

Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto

M^a José García Rodríguez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina. Pabellón II. Av. Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
mjose.garciaro@salud.madrid.org

Tutor

Ramón del Gallego Lastra

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina. Pabellón II. Av. Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
rgallego@enf.ucm.es

Resumen: Objetivo: conocer la eficacia de un plan de parto en la reducción de la ansiedad en mujeres gestantes a su llegada a paritorio. Paciente y métodos: estudio experimental de tipo ensayo clínico controlado aleatorizado. La población de estudio serán gestantes primíparas con embarazo de bajo riesgo que desean realizar su parto en el Hospital del Tajo. Como instrumento de recogida de datos y para saber si pueden ser incluidas en el estudio, se utilizará una hoja informativa donde se reflejan los criterios de inclusión y posteriormente rellenarán un cuestionario con aspectos sociodemográficos, obstétricos y personales. La cumplimentación del cuestionario STAI Rasgo-Estado para valoración de la ansiedad, será efectuada en dos ocasiones; una primera vez en el momento de la inclusión en el estudio y una segunda vez cuando llega a paritorio por cualquier causa relacionada con el parto.

Palabras clave: Parto-Cuidados. Ansiedad en mujeres embarazadas. Educación sanitaria de mujeres embarazadas.

Abstract: Objective: to find out the effectiveness of childbirth plan in reducing the anxiety of pregnant women when they come to the delivery room. Patient and methods: Randomized controlled clinical trial type experimental study. The study population will be primiparous mothers with low risk pregnancies who wish to give birth at the Hospital del Tajo. As an instrument for the collection of data and for finding out whether they can be included in the study, an information sheet showing the inclusion criteria will be used, after which they will fill in a questionnaire with socio-demographic, obstetric and personal aspects. The STAI Feature-State questionnaire for assessing anxiety will be filled in twice: the first time, at the time of inclusion in the study and the second time, when they come to the delivery room for any cause related to the childbirth.

Keywords: Childbirth-Care, Anxiety-Pregnancy woman. Maternal education.

INTRODUCCIÓN

Antiguamente el parto se vivía con temor, pues traía consigo riesgo tanto para la vida de la madre como para la del feto. En la actualidad, se cuenta con avances tecnológicos que proporcionan seguridad y un gran control de todo el proceso del parto. Este hecho hace que se pierda el entorno afectivo y familiar, así como que la mujer pierda protagonismo y confianza en sí misma. Por ello, el parto no es vivido como un proceso fisiológico⁽¹⁾.

La atención al parto en nuestro país cambió de forma importante en la década de los años sesenta, momento en el que el sistema público de sanidad desarrolló una importante infraestructura hospitalaria. Hasta este momento la mayoría de los partos se realizaban a domicilio por matronas tituladas. En los últimos años, el aumento de la tecnología ha contribuido a mejorar los resultados peri-natales, pero se ha mantenido la tendencia a atender de la misma forma todos los partos sean de bajo o alto riesgo, utilizando el mismo nivel de tecnología, lo que ha supuesto más intervencionismo y medicalización⁽²⁾.

La OMS advierte que, a pesar de que existe evidencia de que algunas intervenciones son perjudiciales, ineficaces o inadecuadas, se siguen practicando de forma rutinaria en numerosos hospitales. Esto apoya la necesidad de revisar dichas prácticas y modificar aquellas que sobre las que no existe evidencia y mejorar la calidad de la asistencia prestada a las mujeres⁽²⁾. Propuso una revisión de las prácticas más habituales en la asistencia al parto dividiéndolas en cuatro categorías:

- Categoría A: prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas.
- Categoría B: prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas.
- Categoría C: prácticas de las que no existen claras evidencias para fomentarlas y que deberían usarse con cautela.
- Categoría D: prácticas que, a menudo, se utilizan inadecuadamente^(3,4).

En la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud se desarrollan una serie de líneas estratégicas como el abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, participación de las usuarias en la toma de decisiones, formación de los profesionales de la medicina y de la enfermería,

investigación e innovación con difusión de buenas prácticas de atención al parto normal⁽⁵⁾.

En el año 2006 la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) publicó su postura oficial en la asistencia al parto incidiendo en cuestiones como la utilización selectiva de la episiotomía o evitar el rasurado del periné⁽²⁾.

En algunas comunidades autónomas (CCAA) han tomado iniciativas ya para fomentar una asistencia al parto normal y garantizar los derechos de las madres y los hijos/hijas. En la actualidad, los gobiernos de Andalucía, Cataluña y Cantabria disponen de legislación y documentos sobre este tema⁽²⁾.

Es cierto que durante los últimos tiempos se está produciendo en nuestro país un cambio conceptual teniendo como eje fundamental que la gestante sea el centro de la asistencia recibida creando una atmósfera y un escenario totalmente mejorable. La atención al parto se debe plantear bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, los cuidados deben ser individualizados basándose en las necesidades de la mujer y en sus decisiones, favoreciendo un entorno de confianza, seguridad e intimidad. Es decir, la mujer se tiene que sentir protagonista y responsable de su parto así como de la toma de decisiones en el mismo^(5,6).

La situación de parto es percibida como una situación altamente estresante^(7,8). La mujer al ingresar en un centro hospitalario debe adaptarse al medio, a las normas, al personal que las atiende y a la falta de intimidad. Esto genera una deshumanización del parto con el consiguiente estrés para la madre⁽⁹⁾. Todos estos aspectos pueden ocasionar malestar psicossomático (miedo, ansiedad, descontrol). Diversas investigaciones han demostrado que la ansiedad excesiva durante el parto provoca una descarga anormal de catecolaminas que conduce a alteraciones de la contractilidad uterina y de la dilatación cervical (García y García, 1955; Nelly, 1962; Levinson y Shnider, 1979). En definitiva, un aumento en la dificultad para el trabajo de parto, aumentando el número de distocias y cesáreas^(4,7).

Por tanto, la frecuencia con la que la ansiedad excesiva aparece durante el parto, realza la importancia de la inclusión de cuidados específicos en la atención integral de la mujer durante este proceso⁽⁸⁾.

Hurtado et al⁽⁷⁾ en su estudio encontró que la mayoría de las mujeres tiene niveles de ansiedad normales, un 32,6% marcados y sólo un 6,5% son elevados. Mostraron la asociación positiva entre la educación prenatal y la reducción de la angustia psicológica o el incremento de la satisfacción durante la experiencia de parto.

Recuerda⁽¹⁰⁾ vio cómo el apoyo profesional mostró su eficacia para mejorar los niveles de ansiedad y control personal, al igual que otros estudios previos.

Con respecto a los factores que influyen en una definición del parto como experiencia positiva, se han realizado múltiples análisis. Un elemento ampliamente estudiado que se relaciona con una experiencia positiva de nacimiento es la toma de decisiones de la mujer en su proceso de parto. Otro de los aspectos es la sensación de control por parte de la gestante. También se han encontrado otros factores como la información, el apoyo de la pareja y del personal sanitario.

La ansiedad es uno de los principales factores psicológicos que determinan la solicitud de realización de cesáreas por parte de las gestantes. También se ha intentado buscar relaciones entre factores psicológicos de la madre durante el embarazo tales como ansiedad y estrés con el comportamiento de los recién nacidos encontrándose relación entre mayores niveles de ansiedad y un comportamiento de los recién nacidos definido como “difícil”^(4,11).

Las mujeres con sensación de control elevado que participan activamente en la toma de decisiones después de ser convenientemente informadas, redujeron sus niveles de ansiedad durante el proceso de parto; tras observar que otros estudios habían evaluado diferentes métodos como la educación maternal, terapias musicales o relajación para disminuir el nivel de ansiedad y dolor durante el parto, sin haber llegado a ninguna conclusión sobre su efectividad⁽¹²⁾.

Diversos estudios concluyen que para las mujeres, el apoyo más importante durante el parto es el emocional, pero demandan más información y asesoramiento, que se les explique el proceso, lo que pueden sentir para poder participar de forma más activa en la toma de decisiones^(3,12,13).

Las mujeres confían en la capacidad técnica y profesional del personal sanitario. La excelencia técnica constituye para ellas una fuente de seguridad, pero piden más de los profesionales: quieren sentirse cuidadas y protagonistas de su propio parto, y para ello solicitan una atención personalizada, en la que cada una de ellas sea considerada como un individuo único con una historia, una identidad y una constitución afectivo emocional⁽¹⁴⁾.

A partir de finales de 1970, por la particular preocupación de los defensores de un parto humanizado frente a un parto medicalizado, no habiéndose traducido el cambio en experiencias satisfactorias y gratificantes sino en experiencias impersonales de ansiedad sin atender a las necesidades, preferencias y preocupaciones de las mujeres embarazadas y como reacción a la percepción de la disminución de la participación de las mujeres en el parto medicalizado, comenzaron en Europa Occidental (Gran Bretaña) y Estados Unidos a presionar para la introducción de planes de parto o nacimiento y es en 1980 cuando se ha hecho extensivo a otros lugares^(15,16,17,18).

Un plan de parto está basado en las necesidades individuales de la pareja como preparación para el parto, nacimiento e integración de un nuevo miembro de la

familia. Recomiendan su realización con la familia en casa hacia las 28 semanas de gestación. Es utilizado como guía de participación, revisa la experiencia del nacimiento como estructura para evaluar los cuidados recibidos⁽¹⁹⁾.

Simkin (2007); Simkin & Reinke (1980), describen el plan de parto como una forma de ayudar a los futuros padres a prepararse para los aspectos físicos y emocionales del proceso del parto, planear de antemano cómo quieren afrontar las diversas situaciones fuera de las emociones del momento y proporcionar un vehículo de comunicación con el personal del hospital antes del nacimiento^(15,20,21).

Otros, definen el plan de nacimiento como una herramienta para ayudar a las mujeres a pensar acerca de las prácticas llevadas a cabo durante el parto. Comunicarse con el proveedor de cuidados de salud, y en última instancia, tomar decisiones informadas^(13, 14, 16,19).

En definitiva, un plan de parto o nacimiento consiste en un documento en el cual la mujer y/o su entorno familiar, muestran cuáles son sus preferencias deseadas durante el parto. Es una herramienta excelente para que la mujer reciba información, se facilita la comunicación con la matrona y la mujer adquiere un papel activo.

Por definición ha de ser flexible, pues un parto es un acontecimiento muy variable de modo que puede ser modificado a lo largo del mismo.

Entre sus contenidos encontramos principalmente tres bloques:

- Peticiones sobre derechos de las mujeres.
- Peticiones sobre prácticas clínicas.
- Preferencias sobre el nacimiento⁽²²⁾.

Los educadores de la salud también destacan que el plan de parto debe tener unas expectativas realistas y flexibles. Demasiadas expectativas pueden crear una distorsión entre usuario y profesional o tener efectos contrarios produciendo frustración si su plan de nacimiento no se lleva a cabo según lo programado. El plan de nacimiento sigue siendo un instrumento importante y relevante en la preparación para el parto^(17,21).

Los planes de nacimiento escritos son un instrumento para comunicar sus expectativas y preferencias sobre su atención al parto a los profesionales durante el proceso de parto. Ayudan a proporcionar comprensión sobre el aspecto psicosocial de la mujer, lo cual puede convertirse en un puente entre la comprensión y el conflicto⁽¹⁷⁾.

Estudios realizados en Suecia, Inglaterra y Escocia demostraron que las mujeres obtienen beneficio de los planes de parto y que el hecho de tenerlo reduce la ansiedad

durante el parto aunque no se hayan cumplido todos sus deseos. Ayudaron a las mujeres a mejorar su experiencia y confianza durante el embarazo, parto y puerperio^(15,23).

Wagner & Gunning (2006), dicen que el plan de parto ayuda a los padres a aprender acerca del proceso del parto, proporciona una oportunidad para identificar y discutir sus preocupaciones y deseos con sus proveedores de salud. Los padres se benefician de la diversidad de opciones en la atención, descubren recursos para la toma de decisiones y aprenden a comunicarse con los profesionales de la salud. Estar bien informado aumenta la confianza y la capacidad de las personas⁽²¹⁾.

Penny Sinkin en Seattle, Washington, encontró también actitudes positivas sobre los planes de parto como citar a la mujer a la 36 semana para discutir el plan de parto y sugerir modificaciones. Cuando una mujer llega al hospital y es recibida por la matrona palabras como: "he tenido la oportunidad de leer su plan de parto y me parece muy asequible. Voy a tenerlo en cuenta y mantenerlos informados si creo necesario apartarnos de sus preferencias". Ante esto, la pareja se siente con una atención individual en la cual participa⁽²⁰⁾.

En definitiva, encuentran que los planes de parto además de ser flexibles y mejorar la relación, ayudan a las mujeres a no tener miedo, combaten la ignorancia y mejoran la confianza ante el parto⁽²⁰⁾.

No hay que olvidar que en ocasiones la realización de un plan de parto puede tener efectos negativos sobre la atención proporcionada a la mujer, interponerse en la comunicación y no llegar a ser instrumento de mejora. En un estudio de intervención sueco, las mujeres que habían presentado un plan de parto, recibieron una atención menos positiva que las mujeres que no lo presentaron^(15, 18, 20,24).

Penny Sinkin describe en sus numerosos viajes por América del Norte las actitudes negativas de los profesionales hacia los planes de parto, que van desde la ridiculización de las propuestas de las mujeres, pasando por actitudes de hostilidad como ¿por qué vienen al hospital si ellas lo saben todo?, o diálogos para complacer a las mujeres como "está muy bien que haya escrito un plan de parto, pero vamos a hacer lo que pensamos es mejor y hacemos normalmente". Resulta muy triste descartar los planes de parto, es tanto como decir "nosotros no queremos saber lo que es o no importante para usted. Será tratado como todos los demás". Ocasionalmente, contrario al estereotipo del plan de nacimiento como algo conservador, aparece un plan de parto donde solicitan numerosas intervenciones innecesarias solo para su tranquilidad⁽²⁰⁾.

Tanto obstetras como matronas se merecen el respeto de sus conocimientos académicos, pero no hay que olvidar que son seres humanos con sus propias experiencias y opiniones, que pueden no corresponder con los deseos de los futuros

padres. Puede resultar complicado romper rutinas y trabajar teniendo en cuenta una literatura e información más actualizada⁽²¹⁾.

Es la mujer quien desea un nacimiento que no continúe con las rutinas del hospital o de la actual práctica obstétrica del momento, que puede estar o no basada en evidencias pero que causan desagrado entre los profesionales^(17,18).

Un estudio realizado en Méjico describe sesiones de formación interactivas destinadas a la sensibilización sobre la evidencia basada en la atención de la salud materna y sesiones de entrenamiento sobre planes de parto para todos los profesionales que trabajan con mujeres embarazadas cuyo objetivo era la capacitación de todos los profesionales. Este estudio exploratorio reconoce, por parte de los profesionales, los beneficios de una participación activa por parte de la mujer en la planificación de su parto^(20,23).

Bramadat & Driedger sin embargo, observaron que “la satisfacción no era sólo tener una experiencia positiva sino la evaluación positiva de la experiencia”. Hodnett explica la paradoja en su revisión sistemática de la literatura, considerando la satisfacción con la experiencia del nacimiento. Encontró cuatro factores que influían en la satisfacción: expectativas personales, la cantidad de apoyo de los profesionales, la calidad de la relación de los profesionales con el usuario e implicación en la toma de decisiones⁽¹⁷⁾.

Uno de los factores más importantes para una experiencia de nacimiento positiva es la calidad de las relaciones entre la matrona y la mujer. Un plan de parto centrado en esta relación ayuda a las mujeres a sentir más el control de los acontecimientos durante el proceso del parto permitiendo elegir entre varias opciones según se vayan desarrollando las situaciones⁽²⁴⁾.

En un estudio en Hong-Kong, su uso fue común para mejorar el cuidado y control sobre el parto. En este estudio, el plan de parto fue novedoso para las participantes. El 76,5% fueron primíparas, a menudo se sintieron ansiosas por el embarazo y el parto. Encontraron que el uso del plan de parto fue útil y de ayuda para el reconocimiento temprano de sus propias necesidades. Una mejor preparación psicológica redujo su ansiedad. Las expectativas individuales de las mujeres y sus deseos podían conocerse con anticipación.

Este estudio refleja una mejor comunicación, mejor preparación psicológica y más opciones para las parejas como los principales beneficios. El rol de la matrona fue ayudar a la mujer para tomar decisiones informadas y ganar control sobre su experiencia de parto. La mayoría de las participantes encontraron el plan de parto útil, se sintieron seguras y satisfechas. Sus sentimientos hacia la experiencia del parto y maternidad fueron relevantes.

También revelan el éxito del plan de parto como herramienta para facultar a la mujer en una comunicación efectiva y continua en el proceso del parto. Actuó como vía de comunicación entre la mujer y la matrona. Se redujo la duplicación de la información y se promovió el mejor entendimiento⁽²⁵⁾.

Como evolución en todo lo descrito sobre el plan de parto, Lothian hace referencia a cómo se debe de definir. Este ya no es una lista de verificaciones de opciones, sino más bien un plan personal para una experiencia segura y satisfactoria. Hay tres cosas básicas que ayudan: la confianza en las habilidades propias, la libertad de aprovechar la sabiduría interior y el apoyo físico-emocional de la familia, amigos y profesionales. La mujer se formula tres preguntas:

- ¿Cómo puedo llegar a tener confianza en mis propias capacidades?
- ¿Cómo puedo obtener la libertad para encontrar la comodidad durante el parto?
- ¿Quién proveerá el apoyo físico y emocional que necesito?⁽²⁶⁾.

Las mujeres necesitan saber acerca del proceso fisiológico normal del nacimiento. Nuestra enseñanza debería reflejar la evidencia del proceso fisiológico del parto en vez de las opciones disponibles en el hospital. Facilitar una información completa sobre el proceso documentada con una búsqueda bibliográfica facilitando las fuentes⁽⁴⁾.

Por todo lo descrito anteriormente, es la matrona, como apoyo social a la mujer durante el parto, quien puede aportar mediante los cuidados, los recursos necesarios que faciliten el afrontamiento y la adaptación al proceso. Esto, además de repercutir positivamente sobre la evolución del parto, puede favorecer la experiencia y la satisfacción de las gestantes^(27,28). Brinda apoyo informativo como cuidado enmarcado dentro del apoyo social descrito por Shaefer, Coyne y Lazarus⁽¹³⁾.

Está reconocida como profesional responsable que rinde cuentas y trabaja en asociación con la mujer para proporcionar apoyo (Confederación Internacional de Matronas 2005, ICM) y ha sido el colectivo de matronas definitorio del concepto sobre salud sexual y reproductiva (Asociación Europea de Matronas (EMA) aprobado en el año 2005), la referencia sobre la asistencia al parto señala: "la EMA reconoce que tener un hijo es un acontecimiento emocional y social en el que la confianza y la autoestima de la mujer tienen todas las oportunidades de crecer y desarrollarse. Una mujer debe poder dar a luz en un ambiente que refuerce los aspectos del proceso fisiológico normal. Este cuidado debe incluir el análisis de las elecciones y opciones de la mujer respecto a todos los aspectos de la experiencia del nacimiento y debe ser sensible a sus creencias, valores, y costumbres específicas."

La matrona debe proporcionar a la mujer durante el control prenatal y en la educación maternal información de todas las opciones posibles para el parto. La mujer y su pareja podrán planificar el tipo de atención al parto que desea y tomar decisiones informadas⁽²⁾.

Por todo lo expuesto anteriormente, concluyendo que la matrona está adquiriendo un papel muy relevante en la sociedad actual sobre la vida reproductiva y sexual de la mujer y ante la situación de la no existencia de una diversidad de estudios que analicen los planes de nacimiento, conclusiones no unánimes, poca bibliografía existente acerca de la ansiedad y los planes de nacimiento establecidos en conjunto con el profesional de la salud, hace necesario estudios como el que se propone, donde se ayuda a la mujer, mediante sesiones teórico-prácticas con diversos contenidos impartidas por matronas, a tomar sus propias decisiones. Reflejadas en un plan de parto como medio de comunicación entre ambas partes. De esta forma, se pretende eliminar las connotaciones negativas que hasta este momento suponía que la mujer propusiese una variedad de nuevas conductas en su parto y el hecho de hacerlo de una forma indiscriminada apoyada y promovida por información existente en otros foros ajenos a los profesionales que manejan la situación del parto habitualmente.

En el futuro podría estudiarse el efecto de un plan de parto dentro de la política de un hospital como línea estratégica de comunicación⁽¹⁸⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríos D, Grifol R, Segara J. Grado de satisfacción de la madre ante el parto hospitalario público. *Enferm Integral*. 1998;44:XX-XXV.
2. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Pamplona: FAME; 2006.
3. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matr Prof*. 2006;(1):27-33.
4. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *JOGNN*. 2008;37:94-105.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias de atención al parto normal en Sistema Nacional de salud. Madrid: El Ministerio; 2007.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO; 2008.

7. Hurtado F, Donat F, Escribá P, Poveda C, Ull N. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. 2003;3:32-45.
8. Giribert E, Rodríguez A, Martínez V. Análisis de las diversas ansiedades que presentan las futuras madres durante la gestación. Enferm Cient. 1992;124-125:27-33.
9. Ibáñez Díaz MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de la salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. Matr Prof. 2004;5(16):25-31.
10. Recuerda JA. Influencia del apoyo profesional en la mejora del trabajo d parto. Enferm Cient. 1999;206-27:55-62.
11. Martín D, Bullones MA, Carmona FJ, Carretero MI, Moreno MA, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Nure Investigación [Revista Online] 2008 Noviembre [fecha de acceso 10 de Febrero de 2010]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf.
12. Wing MN. Maternal anxiety and feeling of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. Midwifery. 2007;23(2):123-130.
13. Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G, García Ruiz-Castillo A, Sánchez Perruca MI. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto?. Rev Rol Enferm 2001;24(4):290-299.
14. Goberna J, Palacio A, Baus MR, Linares S, Salas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matr Prof. 2008;9(1):5-10.
15. Gulbrandsen J, Aarseth E, Rabí P. Plan de nacimiento. Los efectos y la evaluación. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Dic 2;24(23):3055-7.
16. Deering SH, Heller J, McGaha K, Heaton J, Satin AJ. Patines presenting with birth plans in a Military Tertiary Care Hospital: a descriptive study of plans and outcomes. Mil Med. 2006;171(8):778-781.
17. Motino J, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and a birth plans. Obstetric and Gynecology Clinics of North America. 2008;35(3):497-509.
18. Lothian J. Birth plans: The good, the bad and the future. J Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2006;35(2):295-303.

19. McEwan E. Birth planning. A reality-bases script for building confidence. Journal of Nurse-Midwifery. 1989; 34(3):111-114.
20. Simkin P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. Birth. 2007;34(1):49-51.
21. Kaufman T. Evolution of de birth plan. J Perinat Educ. 2007;16(3):47-52.
22. Matronas de Úbeda: Consultado el 15 de Enero de 2010. Disponible en: <http://www.matronasubeda.objectis.net/plan-de-parto/plan-de-parto-historia>.
23. Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, García SG. Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a Hospital Serving Low-Income Mexicans. Birth. 2007;34(1):42-48.
24. Lunggren I, Bergman, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? J Midwifery & Women's Health. 2003;48(5):322-328.
25. Sham A, Chan L, Yiu KL, Ng CV, Ng J, Tang Pl. Effectiveness of de use of birth plan in Hong Kong Chinese Women: a qualitative exploratory research. HKJGOM. 2007;7(1):30-34.
26. Lothian JA. Birth plan revised. J Perinat Educ. 2000;9(2):VIII-XI.
27. Cabrera MT. Acompañamiento en el parto. Matr Prof. 2001; nov:9-11.
28. Alemany MJ, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. Matr Prof 2005;6(4):3-27.

HIPÓTESIS

Las mujeres que elaboran un plan de parto partiendo de la asistencia a sesiones teórico-prácticas sobre planes de parto impartidas por matronas, para el desarrollo de conocimientos y toma de decisiones, tienen menores niveles de ansiedad a su llegada a paritorio que las mujeres que no lo elaboran.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la eficacia de un plan de parto en la reducción de la ansiedad en mujeres gestantes a su llegada a paritorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir en la adquisición de conocimientos a cerca del plan de parto en mujeres gestantes del tercer trimestre que acuden a las sesiones impartidas.
- Evaluar los conocimientos adquiridos en las mujeres gestantes del tercer trimestre que acuden a las sesiones impartidas sobre planes de parto.
- Implicar a las mujeres gestantes del tercer trimestre que acuden a las sesiones impartidas sobre planes de parto en la toma de decisiones en el parto.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de investigación

Estudio experimental de tipo ensayo clínico controlado aleatorizado. Con dos grupos: un grupo control y un grupo experimental.

Población diana

Gestantes del tercer trimestre de embarazo que acudan al paritorio del Hospital del Tajo en la Comunidad de Madrid.

Población a estudio

Gestantes primíparas con embarazo de bajo riesgo que desean realizar su parto en el Hospital del Tajo.

Criterios de inclusión en el estudio

- Mujeres gestantes con gestación única que paran a partir de 36 semanas de embarazo.
- Gestación controlada y catalogada de bajo riesgo obstétrico y neonatal.
- Mujeres gestantes primíparas.
- Mujeres gestantes mayores de 18 años.
- Mujeres de nacionalidad extranjera que sean capaces de leer, escribir y comprender el español en su totalidad.

Tamaño de la muestra y técnica de muestreo

Después de realizar una revisión bibliográfica no existen estudios que utilicen un grupo de intervención como el de este estudio. Se realizará un estudio piloto con 10 mujeres por cada grupo y en base a los resultados obtenidos se calculará la muestra mediante el programa Epidat 3.1.

El plazo de reclutamiento finalizará al haber alcanzado el tamaño muestral calculado.

El tamaño muestral se ajustará a un porcentaje de pérdidas en previsión del posible abandono en la participación en el estudio. Según conocimientos previos sobre la población el porcentaje de pérdidas se sitúa en un 10 %.

Variable dependiente

Ansiedad Estado-Rasgo (según cuestionario validado y autoaplicado de Spielberg, Gorsuch y Lushene).

Variable independiente

Elaboración de un Plan de parto.

Variables sociodemográficas

Edad, edad gestacional, nivel de estudios, profesión, pareja estable, asistencia a clases de educación maternal, embarazo deseado, abortos previos.

Métodos de recogida de datos

La recogida de datos será realizada por el equipo investigador compuesto por matronas.

Coincidiendo con la visita mensual programada al Hospital del Tajo de gestantes que inician el tercer trimestre de embarazo se les informará del proyecto a través de una hoja informativa donde se refleja claramente los criterios de inclusión del estudio (Anexo I) y un consentimiento informado donde se garantizará su confidencialidad y anonimato de los datos (Anexo II) que deberán firmar si cumplen los criterios establecidos y desean participar en el estudio. Una vez obtenido el consentimiento firmado se pasará a las mujeres que han optado por la participación en el estudio una hoja de recogida de datos o cuestionario sociodemográfico codificado de forma numérica (Anexo III). Esta hoja de recogida de datos servirá para establecer de forma aleatoria su pertenencia al grupo control o experimental y será únicamente el investigador principal el concededor del grupo al que pertenecen las mujeres.

- Grupo control: gestantes que participarán en dos sesiones teóricas de tipo informativas en las cuales se les mostrará únicamente el funcionamiento básico del servicio y del hospital.
- Grupo experimental: gestantes que recibirán las dos sesiones teórico-prácticas impartidas por matronas, adquirieron información, conocimientos y capacidad para tomar sus propias decisiones en la realización del plan de parto.
- Intervención: consistirá en la realización de dos sesiones teórico-prácticas sobre el plan de parto con una duración de tres horas cada una en dos días consecutivos para el grupo experimental. Donde se facilitará el acceso a bibliografía sobre los planes de parto; proyección de un video con diferentes partos para su posterior discusión; información procesal de todas las fases del parto y las intervenciones que se pueden realizar en cada una de ellas; diferentes planteamientos de planes de parto; Acompañamiento y ambiente durante el parto; cuidados recién nacido y lactancia; puesta en común de las expectativas de la mujer en el parto y pautas para la elaboración de un plan de parto. Con el grupo control se realizarán dos sesiones teóricas de una hora de duración en dos días consecutivos en las cuales se les mostrará únicamente el funcionamiento básico del hospital, los circuitos establecidos según el diagnóstico por el cual causan ingreso y nociones básicas en cuanto a la forma de atender el parto de bajo riesgo en el Hospital del Tajo.

Al finalizar las dos sesiones se pasará a las mujeres del grupo experimental un examen tipo test compuesto por diez preguntas para verificar la adquisición de conocimientos sobre planes de parto.

Previamente a la puesta en marcha de estas sesiones sobre planes de parto se realizará un pilotaje con profesionales sanitarios y mujeres gestantes de distintos niveles culturales para subsanar las pequeñas deficiencias en cuanto a comprensión, contenido y puesta en marcha.

Las mujeres de ambos grupos cumplimentarán el cuestionario STAI Rasgo-Estado (Anexo IV) antes de recibir las sesiones. A cada una de ellas se le asignará el mismo código que a la hoja de recogida de datos para asegurar la confidencialidad de los datos.

A su llegada al servicio de paritorio por cualquier causa relacionada con el parto y antes de realizar a la gestante cualquier intervención de tipo obstétrico se pasará de nuevo el cuestionario STAI Rasgo-Estado tanto a las mujeres del grupo control como del experimental codificado de la misma forma.

El cuestionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory) consta de dos subescalas para evaluar la ansiedad: la escala Ansiedad-Estado (A/E) y la escala Ansiedad-Rasgo (A/R).

La subescala A/E evalúa el estadio o condición emocional transitoria del organismo humano. Compuesta por veinte frases con las que la persona puede describir como se siente en un momento determinado. Este tipo de ansiedad puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La subescala A/R evalúa una propensión ansiosa, relativamente estable. Consta de veinte frases y muestra cómo se siente la persona generalmente.

El cuestionario STAI por lo tanto permite adaptar la subescala A/R como medida basal de ansiedad del sujeto y compararla con la ansiedad situacional A/E que experimenta el mismo. Es un cuestionario de auto evaluación autoaplicado administrado de forma individual o colectiva. Las instrucciones necesarias para cada una de las dos partes (A/E, A/R) están impresas en el Ejemplar. El cuestionario no tiene tiempo limitado aunque se suele tardar aproximadamente quince minutos.

En la adaptación española se ha seguido un proceso de tipificación similar al original con dos versiones experimentales con su contraste y validación con grupos clínicos (Urraca 1981, Iglesias 1982).

Métodos estadísticos

- Tras la inclusión de los datos en el paquete estadístico SPSS para Windows, Rel. 11.0.1. 2001 se procederá al análisis.
- Caracterización entre las variables sociodemográficas, obstétricas y personales.
- Diferencias entre los grupos control y experimental en el nivel de ansiedad-rasgo mediante un análisis factorial confirmatorio y con la t de student para las comparaciones entre grupos.
- Diferencias entre ambos grupos en la ansiedad-estado mediante un análisis factorial confirmatorio y con la t de student para las comparaciones entre grupos.

Limitaciones del estudio

- Cambios en el comportamiento por saberse objeto de estudio.
- Intercambio de información entre las mujeres de ambos grupos.
- Mujeres pertenecientes al grupo control con interés previo y conocimiento sobre los planes de parto.
- Pérdida de algún cuestionario por no realizarlo en el momento que se le administra.

Consideraciones éticas

- Se solicitará autorización al Hospital del Tajo.
- Se solicitará al Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) de H. U. 12 de Octubre la aprobación ética del estudio.
- Se informará a la mujer que sus datos y el tratamiento de los mismos, serán tratados de un modo confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Se administrará a cada mujer una hoja informativa (Anexo I) y una hoja de consentimiento (Anexo II).

Plan de Trabajo

Trimestral (27 meses)									
Actividades	1 TR	2 TR	3 TR	4 TR	5 TR	6 TR	7 TR	8 TR	9 TR
Permisos	x								
Formación del equipo investigador. Conocimiento del proyecto.	x								
Contratación personal		x							
Preparación sesiones y pilotaje	x	x							
Elaboración cronograma visitas. Programadas y sesiones		x							
Recogida de datos			x	x	x	x			
Análisis e interpretación					x	x	x		
Redacción del informe							x	x	
Presentación final de resultados									x

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. Spielberg CD, Goursuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Madrid: Tea; 1982.
2. Hurtado F, Donat F, Escribá P, Poveda C, Ull N. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2003;3:32-45.

3. Marín D, Bullones MA, Carmona FJ, Carretero MI, Moreno MA, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Nure Investigación [Revista Online] 2008 Noviembre [fecha de acceso 10 de Febrero de 2010]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyem37210200893951.pdf.
4. Epidat 3.1 para Windows. Análisis epidemiológico de datos tabulados. Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, España, Organización Panamericana de la Salud e Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. 2006.
5. SPSS para Windows, Rel. 11.0.1. 2001. Chicago: SPSS Inc.
6. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
7. Icart Isern MT, Fuentelsanz Gallego C, Pulpón Segura AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.

ANEXO I

HOJA INFORMATIVA

Título del Proyecto: **EFICACIA DE UN PLAN DE PARTO EN MUJERES GESTANTES.**

Nombre del Investigador Principal: M^a José García Rodríguez.

Centro: Hospital del Tajo.

INTRODUCCIÓN

Para participar en este proyecto necesitamos que usted responda de forma AFIRMATIVA a unas preguntas, si no es así gracias por su interés pero queda excluida del proyecto y no es necesario que continúe leyendo:

- ¿Lee, comprende y escribe español en su totalidad? _____
- ¿Es mayor de 18 años? _____
- ¿Es la primera vez que va a parir? _____
- ¿Es una gestación única? _____

Si sus respuestas son AFIRMATIVAS nos dirigimos a usted para informarle sobre este Proyecto de Investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este Proyecto. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su cuidado.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es conocer la eficacia de un plan de parto en mujeres gestantes durante el proceso del parto, contribuir en la adquisición de conocimientos, evaluar los conocimientos adquiridos sobre planes de parto e implicar a las mujeres en la toma de decisiones en el parto.

Para realizar este estudio debemos realizar dos grupos, un grupo experimental que asistirá a un tipo de sesiones explicativas y un grupo control que asistirá a otro tipo de sesiones explicativas.

A ambos grupos se le pasará en dos ocasiones un cuestionario autoaplicado para su respuesta.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

El interés de este estudio es que gracias a su participación podemos comprobar la eficacia de un plan de parto para los objetivo que nos hemos marcados con este estudio.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

- Nombre del Investigador Principal: M^a José García Rodríguez.
- E-mail: mjose.garciaro@salud.madrid.org
- Teléfono de contacto: 639 914 538

ANEXO II

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Título del Proyecto: **EFICACIA DE UN PLAN DE PARTO EN MUJERES GESTANTES.**

Nombre del Investigador Principal: M^a José García Rodríguez.

Centro: Hospital del Tajo.

Yo (Nombre y Apellidos) _____,

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Hoja de Información).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con _____ (nombre del investigador).
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mi asistencia.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para que contacten conmigo telefónicamente.

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

Firma del participante:

Firma del profesional:

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

ANEXO IV

N.º 124

STAI

A / E

P	D=	30	+	-	=
---	----	----	---	---	---

A / R

P	D=	21	+	-	=
---	----	----	---	---	---

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

ANEXO V

A-R **INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.
 Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Recibido: 7 mayo 2011.

Aceptado: 28 agosto 2011.