

LA MUJER ANTE LA EXPERIENCIA DEL PARTO Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*

Dr. Felipe Hurtado Murillo, Dr. F. Donat, Lic. P. Escrivá, Enf. Dipl. C. Poveda, Enf. Dipl. N. Ull

Centro de Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Salud Fuente San Luis, Valencia, España
felipehurtadomurillo@gmail.com

MEDIANTE LA HISTORIA DE SALUD Y LOS CUESTIONARIOS VALIDADOS Y AUTOAPLICADOS PARA LA MEDIDA DE LA PERSONALIDAD (EPI), DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI), EL NIVEL DE ESTRÉS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES Y EL NIVEL DE APOYO SOCIAL, HEMOS ANALIZADO DETERMINADAS VARIABLES BIOGRÁFICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE UNA MUESTRA COMPUESTA POR CIENTO TREINTA Y OCHO MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON AL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE EDUCACIÓN PRENATAL, CON EL OBJETIVO DE CONOCER EL PERFIL ACTUAL DE LA MUJER QUE DECIDE OPTAR POR LA REPRODUCCIÓN. ADEMÁS, SE ANALIZÓ LA FRECUENCIA DE USO DE LAS HABILIDADES CONDUCTUALES (RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN PROFUNDA) Y COGNITIVAS (AUTOINSTRUCCIONES Y CAMBIO DE ATENCIÓN) ENTRENADAS, ASÍ COMO LA EFICACIA PERCIBIDA PARA EL CONTROL Y LA ELIMINACIÓN DEL MALESTAR PSICOSOMÁTICO QUE PUDIERA APARECER DURANTE EL PARTO COMO CONSECUENCIA DEL ESTRÉS DERIVADO DEL MISMO.

* Este artículo es publicado con la autorización del autor y está extraído de la revista *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, no. 66, 2003, pp. 32-45.

INTRODUCCIÓN

La afirmación de que el curso del parto puede verse alterado por factores psíquicos, concretamente por el estrés, la ansiedad elevada y el miedo, se debe inicialmente a Dick Read (1944), que describió el mecanismo responsable mediante la afirmación de que el miedo produce tensión muscular que dificulta la dilatación, con aumento subsiguiente de dolor en las contracciones del parto, estableciéndose el círculo miedo-tensión-dolor. Para prevenir estas alteraciones, desarrolló la preparación psicoprofiláctica del parto mediante sesiones de información, sugestión y relajación.

Tomando como base su modelo, se han ido desarrollando los distintos programas de educación

prenatal (Lamaze y Vellay, 1952; Chertok, 1957; Roemer, 1970; Aguirre de Carcer, 1976; Vellay, 1982; Salvatierra, 1989).

Diversas investigaciones han demostrado que la ansiedad excesiva durante el parto provoca una descarga anormal de catecolaminas que conduce a la provocación de alteraciones de la contractilidad uterina y de la dilatación cervical, causantes de la prolongación del parto y de la distocia (García y García, 1955; Kelly, 1962; Levinson y Shnider, 1979). En este sentido se han venido realizando estudios, mediante cuestionarios validados, viniendo a confirmar que las mujeres con partos prolongados y complicados manifestaron, a partir de las puntuaciones de los mencionados cuestionarios, mayores niveles

de ansiedad durante el tercer trimestre que las mujeres que tuvieron partos satisfactorios (McDonald y Christakos, 1963; Kapp, Hornstein y Graham, 1963; Engstrom *et al.*, 1964; Lederman *et al.*, 1981).

Si, por un lado, hay demostradas correlaciones significativas entre el estrés del parto, las expectativas de la mujer, los recursos de afrontamiento y el curso del parto (Chertok *et al.*, 1965), por otro, existen evidencias demostradas sobre una asociación positiva entre la educación prenatal y la reducción de la angustia psicológica o el incremento de la satisfacción durante la experiencia del parto.

Ahora bien, por distintas causas no todas las mujeres hacen uso de las estrategias de afrontamiento ante el parto, enseñadas durante la educación prenatal. Interesa saber, por consiguiente, los motivos de fracaso en el uso de las estrategias de afrontamiento ante el parto previamente entrenadas. Es por ello que distintos investigadores como Spiby *et al.* (1999) han diseñado investigaciones en este sentido. En su estudio, ciento veintiuna mujeres nulíparas cumplieron un cuestionario al finalizar el programa de educación prenatal; dicho cuestionario incluía preguntas referentes a la confianza en la eficacia y a la cantidad de esfuerzo requerido para el uso de las estrategias de afrontamiento, la implicación esperada de su pareja durante el parto y, asimismo, de la matrona para apoyar en el uso de dichas estrategias durante el parto y finalmente valoraba la satisfacción percibida con la cantidad de prácticas realizadas en estrategias de afrontamiento.

Dentro de las setenta y dos horas tras el parto, las mujeres fueron entrevistadas para obtener una narración de los sucesos del parto y sobre el uso de las estrategias de afrontamiento (respiración profunda, relajación y cambio postural); también obtuvieron información acerca de la implicación de la matrona y de la pareja durante el parto.

Los resultados mostraron, en primer lugar, que las mujeres usaron las tres estrategias de afrontamiento con diferente amplitud, y una proporción significativa expresó insatisfacción con el valor de la práctica de las estrategias entrenadas durante las clases de preparación al parto.

En segundo lugar, las mujeres expresaron que las matronas no se implicaron con la amplitud esperada; en cambio, sus parejas alcanzaron un grado de implicación mayor que las matronas.

Los hallazgos de este estudio plantean dudas acerca de los componentes adecuados a entrenar como estrategias de afrontamiento ante la situación de parto y sobre cómo podrían ser comprometidas tanto las matronas como las parejas para optimizar la ayuda durante el parto, puesto que se afirma que la presencia de una persona-soporte acorta la duración del parto, especialmente la compañía del marido (Sosa, Kennell y Klaus, 1980).

Partiendo de los datos apuntados, en este estudio nos hemos planteado como objetivos, por un lado, conocer el perfil actual de la mujer que decide optar por la reproducción mediante el análisis de determinadas variables biográficas, psicológicas y sociales de una muestra de mujeres embarazadas que asistieron, durante el año 2002, al programa de educación prenatal; por otro lado, hemos analizado la frecuencia de uso de las habilidades conductuales (relajación y respiración profunda) y cognitivas (autoinstrucciones y cambio de atención) entrenadas, así como, la eficacia percibida para el control y la eliminación del malestar psicossomático (miedo, ansiedad, descontrol, dolor excesivo...) que pudiera aparecer durante el parto como consecuencia del estrés derivado del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

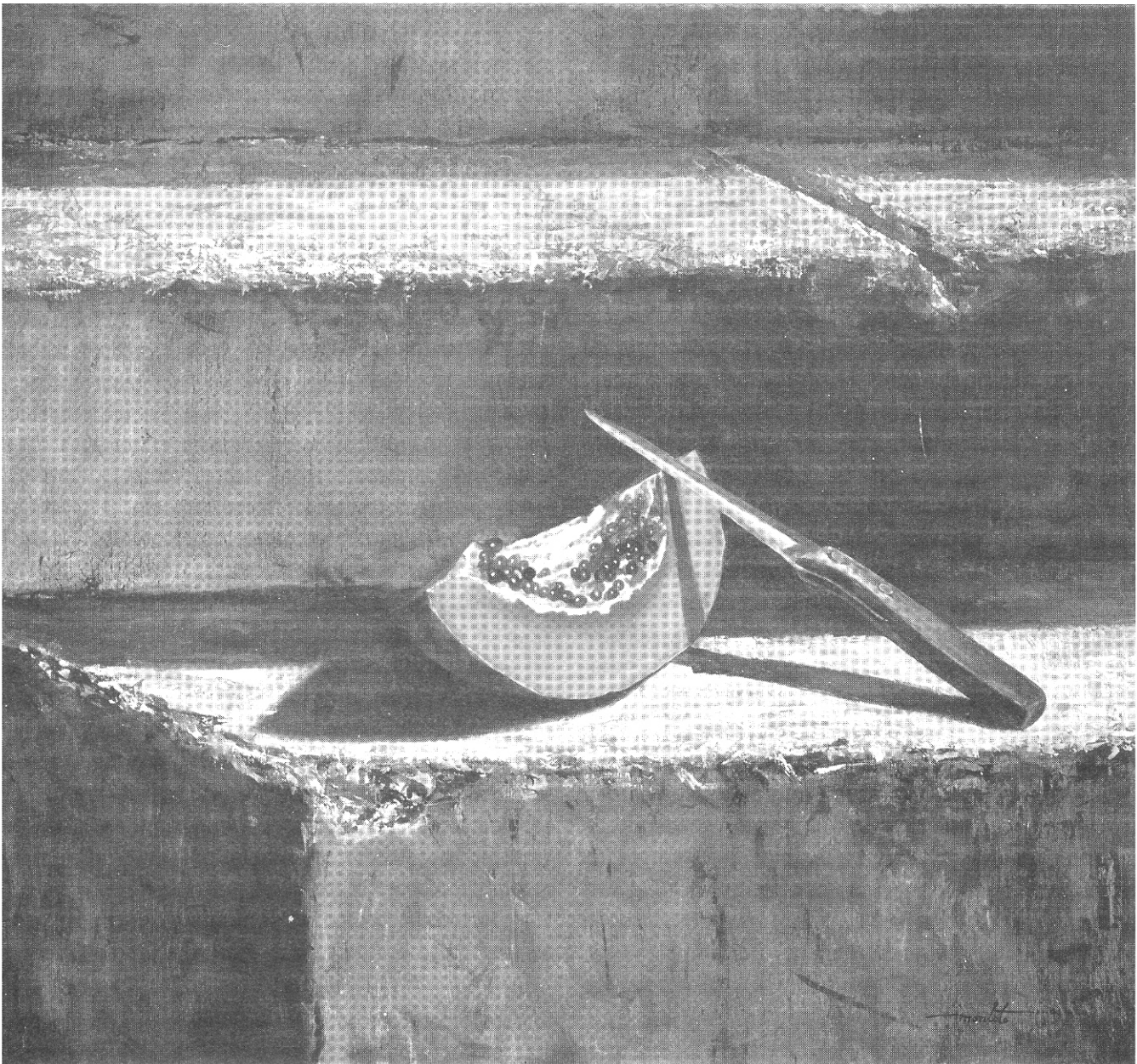
Sujetos de estudio. El estudio se ha realizado mediante muestreo consecutivo durante un año, en la Unidad de matronas del Centro de Salud Fuente San Luis de la ciudad de Valencia, dependiente de la Consellería de Sanidad y Consumo de la Generalitat Valenciana.

La muestra, en principio, la componían todas las mujeres embarazadas que participaban en el programa de educación prenatal. Cada mes comenzaba un nuevo grupo que se componía, habitualmente, de quince a veinte mujeres, que se mantenían en el programa durante dos meses a razón de una sesión semanal que duraba dos horas.

Fueron excluidas del análisis de resultados aquellas mujeres que no concluyeron el programa de entrenamiento y las que no cumplieron total y adecuadamente los cuestionarios de evaluación.

La muestra final estudiada fue de ciento treinta y ocho mujeres.

Diseño. Estudio transversal con componentes analíticos.



Variables

a) Relativas a características biográficas

- edad en años: cuantitativa
- estado civil (soltero/a, casado/a-conviviente, viudo/a, divorciado/a, separado/a): cualitativa
- nivel cultural (sin estudios, primario, medios, superiores): cualitativa
- profesión: (patrón, profesional, asalariado/a, pensionista, parado/a, sus labores): cualitativa.

b) Relativas a los factores de la personalidad y salud mental

- factores de personalidad, según cuestionario autoaplicado de personalidad, EPI. (Eysenck y Eysenck, 1987): cuantitativa

- ansiedad estado-rasgo, según cuestionario validado y autoaplicado de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1986): cuantitativa.

c) Relativas al estrés y al apoyo social:

- nivel de estrés en los últimos doce meses y nivel de apoyo social, según escala validada y autoaplicada para la medida del estrés-apoyo social (Conde y Franch, 1984): cuantitativa.

d) Relativas a los factores del afrontamiento al parto

- valoración de la expectativa previa tras la experiencia del parto (mejor, igual, peor): cualitativa

- malestar psicossomático experimentado (sí, no): cualitativa
- utilización de las habilidades de afrontamiento entrenadas (sí, no): cualitativa
- control, disminución o eliminación del malestar psicossomático (nada, algo, bastante, todo): cualitativa
- formas de afrontamiento más eficaces (relajación, respiración, autoinstrucciones, cambio de la atención): cualitativa
- grado de satisfacción con el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento (nada, algo, bastante, mucho): cualitativa.

Se han estudiado las variables relacionadas (a hasta d) debido a que en diversos estudios han demostrado tener relevancia significativa sobre la satisfacción y ausencia/presencia de malestar psicossomático durante la experiencia del parto.

Necesitamos confirmar, por un lado, si dichas variables son igualmente significativas en nuestra muestra de estudio y, por otro, si se mejora la satisfacción y el malestar psicossomático al añadir las estrategias cognitivas de afrontamiento, que, por su parte, han demostrado ser eficaces ante otros procedimientos médicos con similar nivel de estrés al del parto, como cateterismos o enfermos sometidos a situaciones de aislamiento (Unidad de Cuidados Intensivos, trasplante de médula ósea), para así mejorar las medidas preventivas y terapéuticas de la preparación al parto.

Se han evaluado mediante los instrumentos de medida descritos seguidamente.

Instrumentos de medida

- Cuestionario de personalidad EPI. (Eysenck y Eysenck, 1987)
- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1986)
- Escala autoaplicada para la medida del estrés-apoyo social (Conde y Franch, 1984).

Intervención. El estudio se ha realizado en dos fases. En la primera, las matronas han preparado a todas las mujeres en la educación prenatal convencional durante ocho sesiones, a razón de una sesión por semana con duración de dos horas, en las que además de la preparación sobre la importancia de la educación prenatal, fecundación, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, las han entrenado en las habilidades conductuales de relajación y respiración

profunda. Además, se les ha añadido una sesión de grupo, en la quinta sesión, dirigida por el psicólogo sobre educación para el control del estrés psicológico durante la experiencia del parto y se ha iniciado el entrenamiento en habilidades cognitivas (autoinstrucciones y cambio de la atención) que, asimismo, ha sido dirigido durante cuatro sesiones más por las matronas.

Al inicio del programa las matronas han explicado y entregado a todas las mujeres la batería de instrumentos de medida de la personalidad, salud mental, estrés y apoyo social ya descritos.

En la segunda fase, las matronas han citado a todas las mujeres que finalizaron el programa de educación prenatal, a las seis semanas del parto (ocho semanas si hubo cesárea), para proceder tanto a la iniciación de la gimnasia de recuperación postparto como a la evaluación, mediante la entrevista de afrontamiento al parto, la posible aparición de malestar psicossomático, la utilización de las habilidades conductuales y cognitivas (relajación, respiración profunda, autoinstrucciones y cambio de la atención) entrenadas durante las sesiones de educación prenatal, y la eficacia terapéutica de añadir las habilidades cognitivas a las ya habituales habilidades conductuales, para la mejor consecución del control o la eliminación del malestar psicossomático del parto.

Análisis de datos. El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS y ha consistido en:

- a) descripción de variables cualitativas y cuantitativas
- b) cuantificación de frecuencias y porcentajes.

Limitaciones del estudio. Solamente se han podido estudiar a las mujeres que se incorporen a los distintos grupos de preparación al parto durante el año 2002 del Centro de Salud Fuente San Luis, por lo que los resultados del estudio únicamente se podrán referir a estas mujeres. Ahora bien, sería importante contar con estos resultados ya que servirían de base para posteriormente mejorar el programa de educación prenatal y así prevenir y controlar el malestar psicossomático que se produce en un importante número de mujeres durante la experiencia del parto, con el consiguiente beneficio tanto sobre la salud de la madre y del niño o niña como sobre los costes sanitarios.

RESULTADOS

Analizar determinadas características biográficas, psicológicas y sociales de las mujeres embarazadas que acuden al entrenamiento de preparación al parto, permite conocer el perfil actual de la mujer que decide optar por la reproducción. Asimismo, evaluar la utilización de las habilidades conductuales (relajación, respiración profunda) y cognitivas (autoinstrucciones, cambio de atención) para el control y la prevención del estrés derivado de la situación de parto, como medidas terapéuticas eficaces para el control o la eliminación del malestar psicossomático que pudiera aparecer durante el parto, han sido los principales objetivos planteados en nuestra investigación.

En las características biográficas de la muestra estudiada, los datos respecto a la edad revelan que la edad media es de 30,56 años con una desviación típica de 5,05, situándose la edad mínima en los 16 años y la máxima en los 43.

Según el estado civil, la mayoría está casada (79,7 %). Las solteras representan 18,8 %, y finalmente tanto las separadas como las divorciadas representan tasas de tan sólo 0,7 %.

Los datos del nivel cultural indican que 38,4 % tienen estudios superiores y en una tasa cercana (36,2 %) estudios primarios, situándose en tercer lugar aquellas que tienen estudios de nivel medio (25,4 %); por consiguiente, ninguna carece de estudios.

En cuanto a la actividad profesional, algo más de la mitad (57,2 %) lo ocupan las asalariadas, seguidas de las amas de casa (23,2 %) y algo más lejos las profesionales (10,9 %). Para el resto de las categorías, los porcentajes son muy bajos: paradas (5,1 %), estudiantes (2,9 %) y patrón (0,7 %).

En el segundo grupo de variables estudiadas han sido determinados factores de la personalidad y de la salud mental.

Los resultados expresados mediante el cuestionario autoaplicado de personalidad, que medía extroversión y neuroticismo o inestabilidad emocional, mostraron ser válidos en cuanto que la escala de *sinceridad* expresa que 52,9 % de la muestra alcanzan cotas de nivel marcado y el 28,3 % de nivel alto. Estos datos indican que la interpretación de los resultados en las escalas de *extraversión-introversión* y *neuroticismo-estabilidad* son fiables.

Respecto a la variable *extraversión-introversión*, los datos reflejan que más de la mitad de las mujeres son altas en extroversión (53,6 %) y 37 % son marcadamente extrovertidas, frente a solamente 9,4 % que son altamente introvertidas.

En cuanto a la variable *neuroticismo-inestabilidad emocional*, los resultados reflejan que algo más de la mitad (59,87 %) de las mujeres tienen un marcado neuroticismo, y 21,7 % son estables. En cambio, las mujeres con nivel alto de inestabilidad emocional solamente alcanza 28,3 %.

Los resultados referentes a la variable *ansiedad-estado* reflejan que la mayoría de las mujeres tiene niveles de ansiedad normales; 32,6 % tienen niveles marcados y solamente 6,5 % los tienen elevados.

En la misma línea van los resultados en la variable *ansiedad-rasgo*, puesto que la mitad de las mujeres de la muestra tienen niveles normales; 44,9 % tienen niveles marcados y solamente 5,1 % los tienen elevados.

El tercer grupo de variables estudiadas hacen referencia al nivel de estrés en los últimos doce meses y al nivel de apoyo social.

En primer lugar se sitúan aquellas mujeres que han tenido niveles altos de estrés (39,1 %), habiendo 29,7 % que han tenido niveles moderados y finalmente 31,2 % de mujeres con niveles bajos.

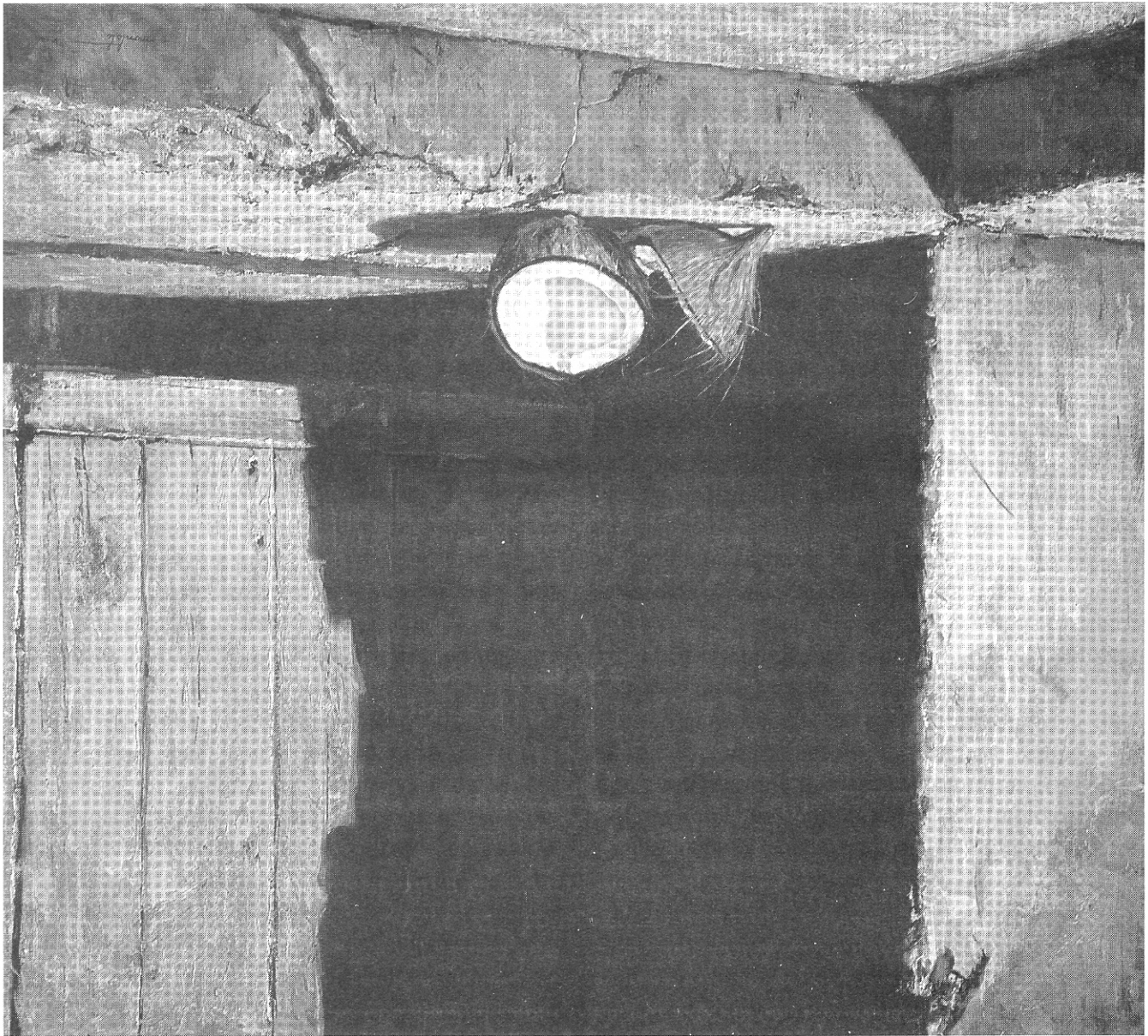
Respecto al nivel de apoyo social, la gran mayoría (77,5 %) tiene un nivel moderado; 18,1 % tienen un nivel alto y en el último lugar están aquellas con un nivel bajo, quienes solamente ocupan 4,3 % de la muestra.

Finalmente, hemos estudiado mediante cuestionario autoaplicado diversos factores relacionados con el afrontamiento al parto. Este conjunto de variables han sido las únicas que se han recogido después del parto, y hay que constatar una importante pérdida de muestra, motivada por el incumplimiento en volver, tras la recuperación del parto, a la unidad de matronas donde se les entrenó en el preparto, para informar de los resultados del entrenamiento.

En la primera variable postparto estudiada, que hace referencia a la valoración de la expectativa previa, calificada en mejor, igual o peor a lo esperado, de las 138 mujeres de la muestra se han podido analizar 76 mujeres (55 %) y se han eliminado

En la tercera variable postparto se han analizado las frecuencias de utilización de las habilidades de afrontamiento entrenadas durante las clases de preparación al parto. Una vez eliminadas las carencias de cumplimiento y las erróneas, el análisis se ha realizado en 74 mujeres (54%) y se han eliminado 64 (46%). Los resultados analizados indican que la utilización conjunta de relajación más respiración profunda es la estrategia de afrontamiento más utilizada (36%), en segundo lugar la respiración profunda solamente (15%) y en tercer lugar la utilización de todas la estrategias de afrontamiento entrenadas (14%): relajación, respiración profunda, autoinstrucciones y cambio de atención. Ninguna mujer ha utilizado solamente relajación, ni autoins-

a 62 mujeres (45%) bien por no cumplimiento, bien por registro erróneo. Los resultados de las mujeres con registros válidos (76) muestran que, para la mayoría (56,6%), la valoración de la experiencia del parto ha sido mejor de lo esperado; igual para 17,1% y peor para 26,3% de las mismas. En la segunda variable postparto referente a si han experimentado malestar psicossomático durante el parto, los resultados, por las razones descritas, han sido analizados en una muestra de 75 mujeres (54%) y se han eliminado a 63 mujeres (46%). Los datos de las mujeres con registros válidos indican que más de la mitad de las mismas no experimentaron malestar psicossomático (53%) frente a 47% que lo experimentó.



La puerta limpia (V-2006)
 Óleo sobre lino, 70 x 80 cm

trucciones, ni cambio de atención. La combinación de varias estrategias apenas fue utilizada, y 11 % refirieron que no utilizaron ninguna.

La cuarta variable postparto, referente al control del malestar psicossomático mediante la utilización de las estrategias de afrontamiento, ha podido ser analizada en un total de 65 mujeres (47 %) y se han eliminado, por las razones ya descritas, a 73 (53 %). Los datos analizados indican que algo más de la mitad (53 %) considera que ha podido controlar «bastante» el malestar psicossomático con la utilización de las estrategias; 35 % «un poco»; y se reparten la misma tasa (6 %) aquellas que refieren tanto «mucho» como «nada».

Respecto a la quinta variable postparto, en la que hemos analizado la eficacia percibida según estrategia de afrontamiento utilizada, se han eliminado para el análisis a 73 mujeres (53 %) y se han valorado 65 (47 % de la muestra). Los resultados del análisis reflejan que la respiración profunda es la mejor valorada por su eficacia (40 %), seguida de cerca por la combinación de la propia respiración profunda unida a la relajación (32 %); en tercer lugar, aunque con tasas muy inferiores (5 %), está la combinación de la respiración profunda tanto con autoinstrucciones como con cambio de atención y, asimismo, la relajación sola. Para el resto de las combinaciones, la percepción de eficacia alcanza tasas inferiores a 3 %.

Finalmente, la variable *satisfacción con el entrenamiento* en habilidades de afrontamiento para el control del malestar psicossomático del parto, muestra, una vez eliminadas aquellas mujeres que no cumplieron el cuestionario o lo cumplieron con errores (53 %), que 66 % se considera «bastante satisfecha»; 14 % lo considera «muy satisfactorio» y en la misma medida están las que lo consideran «algo satisfactorio»; solamente 6 % se sienten «nada satisfechas».

DISCUSIÓN

Conocer la frecuencia de determinadas características biográficas, psicológicas y sociales de las mujeres que solicitan incorporarse al programa de educación prenatal, ayuda a comprender el perfil más característico de las mujeres que optan, hoy en día, por la reproducción en nuestra sociedad, dados los cambios acontecidos en las últimas décadas res-

pecto a la disminución progresiva de las tasas de natalidad y de fecundidad que, según los datos del Instituto Nacional de Estadística y del Servicio de Salud Infantil de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Valenciana del 2001, han pasado de ser, en la tasa de natalidad, del 19 por 1 000 en la década del setenta a una estabilización cercana al 10 por 1 000 en los datos del año 2000.

Respecto a la tasa de fecundidad, según las mismas fuentes, ha ido disminuyendo desde la década del ochenta, sobre todo en los grupos de edad comprendidos entre los veinte y los treinta años; sin embargo, a pesar de la disminución global de la fecundidad, en las mujeres de treinta a treinta y nueve años se viene apreciando un ligero aumento. Es decir, se observa un desplazamiento de la maternidad hacia edades más tardías.

Los datos cronológicos de la muestra estudiada confirman un desplazamiento hacia la década de los treinta años del momento elegido para la reproducción, situándose en los 30,56 años la edad media de las mujeres embarazadas; se mostró como perfil biográfico más característico junto a la mencionada edad: estar casada, con actividad profesional de asalariada y con estudios, distribuyéndose el nivel de estudios en tasas cercanas entre las que tienen estudios superiores y las que tienen estudios primarios, pero con tasas no muy distantes las que tienen estudios de nivel medio.

La situación de parto es percibida como una situación altamente estresante para muchas mujeres, lo que ocasiona, en un porcentaje significativo de las mismas, malestar psicossomático (miedo, ansiedad, descontrol, dolor excesivo,...) que conduce a un incremento de la dificultad para la labor del parto (Da-Costa, 2000). Por ello se han ido desarrollando diversas investigaciones de medición, mediante cuestionarios validados, sobre determinadas variables psicológicas y sociales que como factores predictores puedan explicar tanto la aparición del malestar psicossomático durante la labor de parto como las diferentes estrategias utilizadas para su afrontamiento (Demyttenaere *et al.*, 1995; Van-Zuuren, 1998).

En este sentido, hay trabajos como el de Ryding *et al.* (1998) que indican por sus resultados que las mujeres que manifiestan miedo ante el parto, ansiedad generalizada y precarias estrategias

de afrontamiento ante el estrés durante el tercer trimestre del embarazo, incrementan el riesgo de sufrir una cesárea de emergencia. De hecho, trabajos anteriores —como el de Rizzardo, Magni y Andreoli (1985), en el que estudiaron una muestra de trescientas diecinueve gestantes mediante una batería amplia de cuestionarios— concluyeron que ninguna de las variables psicológicas ni clínicas, tomadas aisladamente, diferenciaron entre el grupo normal y el grupo con problemas. Empero, cuando consideraron los efectos combinados de dos o más variables, emergieron algunas interacciones significativas. Las variables que más interaccionaron, fueron los acontecimientos vitales, el estado de ansiedad, el estilo de afrontamiento y la ansiedad como rasgo.

En un estudio más reciente (Saisto *et al.*, 2001) se examinaron, mediante análisis de regresión múltiple, como principales medidas relacionadas con la aparición tanto de ansiedad concerniente al embarazo como de miedo al parto vaginal, distintos rasgos de personalidad, diversas variables psicológicas y la valoración de la satisfacción vital y de relación de pareja. Se encontró que las mujeres embarazadas que manifestaron mayores niveles de ansiedad relacionada con el embarazo y de miedo al parto, fueron aquellas que reflejaron en los cuestionarios aplicados mayores tasas de ansiedad-rasgo, neuroticismo, vulnerabilidad, depresión, baja autoestima, insatisfacción con su relación de pareja y bajo apoyo social. Los predictores con mayor peso en la contribución a la aparición del miedo al parto fueron la ausencia de apoyo social y la insatisfacción en la relación de pareja, mientras que el factor con mayor peso predictor de la ansiedad relacionada con el embarazo fue la presencia de rasgo alto de ansiedad.

En nuestro estudio hemos utilizado los mismos cuestionarios validados, como el STAI y otros similares, para medir las diversas variables psicológicas que han mostrado su valor predictor sobre los resultados en satisfacción o dificultad sobre el proceso del parto (Demyttenaere *et al.*, 1995; Agterberg *et al.*, 1997; Kmita *et al.*, 1998; Saisto *et al.*, 2001).

Los resultados sobre las variables de personalidad (neuroticismo, extroversión y ansiedad-rasgo) y variables psicosociales (ansiedad-estado, estrés y apoyo social) que hemos analizado en nuestra

muestra, reflejan datos significativos por su valor predictor, en consonancia con las conclusiones extraídas por estudios precedentes sobre la aparición del malestar psicosomático.

El 28,3 % de la muestra manifestó alto neuroticismo, indicativo de labilidad emocional e hiperactividad, con tendencia a manifestar desarreglos difusos, preocupación, ansiedad y depresión.

El 5,1 % reflejó un alto rasgo de ansiedad, que señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que muestran una tendencia a percibir muchas situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad-estado. Observamos, en concordancia con los resultados de ansiedad-rasgo, que el porcentaje de mujeres evaluadas durante el tercer trimestre de embarazo, con ansiedad-estado elevada alcanza a 6,5 % de la muestra.

La variable *extroversión* indica que más de la mitad de las mujeres (53,6 %) muestran alto nivel en este rasgo. Una puntuación alta indica una mayor extroversión social y una tendencia a mostrarse más expansivas, impulsivas y desinhibidas. Este rasgo no ha sido estudiado en ninguna de las investigaciones encontradas sobre factores de personalidad y afrontamiento al parto, por lo que no podemos discutir sus resultados.

En cambio, los resultados sobre el nivel de estrés en los últimos doce meses reflejan que 39,1 % de las mujeres de nuestra serie llegaron a situarse en niveles altos de estrés; sin embargo, hemos observado que solamente 6,5 % de las mujeres manifestaron tasas elevadas de ansiedad durante el último trimestre de embarazo, claro reflejo del efecto amortiguador que sobre el estrés tiene contar con apoyo social como una eficaz estrategia de afrontamiento, ya que la gran mayoría (95,6 %) ha contado con un nivel moderado o alto de apoyo social frente a solamente 4,3 % que lo ha tenido bajo.

El reflejo de estos resultados sobre la aparición de malestar psicosomático durante la labor del parto, puso de manifiesto que de las 75 mujeres cuyos resultados pudieron valorar, consecuencia de la importante pérdida de muestra en el control del postparto y cuyos motivos ya fueron explicados durante la exposición de los resultados, 35 mujeres (47 %) manifestaron malestar frente a 40 (53 %) que tuvieron un parto satisfactorio.

Lo anterior viene a confirmar lo reflejado en estudios precedentes acerca de que las mujeres con partos prolongados y complicados suelen manifestar mayores niveles de ansiedad durante el tercer trimestre y más deficientes estrategias de afrontamiento junto a bajo o ausente apoyo social, que las mujeres que tiene partos satisfactorios.

Así se demuestran correlaciones significativas entre el estrés del parto, las expectativas de la mujer, los recursos de afrontamiento y el curso del parto (Chertok *et al.*, 1965; Demyttenaere *et al.*, 1995; Van-Zuuren, 1998), pero también existen evidencias demostradas sobre una asociación positiva entre la educación prenatal y la reducción de la angustia psicológica o el incremento de la satisfacción durante la experiencia del parto. Ahora bien, por distintas causas no todas las mujeres hacen uso de las estrategias de afrontamiento ante el parto, enseñadas durante la educación prenatal.

En nuestra serie el estudio de la expectativa sobre el resultado del parto mostró que en mayor medida (56,6 %) fue mejor de lo esperado, a pesar de que no todas las mujeres utilizaron todas las estrategias de afrontamiento entrenadas ni tampoco con la misma frecuencia.

La utilización conjunta de relajación y de respiración profunda (36 %) ha sido la estrategia más utilizada, seguida de respiración profunda solamente (15 %) y, en tercer lugar (14 %), de todas las técnicas entrenadas: relajación, respiración, autoinstrucciones y cambio de atención.

El sentimiento de control del malestar psicosomático mediante el uso de las estrategias de afrontamiento ha mostrado resultados muy satisfactorios, puesto que 59 % de las mujeres analizadas han manifestado que han podido controlar de «bastante» a «mucho» el malestar manifestado. Se percibió que la técnica de afrontamiento más eficaz ha sido la respiración profunda (40 %), seguida de cerca por la combinación de respiración y relajación (32 %). Para el resto de las técnicas bien solas o combinadas, la satisfacción alcanza tasas iguales o inferiores a 5 %.

El entrenamiento en respiración, tal y como ya se ha mencionado anteriormente, es una de las estrategias que las mujeres utilizan como afrontamiento ante el parto. La fatiga, por consiguiente,

es un síntoma frecuentemente referido por las mujeres; en cambio, los profesionales han venido aplicando un escaso control sobre su aparición.

Con el propósito de valorar la relación entre el uso de la respiración profunda, que es una intervención terapéutica tradicional, y el nivel de fatiga experimentado durante la primera etapa del parto, Pugh *et al.* (1998) realizaron un estudio longitudinal en una muestra de mujeres nulíparas en período de dilatación, a las que se les midió la fatiga cada dos horas durante las seis horas siguientes a su admisión hospitalaria. Un grupo de mujeres usó respiración profunda contra la fatiga, frente a otro grupo que no la utilizó.

El resultado fue que las mujeres que durante la fase de dilatación usaron respiración profunda, manifestaron significativamente más fatiga que el grupo de mujeres que no utilizó tal estrategia. Ahora bien, durante la fase activa del parto, las diferencias entre grupos no fue significativa. Por tanto, se concluye que, si bien la utilización de la respiración profunda como estrategia de afrontamiento ante la fase activa del parto es eficaz, utilizarla demasiado tempranamente puede incrementar el nivel de fatiga.

Respecto al estilo de afrontamiento, se han estudiado las distintas formas de afrontamiento que utilizan las mujeres frente al parto, con el fin de valorar su eficacia (Demyttenaere *et al.*, 1995; Van-Zuuren, 1998; Yali y Lobel, 1999).

Los primeros compararon los niveles de ansiedad estado-rasgo y los diferentes estilos de afrontamiento sobre la efectividad en el acortamiento del tiempo de hospitalización, entre 23 primigrávidas hospitalizadas y 22 mujeres de control hospitalizadas por otros motivos. No encontraron diferencias significativas ni en ansiedad-rasgo ni en estilos de afrontamiento entre ambos grupos, pero aparecieron diferencias significativas en estrategias de afrontamiento entre las mujeres gestantes que mostraron diferentes resultados sobre el curso y el resultado del parto. Por tanto, concluyeron que el afrontamiento paliativo y el apoyo social son mecanismos protectores en la satisfacción del parto.

Por su parte, Van-Zuuren realizó en 1998 una investigación en una muestra de 61 mujeres hospitalizadas con embarazos a término y con un rango de edad comprendido entre dieciséis y cuarenta años. Investigó si tanto los síntomas psicológicos

como los físicos que se suelen producir durante la labor de parto podían ser reducidos mediante intervención psicológica y si estos efectos terapéuticos podían ser aumentados si la intervención era congruente con el estilo cognitivo de afrontamiento.

Las mujeres fueron asignadas a tres condiciones diferentes: 20 a la condición de «información», en la que, mediante el pase de una película sobre el parto, se les proporcionó información detallada sobre el mismo; 20 a la condición de «distracción», en la cual se les pasaba una película de dibujos animados sin ninguna relación con el parto; las 21 mujeres restantes sirvieron de control.

Los resultados mostraron que «la distracción» demostró que era una efectiva estrategia de afrontamiento durante el parto. «La información» solamente alcanzó resultados estadísticamente significativos para los síntomas psicológicos.

Por los resultados de este estudio, observamos que la distracción, o *el cambio de atención*, es una estrategia de afrontamiento eficaz para disminuir o eliminar el malestar psicossomático, físico o psicológico que pudiera aparecer durante la situación de parto.

Según el estilo de afrontamiento, la distracción benefició en gran manera a aquellas que se mostraban altas en embotamiento cognitivo, lo cual era congruente con sus necesidades. La información, por su parte, no fue particularmente favorable para aquellas que se mostraban altamente vigilantes.

Yali y Lobel estudiaron en 1999 a un grupo de 167 mujeres, y encontraron que distintas variables sociodemográficas, como la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la paridad, estaban asociadas significativamente con las distintas estrategias de afrontamiento. Las que utilizaban la evitación como afrontamiento manifestaron mayor angustia que las que lo afrontaban con una valoración positiva.

Distintos investigadores sostienen que la mujer durante el parto debe recibir un continuo apoyo profesional como estrategia de afrontamiento eficaz. En apoyo de esta tesis Gagnon, Waghorn y Covell (1997) realizaron un estudio en una muestra de 413 mujeres nulíparas y valoraron el efecto que producía la presencia de una enfermera durante el parto; dicha enfermera daba apoyo emocional,

confort, instrucciones tanto para relajarse como sobre técnicas de afrontamiento. Sus resultados manifestaron que las mujeres redujeron en 17 % el riesgo por la estimulación de ocitocina.

Los resultados obtenidos sobre el sentimiento de autoeficacia ante el parto (Drummond y Rickwood, 1997) revelan que la paridad previa con experiencia positiva y el conocimiento acerca del parto tiene un significativo aumento de autoeficacia ante una nueva situación de parto.

La satisfacción en el parto está influenciada por factores tanto individuales como ambientales. En esta línea, McCrea y Wright (1999) realizaron un estudio cuyo principal objetivo era examinar la influencia del control personal en la satisfacción de las mujeres con el alivio del dolor durante el parto. La muestra comprendía a 100 mujeres con parto vaginal de un hospital de Irlanda del Norte. Mediante un cuestionario que pasaron dentro de las cuarenta y ocho horas tras el parto, realizaron una valoración retrospectiva de la experiencia del dolor. Dos medidas utilizaron en el estudio: el control personal y la satisfacción con el alivio del dolor durante el parto.

Los resultados indicaron que el sentimiento del control personal influyó positivamente en la satisfacción de las mujeres con el alivio del dolor durante el parto. En cambio, ninguna otra variable demográfica ni psicossocial mostró un efecto significativo en el sentimiento de satisfacción.

En nuestra investigación, el resultado posparto sobre el grado de satisfacción con el entrenamiento recibido en habilidades para afrontar la labor del parto, muestra resultados positivos, puesto que de las 65 mujeres que lo evaluaron, 66 % expresan bastante satisfacción y 14 % mucha satisfacción, lo que sumados en conjunto muestra una tasa de 80 % de mujeres altamente satisfechas. Hubo solamente 6% de mujeres nada satisfechas y 14% poco satisfechas.

CONCLUSIONES

1. Los datos cronológicos de la muestra estudiada confirman un desplazamiento hacia la década de los treinta años del momento elegido para la reproducción, lo que coincide con los reportes del Instituto Nacional de Estadística y del Servicio de Salud Infantil de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Valenciana del 2001. Se

- depressive symptomology during pregnancy and the postpartum». *Dissertation Abstracts International*, Section B: The Sciences and Engineering, vol. 60, no. 8-B, pp. 4213.
- DEMYTTENAERE, K. (1995). «Psychometric tests (State-Trait Anxiety Index and Utrechtse Coping Lijst) were administered to 23 primigravidae hospital». *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, vol. 16, no. 2, pp. 109-115.
- DICK READ, G. (1944). *Childbirth without fear*. Harper, New York.
- DRUMMOND, J. y D. RICKWOOD (1997). «Childbirth confidence: validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory in an Australian sample». *J. Adv. Nurs.*, vol. 26, no. 3, pp. 613-622.
- ENCSTROM, L. (1964). «A prospective study of the relationship between psychosocial factors and cause of pregnancy and delivery». *J. Psychosom. Res.*, no. 8, pp. 151-155.
- EYSENCK, H. J. y S. B. G. EYSENCK (1987). *EPI. Cuestionario de Personalidad*. Tea ediciones, Madrid.
- GAGNON, A. J., K. WAGHORN y C. COVELL (1997). «A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor». *Birth*, vol. 24, no. 2, pp. 71-77.
- GARCÍA, C. R. y E. S. GARCÍA (1955). «Epinephrine-like substances in the blood and their relation to uterine inertia». *Am. J. Obstet. Gynec.*, no. 69, pp. 812-820.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) y Servicio de Salud Infantil de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Valenciana (2001). *Plan de Salud de la Comunidad Valenciana [2001-2004]*. Consellería de Sanidad, Valencia.
- KAPP, F. T., S. HORNSTEIN y V. T. GRAHAM (1963). «Some psychological factors in prolonged labour due to inefficient uterine action». *Comprehensive Psychiatry*, no. 4, pp. 9-18.
- KELLY, J. V. (1962). «Effects of fear on uterine motility». *Am. J. Obstet. Gynec.*, no. 83, pp. 576-581.
- KMITA, G. et al. (1998). «Psychological aspects of high risk pregnancy in hospitalized women toward the change of the existing model of care». *Ginekol. Pol.*, vol. 69, no. 12, pp. 1025-1031.
- LAMAZE, F. y P. VELLAY (1952). «L'accouchement sans douleur par la méthode psychophysique. Premiers resultats portant sur 500 cas». *Gac. Med. Franc.*, no. 59, pp. 1445-1460.
- LEDERMAN, E. et al. (1981). «Maternal psychological and physiological correlates of fetal-newborn health states». *Am. J. Obstet. Gynec.*, no. 139, pp. 956-958.
- LEVINSON, G. y M. SHNIDER (1979). «Catecholamines: The effect of maternal fear and its treatment on uterine function and circulation». *Birth and The Family Journal*, no. 6, pp. 167-174.
- MCCREA, B. H. y M. E. WRIGHT (1999). «Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour». *J. Adv. Nurs.*, vol. 29, no. 4, pp. 877-884.
- MCDONALD, R. L. y A. C. CHRISTAKOS (1963). «Relationship of emotional adjustment during pregnancy to obstetric complications». *Am. J. Obstet. Gynec.*, no. 86, pp. 341-347.
- PUGH, L. C. et al. (1998). «First stage labor management: An examination of patterned breathing and fatigue». *Birth*, vol. 25, no. 4, pp. 241-245.
- RIZZARDO, R., G. MAGNI y C. ANDREOLI (1985). «Psychosocial aspects during pregnancy and obstetrical complications». *J. Psychosom. Obstet. Gynec.*, no. 4, pp. 11-22.
- ROEMER, H. (1970). «Trastornos de origen psíquico en el embarazo». En O. Käser et al. (eds.): *Ginecología y obstetricia*. Salvat, Barcelona.
- RYDING, E. L. et al. (1998). «Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section». *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, vol. 77, no. 5, pp. 542-547.
- SAISTO, T. et al. (2001). «Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth». *BJOG*, vol. 108, no. 5, pp. 492-498.
- SALVATIERRA, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Martínez Roca, Barcelona.
- SOSA, R., J. KENNEL y M. KLAUS (1980). «The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction». *New Engl. J. Med.*, no. 33, pp. 597-600.
- SPIBY, H. et al. (1999). «Strategies for coping labour: does antenatal education translate into practice?». *J. Adv. Nurs.*, vol. 29, no. 2, pp. 388-394.
- SPIELBERGER, C. D., R. L. GORSUCH y R. E. LUSHENE (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Tea ediciones, Madrid.
- VAN-ZUUREN, F. J. (1998). «The effects of information, distraction and coping style on symptom reporting during preterm labor». *Psychology and Health*, vol. 13, no. 1, pp. 49-54.
- VELLAY, P. (1982). «Notre experience en PPO». *Bull-Off-Soc.Franc-Psychoproph-Obstet.*, no. 89, pp. 29-33.
- YALI, A. M. y M. LOBEL (1999). «Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women». *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, vol. 10, no. 1, pp. 39-52.

