



Facultade de Enfermaria e Podoloxia

## **GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2013-14

### TRABALLO FIN DE GRAO

# **¿Cómo puede mejorar el toque terapéutico la experiencia del trabajo de parto?**

**M<sup>a</sup> del Carmen Figueiras Vázquez**

**Junio 2014**

**Relación de directores:**

Elvira Cobas Couto

**¿Cómo puede mejorar el toque terapéutico la experiencia del trabajo de parto?**

**¿Cómo pode mellorar o toque terapéutico a experiencia do traballo de parto?**

**How can therapeutic touch improve experience of labour?**

## ÍNDICE:

<b>RESUMEN:</b> .....	<b>6</b>
<b>1.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO.</b> .....	<b>7</b>
<b>2.- BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE:</b> .....	<b>23</b>
<b>3.- HIPÓTESIS:</b> .....	<b>24</b>
<b>4.- OBJETIVOS</b> .....	<b>25</b>
<b>5.- METODOLOGÍA:</b> .....	<b>26</b>
5.1.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: .....	26
5.2.- ÁMBITO DE ESTUDIO: .....	28
5.3.- PERÍODO DE ESTUDIO:.....	29
5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN: .....	32
5.5.- ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL: .....	32
5.6.- PROCEDIMIENTO DE ALEATORIZACIÓN:.....	33
5.7.- PROCEDIMIENTO:.....	33
5.7.1.- <i>Profesionales:</i> .....	33
5.7.2.- <i>Selección de pacientes:</i> .....	34
5.7.3.- <i>Establecimiento de variables:</i> .....	35
5.8.- RECOGIDA DE DATOS:.....	36
5.8.1.- <i>Instrumentos empleados para los datos cuantitativos:</i> .....	37
5.9.- ANÁLISIS DE DATOS:.....	38
5.10.- LIMITACIONES DE ESTUDIO:.....	39
<b>6.- MEMORIA ECONÓMICA:</b> .....	<b>40</b>
6.1.- RECURSOS DISPONIBLES: .....	40
6.2.- RECURSOS SOLICITADOS: .....	40
6.3.- FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:.....	40
<b>7.- ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:</b> .....	<b>42</b>
7.1.- COMPROMISO DEL INVESTIGADOR CON LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: .....	42

7.2- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: .....	42
<b>8.- PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS:.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS: .....</b>	<b>45</b>
ANEXO I: CUESTIONARIO PARA EL PARTICIPANTE:.....	46
ANEXO II: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: .....	49
ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO: .....	51
<b>BIBLIOGRAFÍA:.....</b>	<b>52</b>

## **Resumen:**

**Introducción:** El presente estudio se enmarca en la teoría del ser unitario de Marta Rogers, para quien la intervención enfermera se dirige a fomentar una interacción armoniosa entre el campo de energía del ser humano y el de su entorno, para conseguir su máximo potencial de salud. Esta perspectiva sirve de marco para encuadrar esta investigación dirigida a responder a esta cuestión ¿puede el toque terapéutico mejorar la experiencia del trabajo de parto?

**Metodología:** Se propone un estudio experimental sólo post-test, donde la variable independiente es la recepción de energía a distancia y las dependientes aquellas que conforman la experiencia del trabajo de parto. Los participantes son mujeres embarazadas captadas a través de la consulta de la matrona del centro de salud de Carballo, distribuidas en dos grupos de asignación aleatoria, constituyendo uno de ellos el grupo que recibe la administración de toque terapéutico, y el otro el grupo control, desconociendo las participantes a que grupo se encuentran asignadas. La administración del toque terapéutico es realizada por personal capacitado y formado en dicha tarea.

**Palabras Clave:** Trabajo de parto, Toque Terapéutico, Terapias Energéticas.

## **1.- Antecedentes y estado actual del conocimiento.**

En la vida de toda mujer, el nacimiento de un hijo es un hecho relevante, que modifica sus percepciones, sus prioridades, su psiquismo (1) su cuerpo e incluso su cerebro (2). En todo este proceso el parto se produce como una experiencia integral e integrada en el cuerpo y la mente de la mujer, un proceso natural que desencadena y permite su fisiología a través de las sucesivas etapas de dilatación, expulsión y alumbramiento (3), configurándose como un hito especialmente crítico al que la mujer, rodeada de miedos y expectativas ha de hacer frente.

Esta experiencia supone un reto fisiológico y psicológico para cualquier mujer, toda vez que es un momento que se vive en medio de un agitado maremagnum de emociones y sentimientos, como el temor, la ansiedad, la excitación, la alegría, y la preocupación. Son reacciones que suelen presentarse de modo polarizado, pues la madre no puede dejar de sentir una inmensa alegría y deseos de conocer físicamente a su hijo o hija, al tiempo que se ve invadida por dudas y temores acerca de su capacidad para controlar el proceso del parto, el dolor, las potenciales intervenciones invasivas del personal sanitario, las inesperadas complicaciones para ella o para su hijo, en medio de una inmensa nostalgia por el fin de su gestación (4,5)

En medio de ese torbellino emocional se desencadena un perfecto trabajo bioquímico, que mediado por diferentes hormonas propicia el inicio y desarrollo del trabajo de parto, que puede empezar a manifestarse físicamente en forma de dolor, aumento del flujo vaginal, rotura y pérdida de líquido de la bolsa amniótica y paulatinamente una separación y acomodación de los huesos de la pelvis para permitir el tránsito del niño. También pueden aparecer náuseas, vómitos e incluso diarreas mediadas por la tensión nerviosa y el cóctel hormonal que sostiene el proceso y su evolución natural. (3)

Mediando en este proceso físico y emocional, la madre racional intenta acomodar ambas esferas, de ahí que sea tan relevante la preparación previa con que la mujer llega a este momento de su vida.

Todos estos aspectos fisiológicos, emocionales y racionales, y el propio ambiente que la rodea, determinan la experiencia personal del trabajo de parto en cada mujer y por su presentación o acomodación a las circunstancias, acaban por generar la percepción subjetiva de la experiencia del trabajo de parto.

En nuestra cultura, el dolor inherente al proceso fisiológico que acontece durante el parto, se ha considerado durante mucho tiempo el factor más determinante de una experiencia negativa. El dolor durante el trabajo de parto, es un dolor en cierta medida útil, toda vez que alerta a la madre del inicio del trabajo de parto y de su evolución, convirtiéndola en protagonista y conductora de la experiencia del nacimiento de su hijo, por lo que se ha podido constatar que la eliminación completa del dolor no significa necesariamente que la experiencia del parto sea más satisfactoria para ella (6).

No es menos cierto, con independencia del umbral personal de dolor de cada individuo, que una muy elevada percepción del dolor a menudo mediada o potenciada por los miedos y temores de la madre, puede llegar a generar una mayor tensión uterina y por ende producir contracciones espásticas, que incrementan más si cabe la experiencia dolorosa. Este hecho, puede ocasionar una prolongación del primer y segundo período del parto y un mayor sentimiento de insatisfacción con toda la experiencia (6,7) al vivenciarse como un evento enormemente estresante.

Toda vez que el dolor constituye un poderoso estímulo ventilatorio, su desbordamiento, puede determinar una disminución de la presión de oxígeno de la madre, y la experiencia -vivida desde la ansiedad y el

estrés-, puede ocasionar un aumento del gasto cardíaco y de la tensión arterial (7), motivos por los que se ha encontrado aconsejable, no sólo de cara a promover el bienestar subjetivo de la madre, disminuir la ansiedad y el estrés en el momento del parto (8).

Tal es así, que se ha constatado que una reducción del mismo mejora el bienestar físico y emocional de la gestante (9), al tiempo que algunos autores sostienen que en cierta gradación, el dolor es incluso beneficioso para la madre y mejora la experiencia del trabajo de parto, empoderando a la mujer durante el proceso. No obstante, toda vez que la intensidad y características del dolor varían mucho de una mujer a otra, se opta en la actualidad, cuando la evolución del proceso y la tipología del parto lo permiten, por permitir abordajes y atenciones individualizadas sobre este particular (8).

En la actualidad, la analgesia epidural es la técnica de alivio del dolor más utilizada en nuestro medio (4, 10), que permite eliminar de forma total o parcial todo tipo de sensibilidad desde las dos vértebras lumbares en donde se administre hacia abajo, permitiendo la consciencia de la mujer a lo largo de todo el proceso, y pudiendo emplearse tanto en partos vaginales, como en cesáreas (11). Sin embargo, no es menos cierto, que esta pérdida de sensibilidad -interfiriendo en ocasiones con la efectiva evolución del parto hasta ese momento-, y el temor a los efectos de los fármacos empleados, bien en el recién nacido como en la propia madre, han llevado a muchas mujeres a optar por una experiencia de trabajo de parto consciente y dolorosa, no mediada por fármacos ni injerencias externas, sino apenas con la ayuda de medios naturales o terapias alternativas de indubitada injerencia o efecto pernicioso en el parto ni en sus protagonistas (12,13,14), todo ello a cambio de la compensación que para ellas supone la vivencia consciente de la experiencia natural del parto (15).

Hoy en día existe consciencia en el personal de salud, de que la percepción de la experiencia del trabajo de parto no se forma exclusivamente por el dolor, el miedo al mismo, o la tipología del parto, sino que también participan de este proceso otros factores como el grado de comodidad de la madre en el lugar en donde se desarrolla el proceso, la disponibilidad de intimidad, el apoyo percibido y la confianza en ella misma como en las personas y profesionales que la atienden (5).

En los últimos años, diversos hospitales han comenzado a hacerse eco de la demanda social que lideran y promueven algunas mujeres para tomar parte activa en los nacimientos de sus hijos o hijas; buscando alternativas a los fármacos para mitigar sus miedos y temores a no ser capaces de gestionar el dolor del parto. Crean para ello entornos agradables, acogedores que fomenten el bienestar y el confort de las mujeres en un entorno donde se sientan apoyadas desde la prudente distancia que necesita una mujer empoderada durante el trabajo de parto (16).

Muchas de las habitaciones de hospitales como el de Torrejón en Madrid, el Salnés en Pontevedra, Cee en A Coruña, el clínico de Barcelona, el de Santa Caterina de Girona, el Huércal-Overa de Almería y las Clínicas Quirón, disponen de bañeras de agua, de sillas de parto, y de los recursos necesarios para que en caso de no ser necesario, la mujer no deba desplazarse a un paritorio en el momento del expulsivo y pueda dirigir su propio trabajo de parto. De dicha experiencia se han constatado como beneficios la inducción a la relajación, la reducción de la ansiedad, la mejora de la perfusión uterina, un acortamiento en el tiempo de dilatación, un aumento de la satisfacción con la experiencia del parto y la sensación de control durante todo el proceso (17,18), constatando el efecto de dichos factores en la experiencia del parto.

Tal es así que autores como Freyermuth (19) consideran que medicalizar un proceso natural como es un parto sin indicios de un problema obstétrico o fisiológico, predice una experiencia negativa de trabajo de parto.

Otra opción cada vez más extendida y buscada por algunas mujeres es el parto en el propio domicilio. Se trata de una elección que se sostiene fundamentalmente en la idea de que el trabajo de parto que es inducido por la oxitocina, puede verse interrumpido por el estrés inherente al transcurrir de este proceso en los modernos hospitales de nuestros días, y que es esta inhibición la responsable de muchas de las prácticas que a posteriori se realizan para darle continuidad, como las inducciones, el uso de fórceps, anestesias, cesáreas, etc (20). Así mismo se considera que un parto en casa, es más respetuoso con la necesidad de intimidad, sosiego, quietud y silencio que una mujer necesita en ese momento para no estimular el neocórtex; y que ese respeto a la intimidad se extiende a la necesidad de moverse libremente, de conectar con las sensaciones corporales, de emitir todo tipo de sonidos o de expresar las emociones y el dolor con el cuerpo sin sentirse observada, examinada o juzgada (20).

En nuestro país resulta todavía escaso –si bien creciente- el número de madres que cada año deciden parir a sus hijos e hijas en su propio hogar (21), fundamentalmente por falta de apoyo asistencial al proceso. No obstante en nuestra comunidad, se ha observado un importante aumento de los partos que tienen lugar en el domicilio de la madre con respecto a los datos del 2011, debido mayoritariamente a la mayor disponibilidad de los profesionales para llevarlos a cabo (21); Baleares, por su parte, ofrece la libertad de elección con el asesoramiento de los profesionales sanitarios para que una madre pueda dar a luz en su casa o en el hospital(22), y en el año 2010, el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona se vió obligado a publicar la guía de asistencia al parto en casa ante la creciente demanda e iniciativa por parte de algunas mujeres (23).

Resulta obvio que la atención al parto normal ha cambiado considerablemente en Europa, básicamente a raíz del estudio de la OMS “tener un hijo en Europa”, el cual concluye que no más de un 10% de los procedimientos rutinarios realizados en la asistencia al nacimiento en los servicios oficiales ha pasado un examen científico adecuado, y que ello se debe fundamentalmente a la medicalización del nacimiento. Exceptuando Holanda que nunca medicalizó el nacimiento por la autonomía que pudieron conservar sus matronas, el resto de los países recibieron las recomendaciones de la OMS como si de un manual del parto natural se tratase, no obstante España, fue uno de los países que se desmarcó de esta tendencia a la desmedicalización del parto, lo que ha sido objeto de algunas advertencias por parte de la OMS, y supuso su colocación a la cola en el uso de intervenciones no medicamentosas para el alivio del dolor en el momento del parto (20).

En esta línea de actuación, la medicina no convencional, y las terapias alternativas, frecuentemente utilizadas por las mujeres en diferentes momentos de sus vidas, están constituyendo una alternativa real y relativamente eficaz para mejorar la vivencia del embarazo y la experiencia del trabajo de parto, llegando a acreditarse su uso en algún estudio, hasta en el 87% de las mujeres estudiadas (13, 24), fundamentalmente con la finalidad de paliar molestias del embarazo, como son la ansiedad, el estrés, el dolor, el insomnio, o las náuseas; contando por regla general con el apoyo de las matronas (25, 26, 27), dado su bajo coste, flexibilidad y variedad de aplicaciones, así como su compatibilidad con diferentes sistemas de valores y creencias (25, 28) y el aval científico de que disponen muchas de estas prácticas.

Particularmente las denominadas terapias energéticas, cuyo interés centra el foco de atención de este trabajo, han sido reiteradamente utilizadas en las últimas décadas en diversas partes del mundo, lo que las ha hecho objeto de estudio científico por parte de los profesionales

sanitarios a fin de poder comprobar su efectividad y utilidad en procesos como el embarazo y el parto (29, 30, 31).

Dentro de las terapias energéticas se puede encontrar, la aromaterapia, la musicoterapia, la acupuntura, el Toque Terapéutico, el Reiki, el Toque Sanador, la acupresión, etc, las cuales han sido reiteradamente objeto de estudios, cuyos resultados, en ocasiones controvertidos, han redundado en afirmaciones a favor de las mismas, en ocasiones sin ningún sostén científico. Tal es el caso de Fisher (29) quien afirmó la posible utilidad del toque terapéutico en la partería pero sin pruebas concluyentes; por otro lado Larden (30) sugirió que la aplicación del Toque Terapéutico es útil para tratar la dependencia a sustancias en mujeres embarazadas. Y una revisión sistemática sobre el uso de terapias alternativas en el embarazo concluía que no se podía confirmar la utilidad en el parto de terapias como la aromaterapia, terapias de relajación o el Toque Terapéutico (10).

No obstante diversos estudios revisados sugieren que el Toque Terapéutico es eficaz para disminuir el dolor, la ansiedad y las náuseas en el momento del parto (32), también la utilidad de la hipnoterapia para desvelar prejuicios, miedos y preocupaciones en torno al nacimiento, mejorando así la experiencia del parto (33).

En el año 2006, Vitale (34) realizó un estudio sobre el empleo del Reiki en mujeres intervenidas de histerectomía abdominal con un grupo control al que no se le aplica el envío de energía, encontrando una disminución significativa de la ansiedad y una reducción de la petición de analgesia en el grupo de intervención.

Coca-Camín (35) puso de manifiesto en sus trabajos de revisión, la eficacia del yoga en el embarazo y su potencial para preparar física y mentalmente a la mujer para la llegada del trabajo de parto, al conducir la tensión que pueden producir las contracciones mediante la respiración y la concentración. Del mismo modo Weston (36) comparó los resultados obtenidos en mujeres que emplearon reflexoterapia podal y aromaterapia

durante el parto, obteniendo una reducción de la necesidad de la inducción médica del parto frente a las que no las usaron.

Igualmente eficaz demostró ser la musicoterapia en el reciente estudio de Hosseini (37) al constatar una disminución del dolor en el grupo de intervención frente a las que no habían estado expuestas a musicoterapia. Sin embargo el estudio de Liu encontró positivos efectos en las mujeres que recibieron musicoterapia durante el parto, pero no puedo hallar diferencias estadísticamente significativas frente a las que no estuvieron expuestas.(38)

Una de las más aceptadas y empleadas terapias energéticas, durante el embarazo y el parto, es la acupuntura (10). Entre sus beneficiosos efectos, se han encontrado el aumento de la autoestima, la mejora del bienestar general, la reducción de la ansiedad y el dolor (8). También ha sido utilizada exitosamente como tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios, así como los producidos tras una cesárea o incluso por la analgesia epidural (39, 40, 41). Este hallazgo fue igualmente corroborado para la acupresión (42), utilizada en unidades de partos media hora antes de la analgesia revelando una significativa reducción de las náuseas y los vómitos post-anestesia frente al grupo control.

Por su parte Asher (43) estudió la eficacia de la acupuntura en el parto y sin embargo concluyó que no era eficaz para iniciar el trabajo de parto espontáneo o para reducir los partos por cesárea.

El estudio de Maza (25) con pacientes oncohematológicos, demostró la eficacia del Reiki en la mitigación de la ansiedad y los niveles de cortisol e IgA de los pacientes, si bien sólo se mantuvo el beneficio alcanzado en el 50% de los sujetos. En este trabajo, las sensaciones más experimentadas fueron calor, relajación muscular, sueño, disminución de ansiedad y mejora del estado de ánimo de los pacientes oncohematológicos.

Por su parte, Ribeiro (44) estudió la relación del toque terapéutico con el dolor, la depresión y el sueño, encontrando evidencia de efectividad para la disminución del dolor crónico y agudo, y una mejora en la calidad del patrón de sueño de la muestra estudiada.

Denison (45) pudo constatar también el beneficio atribuido al toque terapéutico para el alivio del dolor en pacientes que fueron diagnosticados de fibromialgia, permitiendo la intervención mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

Newshan (46) demostró que el empleo del Toque Terapéutico en niños hospitalizados fue promotor de comodidad, tranquilidad y bienestar en éstos. El estudio de Maville (47) realizado con una muestra de 30 sujetos a los que se les aplicó el Toque Sanador demostró beneficios en la reducción de la ansiedad, la frecuencia cardíaca, tensión arterial y temperatura, tras tres mediciones de las variables una antes de la intervención, otra durante y la última al finalizar.

Durante la gestación, fueron constatados los beneficios de las terapias de toque en el estudio de Larden (30), en la cual se establecieron tres grupos de intervención: uno al que se le aplicó el Toque Terapéutico, otro que el personal de enfermería se encargaba de pasar el mismo tiempo haciéndoles pensar que se les realizaba el toque terapéutico y un tercer grupo que se encontraba con cuidados estándares de dependencia con los psicólogos. El estudio concluyó con una reducción de la ansiedad en el grupo del Toque Terapéutico (30). Por otro lado, Kiernan (31), en un estudio realizado a cinco mujeres durante los dos meses siguientes al parto, aplicándoseles Toque Terapéutico en su domicilio, constató que las mujeres de su estudio se sintieron más seguras, sin que pudiese aseverar que dicha percepción se debió a la terapia de toque o a la reiterada presencia de los terapeutas.

Por el contrario encontramos investigaciones en la que los resultados no demostraron beneficios de la utilidad de estas terapias, así Johnston (48),

demostró que el toque terapéutico no es útil como terapia para los procedimientos dolorosos en neonatos prematuros.

En el 2012, O'Mathúna (49) trató de averiguar mediante una revisión la utilidad del Toque Terapéutico para la curación de heridas agudas, llegando a la conclusión que no hay pruebas que demuestren su utilidad, al encontrar estudios que muestran que con la intervención del Toque Terapéutico había un empeoramiento, otro en el que no se establecía ninguna diferencia entre el grupo control y el grupo intervención y un tercer estudio en el que se encontraba beneficio del Toque Terapéutico frente al grupo control.

Es probable que los resultados de la investigación disponible junto con la demanda social, hayan hecho que el Reiki haya sido considerado como una terapia complementaria de sanación por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 (25) y que en España, exista actualmente una Federación Española de Reiki, con un Código Deontológico de obligado cumplimiento de los Socios Federados (50, 51).

Si bien no utilizan las manos sino la mente para canalizar dicha energía a la que se atribuyen propiedades curativas, el rezo y la oración por intercesor, han sido técnicas igualmente utilizadas para intervenir sobre la salud de las personas, cuya eficacia se ha considerado controvertida a la luz de los hallazgos científicos disponibles (52). No obstante ha fructificado en la creación de grupos de personas que se reúnen periódicamente con la finalidad de enviar desinteresadamente energía con fines curativos a otras con problemas de salud específicos, o bien para promover su salud y bienestar como sucede con el movimiento internacional de mujeres que bajo el nombre de "bendición mundial del útero" se reúnen cada tres meses movilizándose actualmente la nada despreciable cifra de 65.000 mujeres en cada convocatoria (53).

Las terapias basadas en la energía del grupo de biocampo (54) que son las que nos interesan en este trabajo, son aquellas encaminadas a afectar

los campos de energía que, supuestamente, rodean y penetran el cuerpo humano, y entre las más conocidas de esta modalidad, se encuentran las terapias de toque que incluyen el Tacto curativo o sanador, el Toque terapéutico y el Reiki (37), todas ellas utilizadas a lo largo de los años por diversos profesionales de la salud, entre ellos la enfermería, Tal es el caso de Maza (25), que estudió la efectividad del Reiki prestado por enfermeras en pacientes oncológicos o el de Ávila (55), que describió el Reiki como parte de los cuidados de enfermería a las personas con diabetes mellitus tipo 2. De hecho en la actualidad, las más actuales taxonomías de enfermería recogen el toque terapéutico como una de esas intervenciones que un enfermero puede utilizar para resolver un problema de su competencia profesional. (56)

La utilización de las terapias de toque, más allá de las filosofías que subyacen a las diversas modalidades en que puede presentarse, ha generado una expectativa de resultado, que trasciende la mera eliminación de signos y síntomas a favor de un equilibrio en el campo energético de los individuos, y por consiguiente, el logro de todos los beneficios inherentes a esta nueva condición, que se sugiere, se va a ver alterada por la experiencia tan intensa y compleja que constituye el trabajo de parto, tal como describió Sellés (57) sugiriendo para su reequilibrio el uso de terapias energéticas como la acupuntura, la aromaterapia o las flores de Bach. Esta es la razón fundamental por la que consideramos que la utilización de las terapias energéticas –caso de tener capacidad de influir la experiencia humana- debe tener potencial de mejora de toda la experiencia subjetiva del trabajo de parto y no meramente de la ansiedad o el dolor.

Para comprender el mecanismo explicativo y la utilización durante tantos años por parte de los profesionales de la salud de estas prácticas de curación holística y autocurativas (46), la demanda que de ellas hacen algunos pacientes, o el que hayan formado parte de planes de estudios contemporáneos de muchas escuelas enfermeras, y que lo sigan

haciendo en forma de formación de postgrado e investigaciones aplicadas, resulta imprescindible comprender el mecanismo por el cual contribuyen al mayor bienestar del individuo.

Se postula que las terapias de toque, son formas de intervención sobre el campo electromagnético humano mediante el acercamiento o colocación de las manos, sobre diversos puntos del cuerpo, a fin de desbloquear los vórtices energéticos que las filosofías de Extremo Oriente denominan chakras, y cuya existencia no ha quedado acreditada ante la medicina tradicional (50).

Si bien antaño, la utilización de las terapias de toque, implicaba la asunción de creencias espirituales como la disponibilidad de energía de una fuente universal equiparable a la idea de Dios en nuestra cultura, en la actualidad, se alude al supuesto conocimiento de la física cuántica, difícilmente interpretable y cuestionable por los profesionales sanitarios.

En su virtud, se explica que los efectos que se producen sobre las personas cuando se usan terapias mediadas por la imposición de manos sobre el cuerpo, se producen debido a la existencia de una conexión energética entre el magnetismo de la tierra y el cuerpo humano, debido a la existencia de una señal energética muy fuerte entre la tierra y la ionosfera, que es la empleada por los ingenieros de telecomunicaciones para modular la señal de las redes de televisión. Esta fuerza energética hace que vivamos en una realidad vibratoria a una frecuencia de 7 a 10 ciclos por segundo, que es lo que se llama frecuencia de Schuman. La frecuencia de Schuman vibra a la misma velocidad que las ondas alfa del cerebro, que se transmiten a través del sistema perineural (58, 59) hacia las manos, por eso al proyectar las manos, como se hace en la práctica de estas terapias, proyectamos la energía que viene resonante de las vibraciones de Schuman. Si se analiza la frecuencia de las manos, sale un patrón que va de 2Hz a 30Hz, que es cinco mil veces más potente que

la corriente eléctrica del corazón que genera la señal electrocardiográfica (60).

Las terapias energéticas de toque, se sugiere que funcionan vibracionalmente. Ballester refiere que estudios en humanos muestran que el aislamiento vibracional, causa múltiples disfunciones en el organismo, normalizándose la situación cuando se aplica una frecuencia similar a la producida por las vibraciones de Schuman (61), así se explica como las terapias de toque, que puede canalizar la energía a una frecuencia similar a la frecuencia de Schuman a través de las manos del terapeuta interacciona con alguna estructura física, haciéndola vibrar a la frecuencia de las ondas de Schuman como forma de solucionar el problema (62).

En España el uso de estas terapias está bastante extendido, especialmente en la forma oriental de Reiki (63) y su demanda es cada vez mayor (50). Su uso en hospitales es un hecho real en varios países de Europa y en Estados Unidos, empleándose en más de 800 hospitales estadounidenses para situaciones de emergencias como ataques de asma, picaduras de insectos y reptiles, quemaduras solares y reacciones alérgicas agudas (64). En nuestro país, ya se utiliza con cierto carácter de continuidad en el Hospital 12 de Octubre, en el Ramón y Cajal y el Gregorio Marañón de Madrid; en el Vall d'Hebron y el hospital de Mataró de Barcelona; en los hospitales Virgen de la Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla, en el Centro Sanitario de Jerez; y en entidades como Mapfre España, que tiene reikistas en plantilla. (50)

Sea en la forma de toque terapéutico o Reiki, hablamos de terapias energéticas donde las manos son una vía de canalización de energía que proviene del exterior del cuerpo del terapeuta hacia el cuerpo del paciente, con la finalidad de reequilibrar su campo de energía y coadyuvar en la curación natural de su cuerpo. La modalidad tipo Reiki, se diferencia del toque básicamente en la filosofía que subyace a la misma y en la

utilización de simbología oriental para poder enviar energía a distancia y en grupos, aspecto que de funcionar, resultaría de gran interés en la práctica enfermera. Esta modalidad de canalización de energía hacia una persona desde la distancia, puede realizarse según la práctica tradicional del Reiki-usui, que es la única que admite esta posibilidad- de cinco modos posibles, que son la técnica de reducción, la del sustituto, la técnica de la foto, la de la rodilla y la del cuaderno (65), por tanto no es necesaria la presencia física de la persona susceptible de recibir los beneficios de este envío de energía, del mismo modo se permite su aplicación en grupos, que en caso de tener potencialidad terapéutica, agilizaría de una forma extraordinaria el trabajo del enfermero con esta finalidad.

Llegados a este punto, resulta crucial comprender si existe una legitimación por parte del profesional de enfermería para utilizar terapias energéticas en su consulta, considerando las finalidades y el objeto de la profesión.

En la práctica asistencial, a falta de una regulación legal, la cuestión ha quedado zanjada de la mano de consolidada jurisprudencia, de los más altos tribunales de nuestro país, por medio de la que se ha reconocido el potencial de utilización de dichas terapias a los profesionales de enfermería que acrediten cierta formación sea de grado o de postgrado para poder aplicar con cierto rigor las técnicas complementarias que considere apropiado utilizar en su consulta. (66,67)

Pero en el campo teórico dicha legitimación es si cabe más importante, puesto que supone la integración de unas prácticas de uso controvertido y finalidades no del todo explicitadas, dentro de un modo de comprender y hacer enfermería, y no como una mera actividad técnica con cierto carácter extraordinario o alternativo, más allá de los cuidados enfermeros.

Sostiene para ello este estudio, la teoría del ser unitario de Martha Rogers, quien ha puesto de manifiesto que el campo electromagnético

humano no es ajeno a los profesionales de enfermería. Ya en el año 1970, Martha Rogers publicaba su modelo conceptual del ser humano unitario bajo el título *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. En su teoría postuló que el ser humano es un campo de energía irreducible, indivisible y pandimensional que se identifica con un modelo y unas características propias de esta unidad, que constituye una entidad mucho más importante que la suma de sus partes; y que el entorno es otro campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica también con un modelo y se integra con el campo energético humano, de forma que ambos campos interaccionan constantemente y cambian de un modo continuo, creativo e integral, afirmaciones que sostiene en la teoría del universo de sistemas abiertos.

A su vez, sostiene que en cada campo de energía se establece una característica distintiva, que se percibe como un único movimiento al que llama patrón. Cada patrón de campo humano es único y se integra con el campo del entorno. Se trata de algo abstracto que cambia continuamente y que se revela por medio de las manifestaciones de enfermedad, malestar o bienestar. El cambio que sufre el patrón es continuo, innovador y relativo. (68)

Para Rogers (68,69), la función de la enfermera es ayudar a la persona a establecer modelos de vida que se ajusten a los cambios del ambiente en lugar de entrar en conflicto con ellos. Su intervención de cuidados de enfermería se basa en el fomento de una interacción armónica entre la persona y el ambiente, de modo que se fortalezca la integridad del campo energético humano y se dirijan y reconduzcan las pautas de actuación entre el patrón del campo humano y el ambiental.

Por esta razón, la teoría del Ser Humano Unitario de Rogers ha sido utilizada en diversos estudios (70), especialmente para fundamentar la utilización de terapias energéticas en la planificación de los cuidados de enfermería con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente.

El presente estudio tiene como finalidad proveer de respuesta a la pregunta ¿puede el toque terapéutico mejorar la experiencia del trabajo de parto? Para ello, la teoría de Rogers, proporciona un marco desde el que comprender que el embarazo y el parto constituyen una experiencia que modifica el campo de energía humano, y que el trabajo de parto en sí mismo, como hemos visto en las páginas anteriores, supone un complejo proceso en el cual, la interacción con el entorno determina de un modo crucial la experiencia subjetiva y objetiva de la mujer.

Se infiere de ello, que la utilidad de este estudio para el profesional de enfermería, será el poder ayudar en el fomento de esa interacción armónica entre la mujer y el entorno durante el parto, influyendo el campo de energía de la mujer mediante la canalización de energía hacia el mismo, favoreciendo una interacción armónica de éste con el entorno, mediada por esa energía que la mujer recibe.

Desde este marco teórico, el problema que pretendemos evitar es la “Perturbación en el Campo de Energía” de la mujer, un problema enfermero que ha sido etiquetado en la taxonomía enfermera NANDA, y donde se establecen como indubitados factores relacionados el embarazo y el parto. Así mismo se reconoce el potencial de uso de estas terapias por profesionales enfermeros, toda vez que en la taxonomía de posibles resultados NOC, se han identificado para este diagnóstico enfermero, el bienestar, el nivel de comodidad y el nivel de dolor como criterios de efectividad del tratamiento enfermero; y como intervenciones NIC, sugeridas para el profesional de enfermería, el toque terapéutico (56).

Desde estas premisas nos hemos planteado un estudio dirigido a conocer el potencial de eficacia del toque terapéutico a distancia para mejorar la experiencia de trabajo de parto, desde una posición de neutralidad, sin la expectativa de un resultado que apoye o refute ciertas tesis, sino desde la necesidad o el deseo de disponer de un conocimiento veraz y fidedigno con que poder aconsejar y ayudar a las personas con las que trabajamos.

## 2.- Bibliografía más relevante:

Canaval GE, González MC, Tovar MC, Valencia M. La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible". Invest. Edu. Enferm. 2003; 21 (2): 32-4

Estudio cualitativo en el que se investiga sobre la experiencia de trabajo de parto, permitiendo conocer las vivencias y sentimientos de diferentes mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto.

Quintana C, Etxeandia I, Rico R, Armendariz I, Fernández I. Atención al parto normal. [Internet] Bilbao: 2010[Consultado el 25 de Mayo del 2014].

Disponible en: [http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia\\_atencion\\_parto\\_mujeres.pdf](http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia_atencion_parto_mujeres.pdf)

Guía de práctica clínica que pone a disposición la página del SERGAS, en la cual se recoge como se debe realizar un parto normal, así como diferentes terapias alternativas que se realizan en diferentes hospitales gallegos

Freyermuth G, Sesia P. La Muerte Materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura. CESIAS. Méjico; 2009.

Artículo que recoge la situación actual del parto desmedicalizado, la opinión y postura de la OMS ante esta visión.

Ramón E. ALternative guidelines of tratment of the pain in the low risk labor. Nure Investigación: 2009; nº 41

Artículo de revisión bibliográfica que recoge la situación y el posible uso en el parto de diferentes terapias alternativas.

Fischer S, Johnson PG. Therapeutic touch. A viable link to midwifery practice.

J Nurse Midwifery. 1999 May-Jun;44(3):300-9. Review. PubMed PMID: 10380448.

Artículo obtenido a través de Pubmed, en el que se sugiere la aplicación del Toque Terapéutico en el parto ya en 1999.

### **3.- Hipótesis:**

Hipótesis nula H0: La intervención grupal de toque terapéutico a distancia en el último mes de embarazo, no presenta beneficios en el parto, al no mejorar la experiencia del trabajo de parto.

Hipótesis alternativa H1: La intervención grupal de toque terapéutico a distancia en el último mes de embarazo, presenta beneficios en el parto, al mejorar la experiencia del trabajo de parto.

## 4.- Objetivos

El objetivo general de este estudio será:

- Determinar si una intervención de Toque Terapéutico a distancia puede mejorar la experiencia del trabajo de parto en una muestra de mujeres del ayuntamiento de Carballo, que acuden a las clases de preparación al parto al centro de salud de referencia.

Los objetivos específicos de este estudio serán:

- Determinar si la intervención de Toque descrita puede mejorar la percepción del dolor en el parto
- Determinar si la intervención de Toque puede modificar el nivel de ansiedad vivenciado en el momento del parto
- Conocer si la intervención de Toque Terapéutico puede mejorar la experiencia subjetiva del trabajo de parto

En caso de encontrarse efectividad en la intervención del toque terapéutico,

- Identificar las variables que pueden condicionar la efectividad del toque terapéutico en la mejora de la experiencia del trabajo de parto

## **5.- Metodología:**

Se propone un diseño mixto con una primera parte en la que se realizará un estudio experimental sólo post-test a doble ciego, en el cual consideraremos como variables dependientes, la edad de las participantes, su nivel de estudios, el número de clases de preparación al parto a las que han asistido, la nacionalidad, la tipología de parto, número de parto, duración del trabajo de parto, percepción de miedo, dolor, confianza en las capacidades de la propia participante, confianza en la disponibilidad de ayuda por parte de su familia, confianza en la pericia de los profesionales que la atienden, apoyo familiar percibido, y ansiedad; en cuanto a la variable independiente será la recepción del energía a distancia. Su finalidad es comprobar la hipótesis alternativa.

En la segunda parte, de corte cualitativo, se realizará una entrevista en profundidad dirigida a responder a la pregunta “¿Cómo has vivido la experiencia de este parto?” explorando para ello los aspectos de miedo, dolor, confianza en las capacidades propias, confianza en la disponibilidad de ayuda, confianza en los profesionales que prestan asistencia al parto y al recién nacido, aparición de complicaciones en la madre o en el hijo, tipología de parto, gestaciones anteriores, contacto precoz con el hijo, y separación del hijo al nacimiento,

### **5.1.- Revisión bibliográfica:**

Realizamos una exhaustiva revisión bibliográfica con el fin de localizar información científica sobre el tema de estudio. Para ello se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ámbito sanitario.

A tal efecto se incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y artículos de revistas, dejando a un lado las cartas al director, comentarios

y editoriales. En cuanto al idioma de los estudios se seleccionó el español, inglés, portugués y francés, se limitó la búsqueda principal a los trabajos publicados desde 2004 hasta marzo del 2014 con el fin de revisar la literatura científica más actual en relación a la pregunta de estudio

En cuanto a la búsqueda de la bibliografía, se analizaron dos tipos de bases de datos:

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas, como la Cochrane Library Plus cuya estrategia de búsqueda fue la siguiente, “(((“Therapeutic Touch”[Mesh]) OR “Complementary Therapies”[Mesh]) AND “Pregnancy”[Mesh]) AND “Pain”[Mesh]”, se encontraron 3.

También se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos de ámbito general (Medline, Dialnet, AMED: Allied & Complementary Medicine, Scopus, ISI Web of science).

La estrategia de búsqueda realizada fue la que se presenta a continuación:

- Medline:  
 “(((“Therapeutic Touch”[Mesh]) OR “Complementary Therapies”[Mesh]) AND “Pregnancy”[Mesh]) AND “Pain”[Mesh]”  
 Limit: 2004-2014; English, Spanish, French, Portuguese; humans.  
 Nº de resultados: 165
- Dialnet:  
 “Toque terapéutico o terapias alternativas y embarazo y dolor”  
 Filtros: artículos de revistas.  
 Nº de resultados: 78.
- AMED: Allied & Complementary Medicine:  
 “Therapeutic touch or complementary therapies and pregnancy and pain”.  
 Nº de resultados: 2
- Scopus:

“Therapeutic touch or complementary therapies and pregnancy and pain”.

Filtros: años: 2004-2014; idioma: portugués, español, francés e inglés; artículos y revisiones.

Nº de resultados: 25

- ISI Web of Science:

“Therapeutic touch or complementary therapies and pregnancy and pain”.

Filtros: años: 2004-2014; idioma: portugués, español, francés e inglés; artículos, revisiones y ensayos clínicos.

Nº de resultados: 6

Una vez revisados y analizado toda la bibliografía encontrada, eliminando duplicados, posibles artículos que no tuvieran relación con el tema a investigar e incluyendo alguna página web de interés sobre el tema, nos quedamos con un total de 66 referencias.

Para aumentar la bibliografía buscamos posibles artículos y documentos de interés científico a través de Google Scholar, en esta gran base de datos localizamos unos 15.400 posibles artículos relacionados con este tema pero solo utilizamos unos 18 artículos para complementar la información, los cuales 10 pertenecían a la base de datos Scielo.

## **5.2.- Ámbito de estudio:**

El presente estudio se llevará a cabo en la comarca de Bergantiños, captándose para ello mujeres embarazadas a través de la matrona del centro de salud de Carballo (La Coruña), que es el de referencia para toda la comarca que muestren su disposición para recibir energía tipo Toque Terapéutico a distancia con la finalidad, de promover una experiencia de parto positiva y a participar en la entrevista en profundidad que les será realizada en las revisiones rutinarias en la consulta de la matrona, después del parto.

El rango de edad de las participantes en el estudio oscila entre los 18 y 45 años y la captación es realizada cuando las mujeres, acuden a la consulta de la matrona a las clases de preparación al parto. La matrona del centro de salud las informa del estudio, les proporciona la “hoja de información del paciente”, así como el Consentimiento Informado y pone a su disposición una dirección de correo electrónico para permitir el contacto con los investigadores.

Las personas encargadas del procedimiento de envío de la energía a distancia, es personal cualificado con nivel II o maestría en Reiki, dado que el nivel II es el mínimo que se considera necesario para poder realizar envíos de energía a distancia. Son personas formadas y con años de experiencia práctica, que se prestan a participar en este estudio voluntaria y desinteresadamente, a fin de poder aportar o refutar la evidencia de la efectividad Reiki a distancia en la mejora de la experiencia del parto.

### **5.3.- Período de estudio:**

El período de estudio será de 18 meses

- Enero 2015:

En este mes, el investigador principal, llevará a cabo la constitución del grupo de trabajo, la revisión bibliográfica y la solicitud de permisos oportunos.

- Febrero a Junio de 2015:

A lo largo del mes de Febrero, el investigador principal llevará a cabo la presentación del proyecto a los profesionales encargados de la realización del toque terapéutico como a la matrona-s del centro de salud. Dichas sesiones informativas se harán a lo largo de este mes, en horarios flexibles para poder realizarse con mayor comodidad, informando del tipo de estudio que se pretende realizar, y del respaldo científico con el que cuenta. Del mismo

modo, se realizará la captación de las mujeres en la consulta de la matrona del centro de salud de Carballo.

- Desde Mayo 2015 hasta Febrero del 2016:

Aplicación del Toque Terapéutico al grupo intervención, a través de la técnica del cuaderno en grupos que se irán creando a medida que las mujeres estén próximas a los 7 meses de gestación, quedando el momento de envío de la energía al criterio de los reikistas.

A medida que tengan lugar los partos, se procederá de la forma pautada a recoger los datos cuantitativos y cualitativos necesarios para el estudio, que serán almacenados en las oportunas bases de datos o ficheros hasta el momento del análisis de los mismos.

El número de participantes vendrá determinado por el momento de saturación de la entrevista.

- Marzo y Abril del 2016:

Procederemos al análisis de los resultados, con la ayuda de un estadístico.

- Mayo y Junio del 2016:

Se llevará a cabo la redacción final del trabajo, así como publicación y difusión de los principales resultados a través de revistas científicas. Esta labor será realizada por el investigador principal. Teniendo en primer lugar, la semana del 2 de Mayo una reunión con las participantes del estudio aportándoles los resultados obtenidos.

	MES																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Solicitud de permisos	X																	
Constitución del grupo de trabajo	X																	
Revisión de la literatura	X																	
Presentación del proyecto		X	X	X	X	X												
Selección de los pacientes					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Recogida de datos y realización de las entrevistas															X	X		
Publicación de los resultados a las participantes																	X	
Redacción y publicación de resultados																	X	X

#### **5.4. Criterios de inclusión y exclusión:**

Los criterios de inclusión para la selección de pacientes son los que se presentan a continuación:

- Mujeres embarazadas que acuden a la matrona del Centro de Salud de Carballo
- Ser mayor de 18 años
- Prestar voluntariamente su consentimiento para participar en este estudio.
- Mostrar disposición para atender las citas propuestas después del parto

Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de edad
- Gestaciones de alto riesgo

Como criterios de retirada:

- Incongruencia en las respuestas de las encuestas
- Manifestación de su deseo de abandonar el estudio
- No participación en las entrevistas en profundidad.

#### **5.5.- Estimación del tamaño muestral:**

Hemos escogido el ayuntamiento de Carballo porque cuenta con una población joven y un crecimiento demográfico positivo por la juventud de su población, toda vez que concentra y atrae población de los ayuntamientos periféricos al tratarse de una zona de gran desarrollo económico por ser capital de la comarca bergantiñana.

Con casi 30.000 habitantes, de ellos más de 16.000 son mujeres, y tenemos constancia de que en el año 2012 se produjeron 294 embarazos, atendidos en este centro de salud (72), lo que ha hecho posible concentrar los esfuerzos de captación en un único punto geográfico al que

las mujeres han de acudir necesariamente si optan por seguir su embarazo en el sistema público de salud.

Realizando los siguientes cálculos:

- 50% de las mujeres embarazadas optan en algún momento de su embarazo por el uso de terapias alternativas, con los datos del 2012 contaríamos con un total de 147 mujeres.
- A través de las siguientes fórmulas, realizándola con un 95% de seguridad y contando con unas pérdidas del 10, sería necesario realizar el estudio con una muestra de 44 mujeres.
- Asumiendo unas posibles pérdidas del 10%, la muestra ajustada sería de 48 participantes en cada grupo

## **5.6.- Procedimiento de aleatorización:**

Las mujeres seleccionadas, serán aleatorizadas durante el periodo del estudio. Una vez informadas de en que consistiría el estudio y tras recibir firmado el consentimiento informado se asignará aleatoriamente al grupo de intervención o al grupo control. Dicha asignación, se realizará a través del programa informático Epidat 4.0, que genere dos grupos de tratamiento y asigne de forma simple a los pacientes seleccionados a cada uno de los grupos (73). A los pacientes se les asignará un código de dos dígitos del 01 al 48, asignándose de manera consecutiva y siguiendo el orden de aleatorización. Este proceso será a doble ciego de tal modo que ni el investigador ni las pacientes conozcan en que grupo están.

## **5.7.- Procedimiento:**

### **5.7.1.- Profesionales:**

Se ha contactado con tres personas con amplia experiencia y formación acreditada para el envío de energía a distancia en el sistema de Reiki-Usui que es el más habitual en nuestro medio. Se trata de personas que se prestan voluntaria y desinteresadamente a la participación en este estudio y al envío de energía a los grupos que les presentemos.

A propuesta de los reikistas, se organizan grupos de mujeres embarazadas cuyos nombres son escritos en un papel, que funciona como “sustituto” de la persona que recibe la energía y que sirve de base para la canalización de la energía que es conocida como la técnica “del cuaderno”. Los tres reikistas actúan al mismo tiempo en las fechas y horas que acuerdan a tal fin.

### **5.7.2.- Selección de pacientes:**

Tras informar a las pacientes, la matrona facilita la participación en el estudio ofreciéndoles la Hoja de Información del paciente y el Consentimiento Informado si voluntariamente acceden a la participación en el mismo, proporcionándoles además una dirección de correo electrónico por si en algún momento quieren contactar con los investigadores.

Una vez seleccionada la población, se establecerán dos grupos, de manera aleatoria que solo conocerán los profesionales encargados de realizar la transmisión de energía:

- Grupo control: compuesto por pacientes que cumplan los requisitos de inclusión en el estudio, pero que aleatoriamente no sean elegidos para formar parte del grupo de intervención, y por lo tanto no se les aplicará el toque terapéutico aunque ellos no lo sepan.
- Pacientes del Grupo de Intervención: aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el estudio y sobre ellos se aplicará el envío de energía a distancia.

### **5.7.3.- Establecimiento de variables:**

Para la realización de la parte cuantitativa del estudio hemos considerado las siguientes variables:

- Variables dependientes:

1. Edad.
2. Nivel de estudios
3. Nacionalidad de la mujer
4. Tipo de parto
5. Número de parto
6. Número de clases a las que asistió de preparación para el parto
7. Duración del trabajo de parto
8. Grado de miedo vivenciado durante el parto
9. Grado de confianza en el personal que le atendió
10. Apoyo familiar percibido
11. Grado de confianza en sus propias capacidades para el parto
12. Nivel de dolor sentido durante el parto.
13. Métodos analgésicos farmacológicos y no farmacológicos empleados en el momento del parto
14. Nivel de ansiedad percibido durante el trabajo de parto

- Variable independiente:

1. La recepción de energía a distancia.

La parte cualitativa se medirá partiendo de la pregunta ¿Cómo ha sido la experiencia que ha vivido en este parto? Y dentro de la misma, se analizarán los siguientes temas:

1. Satisfacción global con la experiencia
2. Empoderamiento personal
3. Confianza en los profesionales que la atendieron
4. Apoyo familiar percibido
5. Miedo al parto

6. Miedo a las posibles complicaciones para la madre o el hijo
7. Vivencia del primer contacto con su hijo/a
8. Repercusión en la experiencia de partos anteriores o cercanos

### **5.8.- Recogida de Datos:**

Al tratarse de un estudio experimental post-test sólo se hará la recogida de datos al finalizar la gestación en las visitas de seguimiento a la matrona.

En la primera visita a la matrona tras el parto, se recogerán los datos cuantitativos relativos a dolor y ansiedad en el momento del parto, y los datos cualitativos de la primera entrevista en profundidad sobre la experiencia subjetiva del trabajo de parto.

En las dos visitas siguientes se harán las otras dos entrevistas en profundidad para aumentar la veracidad de las respuestas.

Durante el periodo de estudio se creará una carpeta para cada paciente en la cual se guardarán los cuestionarios de ansiedad y dolor, los contenidos de las diferentes entrevistas y el número de paciente sin que se haga referencia a su pertenencia al grupo control o al de intervención, conteniendo el cuestionario (Anexo I)

Para la parte cualitativa, los datos serán recogidos mediante entrevista en profundidad que será grabada y posteriormente transcrita informáticamente.

Para la valoración de la variable independiente, al finalizar la recogida de datos los profesionales encargados de la realización del envío de energía nos enviara un listado con los códigos pertenecientes al grupo intervención.

### **5.8.1.- Instrumentos empleados para los datos cuantitativos:**

Emplearemos el Inventario de Ansiedad de Beck para la valoración de la ansiedad vivenciada en el momento del parto. Se trata de un cuestionario que consta de 21 ítems, cada uno de los cuales se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de la puntuación de todos los ítems, el significado será: 00-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada y más de 36 ansiedad severa. La fiabilidad y validez de este cuestionario fue demostrada en 1998 por Sanz y Vázquez. (76)

Para la medición del nivel de dolor sentido durante el parto, emplearemos la escala visual analógica EVA. Consiste en una sencilla escala ordinal del 0 al 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor posible, permitiendo objetivar la intensidad del dolor sentido por la mujer durante el parto. Es un instrumento muy sencillo pero confiable.

Para la medición del resto de las variables, que podrían tener interés para responder al último de los objetivos planteados se presenta un cuestionario de elaboración propia que utiliza básicamente escalas ordinales similares a las de la escala EVA para medir las variables que presentan cierta gradación, o preguntas abiertas concretas como el número de hijos o cerradas como el tipo de parto.

## 5.9.- Análisis de datos:

La estrategia de análisis estadístico de la parte cuantitativa, tendrá como finalidad dar respuesta a los objetivos primero, segundo y cuarto, planteados en el proyecto y a tal efecto se llevará a cabo un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, expresando variables cuantitativas como la media, la desviación típica y variables cualitativas como el valor absoluto y el porcentaje, junto a su intervalo de confianza del 95%.

Se realizará la comparación de medias, tras comprobar la normalidad con el test T de Student. Se realizarán comparaciones de porcentajes, para evaluar las variables cualitativas, con el test chi-cuadrado.

Adicionalmente, se estudiará la relevancia clínica de la intervención mediante el cálculo del riesgo relativo (RR), la reducción del riesgo relativo (RRR), la reducción absoluta del riesgo (RAR) y el número de pacientes necesarios a tratar (NNT).

Todas estas medidas se presentarán con su intervalo de confianza al 95%. Los análisis se realizarán usando el paquete estadístico “the Statistical Package for the Social Sciences software, version 19.0” (SPSS, Chicago, IL).

Para realizar el análisis de los resultados se contará con la ayuda de un estadístico.

El análisis de datos de la parte cualitativa se realizará a partir del momento de saturación, identificando entonces de los temas abordados aquellos emergentes con mayor potencial de describir la experiencia de trabajo de parto procediendo con su análisis a responder al objetivo tercero de este estudio, y que será encargado a una persona con experiencia en el manejo del programa ATLAS TI.

### **5.10.- Limitaciones de estudio:**

Sesgos de selección: como consecuencia de los criterios de inclusión y exclusión:

- El número de mujeres embarazadas, que conozcan las terapias energéticas y más concretamente el Toque Terapéutico o Reiki, por lo que puede suponer una limitación a la hora de la selección de los pacientes
- Que debido al tiempo del estudio, no se pudo alcanzar el tamaño de la muestra predeterminado.

Sesgos de información: aquellos derivados de la metodología empleada para la obtención de datos y su registro:

- Un segundo sesgo puede estar ligado a los cuestionarios de recogida de datos, a la falta de comprensión de alguna de las preguntas. Se usan para ello cuestionarios validados para la medición de ansiedad y dolor en la experiencia del parto

## 6.- Memoria económica:

### 6.1.- Recursos disponibles:

El contacto con las mujeres se realiza en la consulta de la matrona del Centro de Salud de Carballo, así como la transmisión de información vía online o telefónica. Programa informático Epidat 4.0 obtenido gratuitamente a través de la página oficial del SERGAS (73). Personal capacitado y con práctica en la realización del envío de energía, que se presta voluntariamente a su realización.

### 6.2.- Recursos solicitados:

1. Recursos humanos:	
a. Servicio de traductor (6 artículos) →	200€ x 6 = 1.200€
b. Profesional estadístico	500€
2. Recursos materiales:	
a. Material bibliográfico y reprografía →	450€
b. Material de oficina →	800€
3. Difusión de datos:	
a. Asistencia a congresos ( 5 congresos) :	
Inscripción, viajes y alojamiento →	5.000€
<b>TOTAL:</b>	<b>7.950€</b>
+ 21% de gastos de gestión →	1669€

<b><u>COSTE TOTAL: 9.619€</u></b>
-----------------------------------

### 6.3.- Financiación de la investigación:

Realizamos una búsqueda sobre la existencia de becas y ayudas para la investigación en el ámbito de la salud. De las que encontramos seleccionamos las siguientes que nos podrían ser útiles:

El toque terapéutico y el trabajo de parto

- Ayudas a la investigación Ignacio H. de Larramendi (MAPFRE)(77): convoca 50 ayudas a la investigación de las cuales, 20 se destinan a la salud. El ámbito de la convocatoria es mundial. Cuantía económica 15.000€
- IX Convocatoria de becas para proyectos de investigación clínica fundación Dexeus Salud de la Mujer (78): 5 ayudas de 6.000€.
- Instituto de Salud Carlos III (79): Ayudas de la Acción estratégica en Salud 2013-2016. Becas del Fondo de Investigación Sanitaria. Cuantía económica 15.000€.

## **7.- Aspectos ético-legales:**

Este proyecto se realizó siguiendo y respetando los principios éticos fundamentales recogidos en la Declaración de Helsinki (80), el Convenio de Oviedo (81) y las Normas de Buena Práctica Clínica.

Del mismo modo, se respetan también los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación.

### **7.1.- Compromiso del Investigador con las buenas prácticas clínicas:**

Los participantes de este estudio nos comprometemos a que todo dato recogido de los sujetos a estudio sea separado de sus datos de identificación personal, asegurando el anonimato de dichos pacientes.

Se respetará la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (82), así como la Ley 3/2001, de 28 de Mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (83).

Se realizará los trámites oportunos en el Comité Ético de Investigación Clínica.

En cuanto a los pacientes se les entregará la Hoja de información del paciente y Consentimiento Informado (Anexo II y III (84))

### **7.2- Confidencialidad de la Información:**

Los datos de los pacientes son recogidos por los investigadores y se les establece un código numérico protegiendo la identidad del paciente.

## 8.- Plan de difusión de los resultados:

Consideramos que este estudio es de interés para los siguientes perfiles profesionales: matronas, colectivo de enfermería y profesionales dedicados a las terapias alternativas, médicos y ginecólogos, debería realizarse tanto a nivel nacional como internacional.

Las revistas que hemos elegido para la difusión de los resultados serían:

- Matronas:
  - o Birth: Issues in Perinatal Care con un factor de impacto (JCR) de 2'926
  - o Midwifery con un factor de impacto del 1'116
  - o MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing con un factor de impacto de 0'897
- Enfermería:
  - o Holistic Nursing Practise con un factor de impacto de 0'341
  - o Nursing Research con un factor de impacto de 1'556
- Ginecología:
  - o Gynecologi and Obstetri Investigation con un factor de impacto de 1'103
  - o Obsterics and Gynecology con un factor de impacto de 4'798.

Siguiendo con una difusión a través de congresos creemos que pueden ser útiles y se deben de difundir por medio de los siguientes:

- A nivel nacional:
  - o XVII Congreso Nacional de Matronas
  - o XXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor (ASEEDAR-TD)

- XII Congreso Nacional de Enfermería en Cuidados Complementarios y Terapias Naturales
- A nivel internacional:
  - VI Congreso Internacional virtual enfermería
  - 31° Congreso trianual de la Confederación Internacional de Matronas
  - II Congreso Internacional de Masaje y Terapias Alternativas.

**ANEXOS:**

El toque terapéutico y el trabajo de parto

**ANEXO I: CUESTIONARIO PARA EL PARTICIPANTE:**

EDAD:

NACIONALIDAD:

1. Nivel de estudios:

- Primarios
- Medios
- Universitarios

2. Si ha tenido algún parto anterior a este, ¿Qué número representa este?

3. Tipo de Parto, señale lo que ocurrió en su parto:

- Fue a tiempo
- Prematuro y espontáneo
- Se adelanto y lo provocaron
- Se retraso y fue espontáneo
- Parto Vaginal
- Parto Vaginal empleando fórceps, ventosa o palas
- Cesárea

4. Aproximadamente, ¿Cuánto duró el proceso de parto?

5. Indique el número de clases de preparación al parto a las que asistió:



- No utilizó ni le aplicaron nada para aliviar el dolor

12. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI): Lea cada uno de los ítems, y responda como se sentía en el momento del trabajo de parto, teniendo en cuenta que 1 significa en absoluto, 2 levemente, 3 moderadamente y 4 severamente:

- Torpe o entumecido	1	2	3	4
- Acalorado	1	2	3	4
- Con temblor en las piernas	1	2	3	4
- Incapaz de relajarse	1	2	3	4
- Con temor a que ocurra lo peor	1	2	3	4
- Mareado, o que se le va la cabeza	1	2	3	4
- Con latidos del corazón fuertes y acelerados	1	2	3	4
- Inestable	1	2	3	4
- Atemorizado o asustado	1	2	3	4
- Nervioso	1	2	3	4
- Con sensación de bloqueo	1	2	3	4
- Con temblores en las manos	1	2	3	4
- Inquieto, inseguro	1	2	3	4
- Con miedo a perder el control	1	2	3	4
- Con sensación de ahogo	1	2	3	4
- Con temor a morir	1	2	3	4
- Con miedo	1	2	3	4
- Con náuseas, vómitos o diarrea	1	2	3	4
- Con desvanecimientos	1	2	3	4
- Con rubor facial	1	2	3	4
- Con sudores, fríos o alientes	1	2	3	4

## **ANEXO II: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:**

**TITULO:** ¿Cómo puede mejorar el toque terapéutico la experiencia del trabajo de parto?

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** M<sup>a</sup> del Carmen Figueiras Vázquez.

Esta investigación se realiza de forma presencial a través de la consulta de la matrona del centro de salud de Carballo, del mismo modo se puede poner en contacto con nosotros a nivel online a través de la dirección de correo electrónico: XXXXXXXXXX

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada de la investigadora, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si lo desea, puede pedirles opinión a otras personas y tomarse el tiempo que necesite.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted, puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

El propósito de este estudio es averiguar los posibles efectos beneficiosos de las terapias energéticas como el Toque Terapéutico a distancia, para las mujeres en el momento del parto.

Necesitamos su colaboración para que nos autorice el uso de una serie de datos de carácter personal para la cumplimentación de unos cuestionarios específicos relacionados con el estudio, así como a la grabación de las entrevistas realizadas

No existen posibles riesgos específicos o de otro tipo, molestias o inconvenientes a los que esté expuesto por participar en el estudio. El estudio es un ensayo clínico aleatorizado con grupo control y, por lo tanto,

la pauta normal de asistencia no será modificada por observar lo que ocurre.

El beneficio esperado es que se pueda demostrar la utilidad de las terapias energéticas, mejorando la experiencia del parto.

Al finalizar el estudio, si usted lo desea podrá asistir a una reunión en la que se le expondrán los resultados hallados. Así mismo, los resultados serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a cabo a la identificación de los participantes.

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Sólo el equipo investigador y el personal encargado para realizar el Toque Terapéutico, que también tienen el deber de guardar confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. En caso de que alguna información sea transmitida a terceros, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país.

Al finalizar el estudio los datos de carácter personal serán destruidos.

Le agradecemos sinceramente su colaboración, quedamos a su disposición para la aclaración de cualquier tipo de dudas, se responderán las dudas en la menor brevedad posible. En Hoja adjunta encontrará el documento de Consentimiento Informado donde puede firmar la aceptación de participación en nuestro estudio.

Atentamente,

M<sup>a</sup> del Carmen Figueiras Vázquez (investigadora principal)

Correo electrónico: [REDACTED]

### **ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**Título:** ¿Cómo puede mejorar el toque terapéutico la experiencia del trabajo de parto?

**Investigadora:** M<sup>a</sup> del Carmen Figueiras Vázquez

El propósito de este estudio es averiguar los posibles efectos beneficiosos de las terapias energéticas como el Toque Terapéutico, para las mujeres en el momento del parto.

Doña \_\_\_\_\_  
con D.N.I. \_\_\_\_\_

**Declaro:**

1. Estoy de acuerdo en participar en el estudio. Estoy de acuerdo en ser entrevistado para los propósitos descritos en la carta de información. Entiendo que mi nombre no será asociado a los cuestionarios ni a la grabación de la entrevista.
2. He recibido y leído la copia de la hoja de información adjunta. Del mismo modo he tenido la oportunidad para hacer preguntas y discutir el estudio.
3. Entiendo los beneficios y riesgos posibles al tomar parte de este estudio
4. Entiendo que es un estudio de participación voluntaria, así mismo soy libre para retirarme del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión.
5. Se me ha explicado la confidencialidad de mi información.
6. Entiendo quien tendrá acceso a mis cuestionarios.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento para mi participación en este proyecto. A fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA PARTICIPANTE:

FIRMA INVESTIGADOR:

## Bibliografía:

1. Gutman L. La maternidad y el encuentro con la propia sombra. RBAlibros. 2008
2. Brizendine L. El cerebro femenino. RBAlibro. 2010
3. López M. Manual actualizado para matronas. Embarazo, parto, puerperio, lactancia y terapias alternativas. Alcalá. Jaén; 2004
4. Ramón E. ALternative guidelines of tratment of the pain in the low risk labor. Nure Investigación, nº 41, Julio - Agosto 2009
5. Canaval GE, González MC, Tovar MC, Valencia M. La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible". Invest.Edu.Enferm.2003; 21 (2): 32-46
6. López JC. Analgesia Epidural para el Trabajo de Parto. El dolor del parto. OBStare.[Consultado el 14 de Enero del 2014] Disponible en:  
<http://www.obstare.com/variros/revistas/Analgesia%20epidural.pdf>
7. Charco LM, Ortiz VE, Cuesta P, Soria A, Bonmati L. Identificación de factores predictores de técnica epidural dificultosa en la paciente obstétrica. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 20(5), 216-220.
8. Lythgoe J. Getting needled! Pract Midwife. 2013 Sep;16(8):S6-9. PubMed PMID: 24163921.
9. Robertson, A. El dolor en el parto. ObStare Primavera [Internet] 2004; 12, 32-9. 12, 32-9 [Consultado el 20 de mayo del 2014]. Disponible en:  
<http://www.obstare.com/variros/revistas/El%20Dolor%20en%20el%20Parto.pdf> .
10. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd..Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>. (Traducida de

The Cochrane Library, 2007. Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

11. Kitzinger S. El nuevo gran libro del embarazo y del parto: alternativas y retos. Barcelona: Medeci; 2004.
12. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA. 1998 Nov 11;280(18):1569-75. PubMed PMID: 9820257.
13. Reis P. Revisión sistemática Revisión Cochrane: la relajación y el yoga pueden disminuir el dolor durante el parto y aumentar la satisfacción con respecto al alivio del dolor, pero se requiere evidencia de mayor calidad. EBN. 2012
14. Casillas L. La profesión ante las terapias complementarias. Metas de Enfermería 2012;15(2):3.
15. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram Natural childbirth and cesarean section: social. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasil: 2014; 67,nº2. pág.282-289.
16. Quintana C, Etxeandia I, Rico R, Armendariz I, Fernández I. Atención al parto normal. [Internet] Bilbao: 2010 [Consultado el 25 de Mayo del 2014]. Disponible en: [http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia\\_atencion\\_parto\\_mujeres.pdf](http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia_atencion_parto_mujeres.pdf)
17. Calvo A. Partos en el agua: cuándo cómo y por qué. [Internet] 2012 [Consultado el 28 de Mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.mujerhoy.com/ser-madre/embarazo/partos-agua-cuando-como-675738042012.html>
18. Arboix M. Parto en el agua. [Internet] 2006 [Consultado el 28 de Mayo del 2014] Disponible en: [http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion\\_sanitaria/2006/10/19/156525.php](http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/10/19/156525.php)

19. Freyermuth G, Sesia P. La Muerte Materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura. CESIAS. Méjico; 2009.
20. Fernández I. La revolución del nacimiento: partos restados, nacimientos más seguros. Granica, 2006
21. EDUER. Mapa del parto en casa en España datos del 2012. [Internet] 2013 [Consultado el 27 de Mayo del 2014]. Disponible en: <http://educer.es/mapa-del-parto-en-casa-en-espana-datos-2012/>
22. Llei de salut de les Illes Balears. Llei 5/2003 de 4 d'abril. Butlletí Oficial de les Illes Balears, núm. 55, (22-04-2003)
23. Domínguez C, Gonzalo C, Lainez B, Eligio M. Guía de Asistencia del parto en casa. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Barelona 2010
24. Adams J, Lui CW, Sibbritt D, Broom A, Wardle J, Homer C, et al. Women's use of complementary and alternative medicine during pregnancy: a critical review of the literature. Birth. 2009 Sep;36(3):237-45. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00328.x. Review. PubMed PMID: 19747271.
25. Maza B, Chao C, Sánchez F. Beneficios percibidos de la plicación de la Terapia Reiki en pacientes oncohematológicos. Metas de Enfermería. Marzo 2010.
26. Hastings-Tolsma M, Terada M. Complementary medicine use by nurse midwives in the U.S. Complement Ther Clin Pract. 2009 Nov;15(4):212-9. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.06.016. Epub 2009 Jul 29. PubMed PMID: 19880084.
27. Koehn ML. Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort. Holistic Nursins Practice. 2000 October; 15(1): 66-77
28. Nield-Anderson L, ameling A. The Empowering Nature of Reiki as a Complementary Therapy. Holistic Nursing. April 2000. 14(3):21-29.
29. Fischer S, Johnson PG. Therapeutic touch. A viable link to midwifery practice. J Nurse Midwifery. 1999 May-Jun;44(3):300-9. Review. PubMed PMID: 10380448.

30. Larden CN, Palmer ML, Janssen P. Efficacy of therapeutic touch in treating pregnant inpatients who have a chemical dependency. *J Holist Nurs*. 2004 Dec;22(4):320-32. PubMed PMID: 15486152.
31. Kiernan J. The experience of Therapeutic Touch in the lives of five postpartum women. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2002 Jan-Feb;27(1):47-53. PubMed PMID: 11808403.
32. Lincoln V, Nowak EW, Schommer B, More. Impact of Healing Touch With Healing Harp on Inpatient Acute Care Pain: A Retrospective Analysis. *Holistic Nursing Practice*. 2014 May/June; 28 (3): 164-170.
33. Graves K. A dream birth? Try hypnobirthing! *Pract Midwife*. 2013 Sep;16(8):S13-4. PubMed PMID: 24163923.
34. Vitale AT, O'Connor PC. The Effect of Reiki on Pain and Anxiety in Women With Abdominal Hysterectomies: A Quasi-experimental Pilot Study. *Holistic Nursing Practice*. 2006; 20 (6): 263-272
35. Coca-Camin I. El yoga en el embarazo y en la preparación para el nacimiento. *Matronas Prof*. 2008;9 (3): 21-27
36. Weston M, Grabowska C. Complementary therapy for induction of labour. *Pract Midwife*. 2013 Sep;16(8):S16-8. PubMed PMID: 24163924.
37. Hosseini SE, Bagheri M, Honarparvaran N. Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013 Jun;17(11):1479-87.
38. Liu YH, Chang MY, Chen CH. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs*. 2010 Apr;19(7-8):1065-72. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x. PubMed PMID: 20492051
39. Steel A, Adams J. The role of naturopathy in pregnancy, labour and post-natal care: broadening the evidence-base. *Complement Ther Clin Pract*. 2011 Nov;17(4):189-92. doi: 10.1016/j.ctcp.2011.04.004. Epub 2011 May 26. PubMed PMID: 21982131.

40. Stuber KJ, Smith DL. Chiropractic treatment of pregnancy-related low back pain: a systematic review of the evidence. *J Manipulative Physiol Ther.* 2008 Jul-Aug;31(6):447-54. doi: 10.1016/j.jmpt.2008.06.009. Review. PubMed PMID: 18722200.
41. Ee CC, Manheimer E, Pirodda MV, White AR. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Mar;198(3):254-9. doi: 10.1016/j.ajog.2007.11.008. Review. PubMed PMID: 18313444.
42. Noroozinia H, Mahoori A, Hasani E, Gerami-Fahim M, Sepehrvand N. The Effect of Acupressure on Nausea and Vomiting after Cesarean Section Under Spinal Anesthesia. *Acta Medica Iranica.* 2013; Vol. 51, No. 3
43. Asher GN, Coeytaux RR, Chen W, Reilly AC, Loh YL, Harper TC. Acupuncture to initiate labor (Acumoms 2): a randomized, sham-controlled clinical trial. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009 Oct;22(10):843-8. doi: 10.1080/14767050902906386. PubMed PMID: 19526433; PubMed Central PMCID: PMC2919333
44. Ribeiro IE, Santiago S, Fabiana A, Pavam M, Paes MJ. The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2010; 44(4): 1100-6
45. Denison B. Touch the pain away: new research on therapeutic touch and persons with Fibro-myalgia Syndrome. *Holist Nurs Pract* 2004;18:142–52.
46. Newahn G, Schuller-Civitella D. Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program. *Holistic Nursing Practise.* July/August 2003.17 (4):189-192.
47. Maville JA, Bowen JE, Benham G. Effect of Healing Touch on Stress Perception and Biological Correlates. *Holistic Nursing Practice.* 2008 March/April; 22 (2): 103-110
48. Johnston C, Campbell-Yeo M, Rich B, Whitley J, Filion F, Cogan J, Walker CD. Therapeutic touch is not therapeutic for procedural pain

- in very preterm neonates: a randomized trial. Clin J Pain. 2013 Sep;29(9):824-9. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182757650. PubMed PMID: 23817594.
49. O'Mathúna DP, Ashford RL. Therapeutic touch for healing acute wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;6:CD002766. doi: 10.1002/14651858.CD002766.pub2. Review. PubMed PMID: 22696330.
50. Gabinete de prensa. Análisis de situación de las terapias naturales. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet] Madrid: diciembre 2012 [Consultado el 5 de Marzo del 2014]. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatur.pdf>
51. Federación Española de Reiki. [Internet] Madrid; 2013[Consultado el 8 de Abril de 2014]. Disponible a: <http://www.federeiki.es/>
52. Roberts L, Ahmed I, Hall S, Davison A. Rezo por intercesor para el alivio de la enfermedad. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3. Art. No.: CD000368. DOI: 10.1002/14651858.CD000368
53. Bendición mundial del útero y bendiciones presenciales. [Internet]. 2014 [Consultado el 17 de Mayo de 2014] Disponible en: <http://eldespertardelfemenino.blogspot.com.es/p/bendicion-del-utero.html>
54. NCCAM. The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States. NCCAM. [Internet]EE.UU 2013 [Consultado el 12 de Marzo de 2014]. Disponible a: [http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey\\_fs1.htm](http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey_fs1.htm)
55. Ávila-Sansores G, del Socorro PI, Reyes F. Efecto del Reiki como cuidado de enfermería en el control metabólico de diabéticos tipo 2. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2010; 18 (2): 75-80
56. Wilkinson JM, Ahern NR. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª Ed. Madrid: Pearson; 2008. 153-158.

57. Sellés, E. M. (2007). Las flores de Bach en obstetricia. *Matronas profesión*, (2), 20-25
58. Reite M, Zimmerman J. Magnetic phenomena of the central nervous system. *Annu Rev Biophys Bioeng*. 1978;7:167-88. Review. PubMed PMID: 352239
59. González X. Programa de comunicación visual para la difusión del Reiki en los hospitales. Madrid
60. Oshman JL. Polarity, therapeutic touch, magnetic therapy and related methods. *Energy Medicine, The Scientific Basis*. Churchill Livingstone: 2000; Pag. 73
61. Ballester M. Medicina Energética: les Bases Científiques. (Internet) Lleida ( Consultado el 20 de febrero del 2014) disponible en: <http://www.gamisassociacio.org/video/Dr-Manel-Ballester/>
62. Siskin BF, Walker J. Therapeutic aspects of electromagnetic fields for soft-tissue healing. In: Blan M (Ed) *Electromagnetic fields: biological interactions and mechanisms*. Advances in Chemistry Series 250. Am Chem Soc 1995, Whashington DC, p 227-285.
63. Dziemidko HE. *El Libro Completo de la Medicina Energética*. España: Naturat; 2002
64. Clark CS. An integral nursing education experience: outcomes from a BSN Reiki course. *Holist Nurs Pract*. 2013 Jan-Feb;27(1):13-22. doi: 10.1097/HNP.0b013e318276fdc4. PubMed PMID: 23211384.
65. De'Carli J. *REIKI: Manual del terapeuta profesional*. Madrid: EDAF; 2009.
66. Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª del Tribunal Supremo de 7 de marzo de 2006. [Internet] Disponible en: <http://www.legaltoday.com/informacion-juridica/jurisprudencia/contencioso-administrativo/sentencia-del-tribunal-supremo-sala-de-lo-contencioso-administrativo-seccion-4-de-17-octubre-2007>

67. Consejo General de Enfermería. Informe relativo a las terapias no convencionales y su ejercicio por parte de los enfermeros. Madrid 2010
68. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier. 2011
69. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM. Fundamentos de Enfermería: conceptos, procesos y práctica. 5ª ed. Vol 1. Madrid: McGrawHil; 2000
70. Aghabati N, Mohammadi E, Pour Z. The Effect of Therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. eCAm 2010; 7 (3) 375-381
71. Díaz I, Robles JM. El Cuidado en Salud Mental: nuevas Demandas, nuevas Intervenciones. Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Murcia; 2013.
72. Nacimientos, defuncions, matrimonios e crecemento vexetativo. Galicia, provincias, comarcas e concellos. 1975-2012. [Internet] IGE 2013 [Consultado el 16 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.ige.eu/igebdt/selector.jsp?COD=227>
73. Epidat 4.0 – SERGAS [Internet]. Servicio Galego de Saúde. [Consultado el 3 de Mayo de 2014]. Disponible a: [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N3\\_T01.aspx?IdPaxina=62714](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62714)
74. Hidalgo MC, Rodríguez C, López M, Moreno E, Pulido M. Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el trabajo del parto. Rev Calid Asist. 2011;26(4):251—255
75. Gredilla E, Pérez A, Martínez B, Alonso E, Díez J, Gilsanz F. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2008; 55: 160-164.
76. Sanz, J., & Vázquez, C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. Psicothema: 1998; 10(2), 303-318.

77. Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi. [Internet] España [Consultado el 20 de Mayo de 2014]. Disponible a: [http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es\\_es/prevencion-salud-medio-ambiente/becas-y-ayudas/convocatorias-actuales/ayudas-larramendi/](http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/prevencion-salud-medio-ambiente/becas-y-ayudas/convocatorias-actuales/ayudas-larramendi/)
78. Ayudas a la Investigación. [Internet] Barcelona 2010-2013. [Consultado el 20 de Mayo de 2014]. Disponible a: [http://www.fundaciondexeus.org/es\\_ES/becas-premio.html](http://www.fundaciondexeus.org/es_ES/becas-premio.html)
79. Financiación: Convocatorias y ayudas Acción Estratégica de Salud. [Internet]. 2013-2016. [Consultado el 20 de Mayo de 2014]. Disponible a: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-financiacion/convocatorias-ayudas-accion-estrategica-salud.shtml>
80. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial). [Internet] Elsevier 2003. [Consultado el 15 de Mayo de 2014]. Disponible a: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion\\_helsinki.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp)
81. INSTRUMENTO de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). [Internet]. Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999. [Consultado el 15 de Mayo de 2014]. Disponible a: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>
82. Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet] España 2002 [Consultado el 15 de Mayo de 2014]. Disponible a: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l41-2002.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l41-2002.html)
83. LEY 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. [Internet]. España 2001.

[Consultado el 15 de Mayo de 2014]. Disponible a:  
[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/ga-l3-2001.t3.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ga-l3-2001.t3.html)

84. Mayan MJ. Una Introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales. Méjico. 2001