las sesiones planificadas.
- Reconocer los síntomas característicos de padecer una fobia y trastornos vinculados a estas durante el embarazo.
- Detectar de manera precoz la respuesta al temor para así poderla abordar desde el inicio.

– Objetivos en actitudes (afectiva):

- Explicar sus experiencias actuales o pasadas vividas durante el embarazo o puerperio respecto a las fobias, ansiedad, depresión y los trastornos vinculados a las primeras.
- Verbalizar sus miedos y preocupaciones ante el parto y el embarazo.
- Comunicar sus dudas con respecto a lo trabajado en las sesiones.
- Valorar la figura de la enfermera y la ayuda que esta le puede prestar durante el embarazo para hacer frente a las fobias y otras complicaciones.

5. Contenidos

- ¿Qué es la tocofobia?:
 - Tipos de tocofobia:
 - Tocofofia primaria.
 - Tocofofia secundaria.
- ¿Qué otros tipos de fobias específicas se pueden producir durante el embarazo además de la ya mencionada tocofobia?:
 - Emetofobia.
 - Fobia a las agujas o inyecciones.
 - Nosocomefobia.
 - Fobia a la sangre.
- Factores de riesgo predisponentes para padecer tocofobia:
 - Porque aquellas mujeres que padecen depresión y ansiedad antes o durante el embarazo tienen mayor predisposición a desarrollar este tipo de fobias.
 - Sintomatología de ambas.
- Trastornos vinculados a las fobias:
 - Trastorno obsesivo-compulsivo:
 - ¿Qué es el TOC?
 - Manifestaciones y sintomatología del TOC en el embarazo.
 - Trastorno de pánico:
 - ¿Qué es el trastorno de pánico?
 - Manifestaciones y sintomatología del trastorno de pánico en el embarazo.
- Figura de la enfermera:
 - Como puede la matrona ayudar a la mujer durante el embarazo a hacer frente a situaciones de miedo, estrés, fobias y otras complicaciones.
- Posición del padre en la vivencia de fobias y trastornos asociados a estas en el embarazo:
 - ¿Cómo lo vive el padre?

- Tratamiento para tratar las fobias y trastornos vinculados:
 - Farmacológicos:
 - Ventajas y desventajas de los fármacos como tratamiento de elección.
 - ¿Fármacos de elección para la ansiedad y depresión en el embarazo y en el puerperio?
 - ¿Fármacos de elección para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo en el embarazo?
 - ¿Fármacos de elección para tratar el trastorno de pánico en el embarazo y puerperio?
 - No farmacológicos:
 - Tipos de terapias y técnicas no farmacológicas utilizadas para tratar las fobias y trastornos vinculados a estas.
 - ✓ Terapia cognitivo - conductual.
 - ✓ Psicoeducación.
 - ✓ Confrontación empática.
 - ✓ Exposición.
 - ✓ Relajación.
 - ✓ Educación perinatal.
 - ✓ Técnicas de distracción.
 - ✓ Establecimiento de un plan de parto.

6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

- **Cronograma general:** Para el desarrollo de este proyecto educativo se llevarán a cabo 4 sesiones, una vez por semana, con una duración de entre 50 y 90 minutos, en función de la extensión de los contenidos que se traten en cada una de ellas.

Las sesiones se impartirán durante 4 semanas, es decir, una sesión a la semana, teniendo comienzo la primera semana de octubre. Las sesiones se impartirán de manera continua desde octubre hasta mayo, no impartándose los meses desde junio hasta septiembre, ambos incluidos.

- **N.º de participantes:** el número de participantes oscilará entre 12 y 18 mujeres. Las mujeres, si lo desean, podrán ir acompañadas de sus parejas, que podrán participar en aquellas actividades donde se trabajen los tratamientos no farmacológicos.

- **Docentes:** serán varios los docentes que participen en las distintas sesiones en función de lo que se trate en cada una de ellas. Estos docentes serán: la matrona del centro de salud, un psicólogo especializado en el embarazo y puerperio, además de un médico especialista en ginecología y obstetricia.
 - La **sesión 1** será impartida por la matrona del centro de salud, el médico especialista en ginecología y obstetricia y por el psicólogo especializado en el embarazo y puerperio.
 - La **sesión 2** será impartida por la matrona del centro de salud.
 - La **sesión 3** será impartida por la matrona del centro de salud y el médico especialista en ginecología y obstetricia.
 - La **sesión 4** será impartida por la matrona del centro de salud, pero contará con la presencia del psicólogo especializado en parto y puerperio, así como el médico especialista en ginecología y obstetricia por si surgiera alguna duda relacionada con los ámbitos impartidos por estos.
- **Lugar de celebración:** Las sesiones se llevarán a cabo en el centro de salud, en un espacio amplio donde poder acoger a todas las mujeres, de modo que estas se sientan cómodas en un espacio seguro donde poder hablar y exponer sus miedos, dudas y experiencias. Sería conveniente que la colocación de las mujeres en la sala fuera de forma circular, para que la comunicación entre las participantes y el equipo de docentes sea más efectiva.

SESIÓN 1				
Objetivo específico	Contenidos	Técnicas	Tiempo	Materiales
<p>Las mujeres asistentes al taller se conocerán, así como a los docentes y el espacio donde se realizarán las sesiones.</p> <p>Las mujeres se presentarán y contarán porque han acudido a las sesiones.</p>	<p>Presentación del taller y el contenido de las sesiones, así como las participantes y docentes.</p>	<p>Realización de un test pre-sesiones para conocer el nivel de conocimientos.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Ordenador</p> <p>Presentación</p> <p>Proyector</p> <p>Papel</p> <p>Bolígrafo</p>
		<p>Técnica de iniciación grupal: dinámica de grupo técnica del ovillo de lana</p>	<p>15 minutos</p>	

SESIÓN 1				
Objetivo específico	Contenidos	Técnicas	Tiempo	Materiales
Reconocer los síntomas característicos de padecer una fobia durante el embarazo.	Que es la tocofobia (primaria y secundaria) y otros tipos de fobia a los que la mujer se puede enfrentar.	Técnica expositiva (charla coloquio)	15 minutos	Ordenador Presentación Proyector Papel Bolígrafo
Reconocer la sintomatología y manifestaciones características del TOC en el embarazo y puerperio.	Que es el TOC y como se manifiesta en el embarazo y en el puerperio.	Técnica expositiva (un video donde se vean varias situaciones donde se puedan ver las manifestaciones del TOC).	20 minutos	
Reconocer la sintomatología y manifestaciones características del trastorno de pánico en el embarazo y puerperio.	Que es el trastorno de pánico y como se manifiesta en el embarazo y puerperio.	Técnica de análisis (Un caso donde se exponga una situación de una mujer con trastorno de pánico y las mujeres deban identificar los síntomas y analizarlos).	20 minutos	

SESION 2				
Objetivos específicos	Contenidos	Técnicas	Tiempo	Materiales
Practicar la metodología explicada en la terapia cognitivo - conductual.	Que son las medidas no farmacológicas: tipos.	Técnica expositiva (charla participativa).	15 minutos	Ordenador Presentación Proyector
Realizar técnicas de relajación y de distracción para reducir el nivel de ansiedad. Practicar las técnicas de exposición enfrentando a las madres al miedo que sienten.	Beneficios de las terapias no farmacológicas.	Desarrollo de habilidades (se realizarán ejercicios de respiración y meditación guiadas que las madres podrán seguir en la sesión y posteriormente en casa).	50 minutos	Esterillas donde se sentarán las madres. Audio que se proporcionará a las madres con las instrucciones para realizar la respiración y meditación guiada en casa, así como los pasos para llevar a cabo medidas de distracción.

SESIÓN 3

Objetivos específicos	Contenidos	Técnicas	Tiempo	Materiales
<p>Familiarizarse y conocer la farmacología en estas situaciones.</p>	<p>Conocer la farmacoterapia indicada para las fobias y trastornos vinculados a estas (TOC y trastornos de pánico).</p> <p>Recomendaciones para una correcta adherencia al tratamiento.</p>	<p>Técnica expositiva (charla coloquio donde se expliquen el tipo de fármaco que se puede tomar cuando esté triste o nerviosa, que entiendan que en ocasiones hay que tomar dichos fármacos varias semanas para ver los beneficios, que es común que los efectos secundarios aparezcan antes y que conozcan cuales son los más habituales, que entiendan y conozcan la pauta de cada uno de estos fármacos...).</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Proyector</p> <p>Ordenador</p> <p>Presentación</p> <p>Hoja con las recomendaciones más importantes.</p>

SESIÓN 3

Objetivos específicos	Contenidos	Técnicas	Tiempo	Materiales
<p>Escuchar en que consiste el papel de la matrona durante el embarazo de las mujeres con fobias y trastornos vinculados a estas.</p>	<p>Papel que juega la matrona.</p>	<p>Técnicas expositivas (charla participativa)</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Proyectos Ordenador Videos Papel Bolígrafo Sillas</p>
	<p>Hacer ver a las mujeres la importancia de que manifiesten sus dudas y temores a las matronas para poder hacer una correcta intervención.</p>	<p>Técnicas de análisis (Casos donde se expongan distintas situaciones, formas de comunicarse y expresarse de la mujer con la matrona. Servirá para identificar que formas de comunicación son más adecuadas y eficaces teniendo como resultado un trabajo más fácil de la enfermera para prestarles ayuda).</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Papel Proyector Presentación / hojas con los casos Bolígrafo</p>

SESIÓN 4				
Objetivos específicos	Contenidos	Técnicas	Tiempo	Materiales
Comunicar sus dudas con respecto a lo trabajado en las sesiones.	Reconocer los puntos más importantes de cada tema tratado en las sesiones.	Técnica expositiva (charla discusión: introducir en una urna las preguntas y dudas que le hayan surgido a las mujeres durante las sesiones e ir sacando dichas preguntas y resolverlas en alto).	25 minutos	Papel Bolígrafos Urna Sillas acomodadas de forma que permita una comunicación efectiva
Demostrar los conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones.	Expresar los sentimientos y dudas	Desarrollo de habilidades (juegos donde las mujeres demuestren que tienen asentados los conceptos y conocimientos enseñados durante las sesiones pudiendo recalcar aquellos que se perciban como menos claros).	30 minutos	
Verbalizar sus miedos y preocupaciones ante el parto y el embarazo.	Las mujeres expresarán de nuevo los miedos y temores que tenían previo a comenzar el taller e incluirán información sobre cómo están experimentando incluir en su rutina las técnicas no farmacológicas aprendidas.	Técnica expositiva (charla discusión: las mujeres expresarán como harían frente a los miedos que tenían anteriormente con los recursos y conocimientos aprendidos tras las sesiones).		

7. Evaluación

7.1. Evaluación y estructura del proceso

Durante la realización del proyecto se evaluarán elementos como la estructura y el proceso. Esta evaluación la llevarán a cabo, tanto los docentes que participan en las sesiones, como las mujeres asistentes a los talleres.

Por un lado, los docentes que imparten los talleres evaluarán el número de asistentes, la adecuación del lugar de la intervención, además de como se ha llevado a cabo el proceso de captación de la población diana y la participación de las discentes. Esto lo llevarán a cabo al final de cada sesión donde valorarán, mediante un cuestionario, ANEXO 3, aquellos elementos que han sido favorables para el desarrollo de las sesiones y cuales son mejorables de cara a la realización de nuevas sesiones.

Por otro lado, las mujeres evaluarán, también, el lugar donde se han impartido las sesiones, si han sentido dicho espacio como adecuado para realizar los talleres, si los horarios y las fechas facilitaban su asistencia, si creen que ha sido idóneo el proceso de captación de la población diana, si consideran suficientes las sesiones impartidas, así como los contenidos, las técnicas y los materiales empleados para impartir dichos contenidos, además de como de adecuada era la formación de los docentes respecto a los temas tratados. Para llevar a cabo dicha evaluación, se entregará a las discentes un cuestionario de evaluación durante la última sesión, que realizarán al final de la misma, donde se valoren todos los ítems mencionados ANEXO 4.

7.2. Evaluación de resultados

Para evaluar el proyecto educativo se llevará a cabo una evaluación a corto, medio y largo plazo:

En primer lugar, se realizará un cuestionario tipo test, ANEXO 5, al comienzo de la primera sesión y se realizará el mismo cuestionario al final de la última sesión, para realizar una comparación del antes y después de las mismas en el área de los objetivos de conocimiento.

En dicho test valoraremos lo siguiente:

- Explicar sus experiencias actuales o pasadas vividas durante el embarazo o puerperio respecto a las fobias, ansiedad, depresión y los trastornos vinculados a las primeras.
- Identificar los riesgos de padecer dichas fobias y trastornos durante el embarazo, parto y puerperio.

- Distinguir los síntomas de ansiedad o depresión durante el embarazo y puerperio.
- Diferenciar aquellas actitudes que son propias de la etapa vital que está viviendo de aquellas que no lo son y pueden resultar perjudiciales.

En segundo lugar, cuando hayan pasado tres meses, se les enviará a las mujeres participantes otro cuestionario, ANEXO 6, para evaluar los objetivos de habilidades y actitudes. Estos objetivos serán los siguientes:

- Demostrar los conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones, aplicándolos en su día a día con el fin de reducir la sintomatología de cara al parto y al puerperio.
- Practicar las técnicas y medidas no farmacológicas aprendidas durante las sesiones planificadas.
- Reconocer los síntomas característicos de padecer una fobia y trastornos vinculados a estas durante el embarazo.
- Reconocer los beneficios y perjuicios de los tratamientos, tanto farmacológicos, como no farmacológicos.
- Verbalizar sus miedos y preocupaciones ante el parto y el embarazo.
- Comunicar sus dudas con respecto a lo trabajado en las sesiones.
- Valorar la figura de la enfermera y la ayuda que esta le puede prestar durante el embarazo para hacer frente a las fobias y otras complicaciones.

Por último, cuando hayan pasado ocho meses, ANEXO 7, desde el final de las sesiones se hará la evaluación del objetivo general. Con esto valoraremos si dicho objetivo se ha alcanzado y las mujeres realmente han disminuido la sintomatología asociada a las fobias, TOC y trastorno de pánico tanto en el embarazo como en el puerperio.

8. Bibliografía

Aydogan, S., Uguz, F., Yakut, E., Bayman, M. G., & Gezginc, K. (2020). The course and clinical correlates of panic disorder during the postpartum period: A naturalistic observational study. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 43(1), 6-11. doi:10.1590/1516-4446-2020-1050

Bandelow, B., Sojka, F., Brooks, A., Hajak, G., Bleich, S., & Rüther, E. (2006). Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 21(7), 495-500. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.11.005

Bernard, N., Forest, J., Tarabulsky, G. M., Bujold, E., Bouvier, D., & Giguère, Y. (2019). Use of antidepressants and anxiolytics in early pregnancy and the risk of preeclampsia and gestational hypertension: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 146. doi:10.1186/s12884-019-2285-8

Brakoulias, V., Viswasam, K., Dwyer, A., Raine, K. H., & Starcevic, V. (2020). Advances in the pharmacological management of obsessive-compulsive disorder in the postpartum period. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 21(2), 163-165. doi:10.1080/14656566.2019.1700229

Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., & Globevnik Velikonja, V. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(2), 151-154. doi:10.1515/jpm-2016-0282

Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., et al. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 99-111. doi:10.1016/j.wombi.2018.07.004

Khanghah, A. G., Khalesi, Z. B., & Hassanzadeh Afagh, R. (2020). The importance of depression during pregnancy. *JBRA Assisted Reproduction*, 24(4), 405-410. doi:10.5935/1518-0557.20200010

Miller, M. L., & O'Hara, M. W. (2020). Obsessive-compulsive symptoms, intrusive thoughts and depressive symptoms: A longitudinal study examining relation to maternal responsiveness. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(3), 226-242. doi:10.1080/02646838.2019.1652255.

Nath, S., Busuulwa, P., Ryan, E. G., Challacombe, F. L., & Howard, L. M. (2020). The characteristics and prevalence of phobias in pregnancy. *Midwifery*, 82, 102590. doi:10.1016/j.midw.2019.102590

Nunes, L. R. d. C., Coutinho, F. C., & Santos, V. A. d. (2021). Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia. Teoria E Prática [Edición Electrónica]*, 24(1), 1-22. doi:10.5935/1980-6906/ePTPCP14089.en

Phillips, W. L., Keim, S. A., Crerand, C. E., & Jackson, J. L. (2022). Maternal obsessive-compulsive symptoms and infant feeding practices. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 17(3), 259-268. doi:10.1089/bfm.2021.0062

Shyken, J. M., Babbar, S., Babbar, S., & Forinash, A. (2019). Benzodiazepines in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(1), 156-167. doi:10.1097/GRF.0000000000000417

The structure of mood and anxiety disorder symptoms in the perinatal period - ScienceDirect.Retrieved-from

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032722014720?via%3Dihub>

Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions - ScienceDirect. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613818300524?via%3Dihub>

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 115. doi:10.1186/s12884-015-0548-6

Viswasam, K., Eslick, G. D., & Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, 255, 27-40. doi:10.1016/j.jad.2019.05.016

Walker, R., Blackie, M., & Nedeljkovic, M. (2021). Fathers' experience of perinatal obsessive-compulsive symptoms: A systematic literature review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 529-541. doi:10.1007/s10567-021-00348-2

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C., Paes, J. A., de Albuquerque, T. L. C., & Sougey, E. B. (2009). Postpartum obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 503-509. doi:10.1016/j.comppsy.2008.11.014

Ortiz, M., & Juliana, E. (2021). Validación de la versión en español del cuestionario W-DEQ (wijma delivery expectancy/experience questionnaire) en mujeres mexicanas que reciben la atención del nacimiento en una institución pública de segundo nivel en el estado de nuevo león,méxico.

Observatorio de resultados - portal de salud de la Comunidad de Madrid. Retrieved from <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaComparativa.aspx?ID=72&FI=3734>

Anexo 1: Cuestionario de captación para el taller de mujeres en la consulta.

Nombre y apellido: _____

Marque la respuesta que considere más adecuada de las siguientes preguntas del cuestionario W- DEC.

<p align="center">En términos generales como crees que te sentirás durante tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé.</p>		
<p>1–Extremadamente temerosa.</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 – Nada temerosa.</p>	<p>1 – Extremadamente fantástico</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 – Nada fantástico</p>	<p>1 – Extremadamente espantoso</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 – Nada espantoso</p>
<p>1–Extremadamente aislada</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 – Nada aislada</p>	<p>1 – Extremadamente solitaria</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 – Nada solitaria</p>	<p>1 - Extremadamente confiada</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 - Nada confiada</p>
<p>1 – Extremadamente vacía</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 – Nada vacía</p>	<p>1 – Extremadamente fuerte</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 – Nada fuerte.</p>	<p>1 - Extremadamente débil</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 – Nada débil</p>

1–Extremadamente tensa 2 3 4 5 6 - Nada tensa	1–Extremadamente tranquila 2 3 4 5 6 – Nada tranquila	1–Extremadamente independiente. 2 3 4 5 6 – Nada independiente
1–Extremadamente segura 2 3 4 5 6 – Nada segura	1 – Extremadamente feliz 2 3 4 5 6 – Nada feliz	1–Extremadamente relajada 2 3 4 5 6 – Nada relajada
1 – Extremadamente alegre 2 3 4 5 6 – Nada alegre	1–Extremadamente orgullosa 2 3 4 5 6 – Nada orgullosa	1-Extremadamente abandonada 2 3 4 5 6 – Nada abandonada

Como crees que te sentirás durante el trabajo de parto y el nacimiento de tú bebé

1—Extremadamente pesimista 2 3 4 5 6 – Nada pesimista	1— Extremadamente nostálgica por tu bebé 2 3 4 5 6 – Nada nostálgica por tu bebé	1— Confianza extrema 2 3 4 5 6—Nada de confianza en ti misma.
----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

1 – Dolor extremo 2 3 4 5 6- Nada de dolor.	1 – Pánico extremo 2 3 4 5 6 – Nada de pánico
------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Qué crees que te sentirás durante el trabajo de parto y el nacimiento de tú bebé

1— Estaré dispuesta a ceder el control a mi cuerpo 2 3 4 5 6—No estaré dispuesta a ceder el control de mi cuerpo	1 — Actuare extremadamente mal 2 3 4 5 6 — No actuaré nada mal	1— Perderé el control de mi misma 2 3 4 5 6— No perderé el control de mí misma
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Como imaginas que te sentirás justo en el momento que está naciendo tu bebé.

1 – Extremadamente divertido 2 3 4 5 6 – Nada divertido	1 – Extremadamente natural 2 3 4 5 6 – Nada natural
1 – Extremadamente autoconsciente 2 3 4 5 6 – Nada autoconsciente	1 – Extremadamente peligroso 2 3 4 5 6 - Nada peligroso

En los últimos meses has tenido fantasías sobre el trabajo de parto y nacimiento de tu bebé, como por ejemplo imaginas que tu bebé pudiera morir durante el trabajo de parto o nacimiento.

1 - Nunca

2

3

4

5

6 – Muy frecuente

En los últimos meses has tenido fantasías sobre el trabajo de parto y nacimiento de tu bebé, como por ejemplo imaginas que tu bebé pudiera tener una lesión durante el trabajo de parto.

1 - Nunca

2

3

4

5

6 – Muy frecuente

Comentarios:

SALUD MENTAL EN EL EMBARAZO

- FOBIAS.
- TRASTORNOS VINCULADOS A ESTAS.
 - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.
 - TRASTORNO DE PÁNICO.



¿QUÉ TRABAJAREMOS?

- ¿Qué son?
- ¿Cómo se manifiestan?
- Figura de la matrona.
 - Su papel durante el embarazo y puerperio.
- Como afrontarlas.
 - Conocer la farmacoterapia en estas situaciones.
 - Riesgos / beneficios de los tratamientos no farmacológicos.
 - Tipos que existen.
 - Como usar las medidas no farmacológicas.



INFORMACIÓN IMPORTANTE

- EXTENSIÓN: 4 sesiones / 4 semanas
- DURACIÓN: 50 - 90 Minutos.
- LOCALIZACIÓN: Centro de salud de San Fernando de Henares.
- N° PARTICIPANTES: Entre 12 y 18 mujeres.

Anexo 3: Cuestionario para los docentes de las sesiones impartidas.

Nombre del docente: _____

Número de sesión: _____

El siguiente cuestionario evaluará la estructura y el proceso de las sesiones impartidas en el proyecto educativo llevado a cabo.

Seleccione la respuesta que más se adecue con su opinión respecto a las sesiones impartidas.

	Muy bueno	Bueno	Mejorable	No evaluable
Como calificarías el número de asistentes a las sesiones.				
Como calificarías el proceso de captación de la población diana.				
Calificación del desarrollo de la sesión.				
Calificación del desarrollo de la sesión.	Muy bueno	Bueno	Mejorable	No evaluable
Como calificarías la familiarización de las participantes con el contenido de la sesión.				
Como calificarías la respuesta del grupo a la exposición durante la sesión.				
Como calificarías el trabajo de las docentes durante la sesión.				
Como calificarías el interés de las participantes a los temas expuestos en la sesión.				
Como calificarías la atmosfera en la que se han desarrollado las sesiones.				

¿Se obtuvieron los resultados previstos?:

¿Qué explicación pueden darse a los resultados negativos?:

Anexo 4: Cuestionario de evaluación de la estructura y el proceso de las sesiones.

Nombre y apellido: _____

El siguiente cuestionario evaluará la estructura y el proceso de las sesiones impartidas en el proyecto educativo llevado a cabo.

Debe marcar con un X la casilla que se aproxime más a su respuesta siendo un 0 inadecuado y un 3 muy adecuado:

Adecuación del número de asistentes	Inadecuado (0)	Mejorable (1)	Adecuado (2)	Muy adecuado (3)
Como consideras de adecuado el nº de asistentes al taller.				
Adecuación del lugar de la intervención	Inadecuado (0)	Mejorable (1)	Adecuado (2)	Muy adecuado (3)
Como de adecuado consideras el lugar de la intervención.				
Adecuación del proceso de captación	Inadecuado (0)	Mejorable (1)	Adecuado (2)	Muy adecuado (3)
Como de adecuado consideras el proceso de captación.				
Adecuación de la programación	Inadecuado (0)	Mejorable (1)	Adecuado (2)	Muy adecuado (3)
Como de adecuadas consideras las fechas y horas a las que se imparten los talleres.				
Como de adecuado consideras el número de sesiones impartidas.				
Como de adecuados consideras los materiales, las técnicas y los contenidos impartidos.				
Como de adecuada consideras que era la formación de los docentes respecto a los temas tratados.				

Sugerencias:

Anexo 5: Cuestionario tipo test de evaluación de conocimientos.

Nombre y apellido: _____

El siguiente cuestionario evaluará los objetivos de conocimiento planteados.

En el encontrará una pregunta con tres opciones de respuesta, debe rodear la correcta.

- 1.Cuál de las siguientes definiciones se ajusta a la de tocofobia:
 - A. Trastorno psicológico donde la mujer padece miedo a perder al bebé.
 - B. Trastorno psicológico donde la mujer padece miedo extremo al parto.**
 - C. Trastorno psicológico donde la mujer padece miedo extremo a quedarse embarazada.

- 2.Cuál de estas patologías favorecen la aparición de fobias:
 - A. Ansiedad y depresión.**
 - B. Ansiedad, depresión y estrés.
 - C. Ansiedad y estrés.

- 3.Cuál de estas opciones reúne manifestaciones del TOC en el embarazo:
 - A. Pensamientos intrusivos, compulsiones y reducción de afecto hacia sus hijos.
 - B. A y C son correctas.**
 - C. Los síntomas del TOC suelen ir acompañados de síntomas depresivos.

4. En qué periodo es más frecuente el trastorno de pánico
 - A. Al inicio del embarazo.
 - B. Las últimas semanas del embarazo.
 - C. Durante el periodo perinatal.**

5. El uso de que fármacos está indicado para tratar la ansiedad y/o depresión en el embarazo.
 - A. Ansiolíticos (benzodiazepinas).**
 - B. ISRS.
 - C. Antidepresivos tricíclicos.

- 6.Cuál de las siguientes no es una medida no farmacológica.
 - A. Confrontación empática
 - B. Técnicas de distracción
 - C. Ejercicio físico.**

Anexo 6: Cuestionario para evaluar los objetivos de actitudes y habilidades.

Nombre y apellido _____

En este cuestionario se evaluará los objetivos de actitudes y habilidades.

En el encontrara cinco preguntas, debe marcar con una X la que se adecue más al desarrollo de actitudes y habilidades estos últimos tres meses.

1. *Durante los tres meses después de las sesiones, como considera que ha aplicado los conocimientos aprendidos en las sesiones:*
 - He aplicado lo aprendido en las sesiones durante el embarazo y/o puerperio.
 - A veces he aplicado lo aprendido en las sesiones durante el embarazo y/o puerperio.
 - No he aplicado lo aprendido en las sesiones durante el embarazo y/o puerperio.
2. *¿Ha practicado las técnicas no farmacológicas aprendidas en las sesiones desde que estas finalizaron?:*
 - He aplicado las técnicas no farmacológicas ante todas las situaciones donde las he precisado.
 - He aplicado las técnicas no farmacológicas ante algunas de las situaciones donde las he precisado.
 - No he aplicado nunca las técnicas no farmacológicas ante algunas de las situaciones donde las he precisado.
3. *¿Ha sabido identificar los efectos secundarios más frecuentes de los principales fármacos?:*
 - He sabido identificar todos los efectos secundarios más frecuentes de los principales fármacos.
 - He sabido identificar algunos de los efectos secundarios más frecuentes de los principales fármacos.
 - No he sabido identificar ninguno de los efectos secundarios más frecuentes de los principales fármacos.
4. *En qué medida cree que la figura de la matrona ha servido para tratar las fobias y trastornos vinculados:*
 - La figura de la matrona ha sido de gran ayuda para hacer frente al embarazo y puerperio respecto a las fobias.
 - La figura de la matrona ha sido de gran ayuda en algunas ocasiones para hacer frente al embarazo y puerperio respecto a las fobias.
 - La figura de la matrona no ha servido de ayuda para hacer frente al embarazo y puerperio respecto a las fobias.
5. *Durante las sesiones ¿ha podido comunicar sus dudas respecto a lo trabajado en las mismas, así como sus preocupaciones y miedos?:*
 - Pude expresar abiertamente y compartir mis dudas y temores.
 - Pude expresar abiertamente algunas de mis dudas y temores.
 - No pude expresar abiertamente mis dudas y temores.

Anexo 7: Cuestionario de evaluación tras 8 meses.

Nombre y apellido _____

Contacto contigo, tras 8 meses tras tu asistencia al taller, para conocer el impacto que este ha tenido en tu vida. En el siguiente cuestionario encontrará una serie de preguntas a la que deberá responder de forma breve:

1. ¿Cómo de efectivas crees que son las herramientas que ahora dispones para abordar tus temores durante el periodo perinatal?:

2. ¿Cuál ha sido tu vivencia aplicando las técnicas aprendidas como las de relajación, distracción y/o respiración que has aprendido durante este periodo?

3. ¿Qué otros aspectos habrías deseado que se abordaran en el taller, ya sea en términos de contenido o actividades?:

Recuerda que nos tienes a tu disposición si necesitas pedir cita para tratar estos temas de manera más individualizada en consulta. Tu participación ha hecho posible esta actividad.

Muchas gracias.