

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS II



TESIS DOCTORAL

**Ansiedad, parto y género: estudio longitudinal
del valor predictivo de la ansiedad sobre el parto
analizado desde la perspectiva de género**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Ana María Martín Casado

DIRECTORAS

Esperanza Rayón Valpuesta
Marta Evelia Aparicio García

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos II.

Máster Mujeres y Salud.



Ansiedad, Parto y Género.

Estudio longitudinal del valor predictivo de la ansiedad sobre el parto analizado desde la perspectiva de Género.

Tesis Doctoral.

Ana M^a Martín Casado.

Bajo la dirección:

Dra. Esperanza Rayón Valpuesta.

Dra. Marta Evelia Aparicio García

Madrid 2017

*No te rindas, aún estás a tiempo,
De alcanzar y comenzar de nuevo,
Aceptar tus sombras, enterrar tus miedos,
Liberar el lastre, retomar el vuelo.
No te rindas, que la vida es eso,
Continuar el viaje, perseguir tus sueños,
Destrobar el tiempo, correr los escombros,
Y destapar el cielo.
Bajar la guardia y extender las manos,
Desplegar las alas e intentar de nuevo.
Porque cada día es un comienzo nuevo,
Porque esta es la hora y el mejor momento.
Porque no estás solo, porque yo te quiero.*

Mario Benedetti.

A Juanan, gracias por creer.

AGRADECIMIENTOS

Siempre he pensado que en la vida hay que pelear por los sueños, porque el camino que recorreremos es muy breve y normalmente, los sueños son de una magnitud increíble, pero con trabajo diario y constancia, creo que se siempre se consiguen.

Sin embargo, pelear por ellos supone salir de tu zona de confort, y ese es el verdadero problema, ahí es donde está la lucha real, la pelea en el barro, contra ti mismo, contra tu constancia, contra tus ganas de escapar y abandonar, contra tu comodidad, el conocer hasta donde puedes llegar.

Eso es una tesis para mí, el crecimiento personal que requiere, la pelea interna que se genera un día detrás de otro, cuando sabes que tienes que trabajar y no lo has hecho, superar la continua sensación de pereza, arañar horas, una detrás de otra, a veces con tus hijos sentados encima de ti mientras escribes en el ordenador, como estoy ahora.

Crear en ti mismo de verdad, a pesar de que te invadan dudas, porque cuando tú crees, los demás creen. Para todas esas personas, dedico este primer capítulo, que curiosamente, se escribe siempre el último, el último después de cinco años trabajando, deseando, luchando, dudando, y sobre todo creyendo en los sueños que nos hacen estar más vivos. A esas personas que han creído en este sueño, de una forma u otra, ya sea porque en parte es su sueño, pero no quieren salir de la zona de confort, o los que literalmente han cruzado el océano conmigo en mi velero frágil. Para todas ellas, gracias.

Esperanza, templada, de corazón tranquilo y noble, respetuoso y fiel. Que siempre me has acompañado desde la profesionalidad, la paz y la serenidad. Mujer generosa y altruista. Con las manos siempre abiertas y una palabra de agradecimiento, sin esperar, sólo confiar. Marta, entusiasta, enérgica y proactiva. Ofreciéndome siempre consejos prácticos cargados de optimismo, con la vitalidad que transmites, constantemente dispuesta a iniciar retos nuevos, a salir de tu zona de confort, valiente, mujer guerrera. Mis compañeras de viaje, un viaje que se inicio en un máster que unió nuestro destino, donde encontré una perspectiva diferente de la vida, que me enseñó a

construir un camino nuevo, que construyo ahora para mi hija. A vosotras, mis mentoras, gracias por vuestra enorme generosidad.

A todos los doctores de mí vida, que han sido inspiración continua en mi camino, por querer parecerme a ellos, acercarme a su lucha, que también ha sido la mía. Personas con una esencia especial, en constante búsqueda por superarse a sí mismos, valientes, dispuestos a salir de su zona de confort, arriesgando, dejándose la piel todos los días por sacar la mejor versión de sí mismos. Laura, Guille, Raquel, Pablo, Juanan y papá, personas con luz, un faro que ha puesto calma a los momentos oscuros del viaje de escribir, escribir una tesis, porque vosotros ya lo hicisteis, ya lo creasteis, ya alcanzasteis la cima. A todos vosotros, gracias por vuestra luz.

A mis compañeras y amigas de profesión, que aman el nacimiento tanto como lo amo yo, compartiendo los días, nuestras alegrías y penas. Dejándonos la piel en lo que hacemos, dedicando cada minuto, cada segundo de nuestra vida en cuidar un momento crucial de la vida de las mujeres, amando la maternidad, porque nosotras también somos madres, y entendemos lo que eso significa, confiar por encima de todo. A todas vosotras, gracias por vuestra pasión, que también es la mía.

A mi familia, que siempre me ha enseñado que los sueños se consiguen con constancia. Trasmitiendo los valores que ahora yo elijo transmitir para mis hijos. Esfuerzo, respeto a los demás, trabajo duro, perseverancia y sobre todo, agradecimiento a los que te rodean y te hacen crecer todos los días.

Mamá, mujer moderna, decidida, con poca conformidad con su estereotipo de género, esa es la mujer que elijo ser yo ahora. Papá, sereno y pacifico, siempre acompañando desde el respeto y tranquilidad, ese es el reflejo del proyecto de vida que habéis compartido juntos y el que busco yo también para la mía. A Marivi y Juan, mis segundos padres, que con amor y respeto siempre han estado a mi lado y que han educado en valores a la persona de mi vida.

Laura y Rocío, mis hermanas, mis mejores amigas, entusiastas, aventureras, que siempre miran la vida con optimismo y alegría, que contagian esa energía a los que les rodean, energía que ha sido clave en muchos momentos de este viaje, y que ahora me la ofrecen también mis hijos, mis soles, la chispa que enciende todos mis días. A todos vosotros, mi familia, mi roca emocional, gracias por elegirme.

Y por último, a la persona a la que debo cada línea escrita en esta tesis y cada línea escrita de mi vida. Juanan, mi marido, mi compañero, mi mejor amigo, mi espejo, el padre de mis hijos, la persona que me inspira todos los días, que arregla mis alas cuando están rotas. A la fuerza que desprende, a su seguridad, a su decisión y continuo crecimiento personal. A todo lo que eres, gracias por quitar candados y abrir puertas, por vivir la vida y aceptar el reto. Gracias por creer.

Gracias por ser la persona que elijo para cruzar este océano y miles, todos los océanos de mi vida. Compartir mi velero, desde el amor incondicional, la admiración, las ganas de superación, la gratitud, la fidelidad y la alegría por iniciar nuevos caminos, siempre iniciar.

Toda la vida es un camino, y a veces es necesario caminar algunas etapas con sentido, para encontrar tu lugar en el mundo. Camino de Santiago, 2015.

RESUMEN

La idea de preocupación, ansiedad y miedo aparece continuamente relacionada con el concepto cultural de maternidad. Asociar la maternidad a estas emociones implica entender tanto el embarazo como el parto como un proceso fisiológico marcado por la cultura, donde las causas podrían ser distintas para cada sociedad en concreto. Es decir, las mujeres son las personas que tiene la capacidad para parir dentro de una cultura determinada, y como tal, su cuerpo no solo responderá a estímulos puramente biológicos sino también a procesos psicológicos propios y unas normas sociales consensuadas históricamente dentro de un contexto cultural que obedece a patrones concretos.

Desde la perspectiva de Género, el fenómeno de la maternidad (embarazo, parto y puerperio), constituye una experiencia vital de gran carga emocional para las mujeres y debe ser estudiado incluyendo un enfoque no solo fisiológico, sino también psicológico y antropológico. Adicionalmente, parece que la ansiedad también tiene una influencia negativa sobre los resultados obstétricos, fetales y perinatales del parto, pero estas conclusiones suelen ser limitadas, existiendo una falta de consenso acerca de la función de la ansiedad en los resultados perinatales.

Por lo tanto, con la presente tesis doctoral presenta una investigación que permite aproximarse a la situación real de las gestantes en cuanto a causas de ansiedad y preocupación en torno al parto, desde una perspectiva de Género.

Para ello se ha realizado una conceptualización del término Ansiedad en el parto mediante un enfoque multidimensional donde se identifican los factores a considerar y se ha realizado un estudio estadístico en dos Áreas de Salud distintas para determinar el grado de influencia de estas variables en el desarrollo fisiológico del proceso de parto. A partir de las evidencias estadísticas obtenidas en la experimentación, se ofrece una discusión que analiza desde una perspectiva de género los resultados obtenidos respecto a los factores causantes de ansiedad en el parto.

Como consecuencia de esta discusión y apoyándose en los resultados obtenidos, se plantean finalmente una serie de mejoras metodológicas en los protocolos actuales de Educación Prenatal de nuestro país. Estas propuestas también son validadas,

mediante un protocolo que materializa las conclusiones obtenidas en una serie de actuaciones concretas. Este protocolo se ha implementado y evaluado con población real de gestantes en un hospital, demostrando la relevancia de los resultados descritos en el presente trabajo de tesis.

ABSTRACT

Concepts such as worry, anxiety and fear are permanently linked to the cultural concept of maternity. Understanding the relationship between maternity and these emotions implies the analysis of pregnancy not only as a physiological process but also as a cultural concept that may vary for each society. This is, women give birth within a concrete culture, and therefore, their bodies may react to both biological stimulus and social rules depending on their cultural context.

From the gender point of view, maternity (pregnancy, delivery and puerperium) is a major experience for women that must be analyzed leaving aside the physiological process and taking into consideration a physiological and anthropological perspective. Additionally, there is certain evidence that the clinical results of the delivery process are negatively influenced by anxiety.

Therefore, this Doctoral Thesis presents a research work that enables the understanding of those anxiety factors that have an impact in the maternity process from a gender perspective.

To do so, the concept of anxiety has been defined through a multidimensional analysis where several associated factors have been identified. Then, an experimental evaluation has been performed in two separate health areas to determine the impact of such factors in the physiological development of the delivery. The statistical significance of these factors is discussed from the point of view of the gender.

After this discussion, and supported by the statistical results, this work proposes a set of improvements in the current protocols of maternal health education in Spain. This proposal is also validated by means of a concrete protocol that applies the conclusions previously obtained. This protocol has been implemented and evaluated with real population in a hospital, demonstrating the significance of the results presented in this Doctoral work.

TABLA DE CONTENIDOS

PARTE 1. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN: ANSIEDAD Y MATERNIDAD.....	1
1.1 Justificación de la investigación.	1
1.2 Interés y pertinencia del tema en el campo de la Psicología, la Salud y el Género.	3
1.3 Ámbito y desarrollo general de la investigación.....	5
1.4 Cronograma.	5
CAPÍTULO 2. EL EMBARAZO Y PARTO DEL S. XXI.....	9
2.1 Evolución y desarrollo de un proceso fisiológico y cultural.....	9
2.2 El nacimiento desde la perspectiva de Género: un recorrido histórico.	12
2.2.1 El Modelo Tecnocrático del Nacimiento.....	14
2.2.2 El cambio en la formación de las matronas a partir del nuevo Modelo Tecnocrático del Nacimiento.....	15
2.2.3 El modelo de nacimiento en la España del Siglo XX.....	17
2.2.4 El parto del siglo XXI: un evento médico quirúrgico.....	19
CAPÍTULO 3. EL NACIMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO.	23
3.1 La gestación desde la perspectiva de Género. Atribución de significados al cuerpo gestante.	23
3.2 El parto desde el punto de vista de los estudios de Género.	25
3.3 El parto como ritual de paso.	27
3.4 Las características del ritual del parto hospitalario del S. XXI.....	30
3.5 El dolor en el parto. Significados y atribuciones culturales y de Género.	34
CAPÍTULO 4. LA EDUCACIÓN PRENATAL.....	41
4.1 Historia y evolución de los métodos psicológicos en la preparación al parto.....	41
4.2 La Hipnosis y los Hipnotarios.....	41
4.3 La Escuela Británica de Dick Read.....	42
4.4 El condicionamiento clásico y las teorías de la preparación al parto.....	43
4.5 Evolución de la preparación al parto en España.	44
4.5.1 La Sofrología.	44
4.5.2 La Escuela Española de Sofropedagogía Obstétrica de Aguirre Carcer.....	45
4.6 La Psicoprofilaxis Obstétrica actual.	45

CAPÍTULO 5. LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD COMO EMOCIÓN.....	49
5.1 El proceso emocional.....	49
5.2 Conceptualización de la Ansiedad.....	57
5.2.1 Ansiedad y Miedo.....	58
5.2.2 Ansiedad y Estrés.....	59
5.2.3 Ansiedad y preocupación.....	60
5.2.4 La Sensibilidad a la ansiedad.....	63
5.3 Recorrido histórico de los diferentes enfoques sobre la Ansiedad.....	66
5.3.1 Escuela Psicodinámica y Humanista.....	66
5.3.2 El enfoque Experimental-motivacional y el Conductismo clásico.....	67
5.3.3 Aportaciones desde el enfoque de la personalidad: primeras teorías Rasgo-Estado.....	67
5.4 La Teorías Multidimensionales de la Ansiedad: desde el enfoque neoconductista hasta la Teoría Tridimensional de Lang.....	71
5.5 Ansiedad y Género.....	77
5.6 Evaluación y métodos para medir la Ansiedad.....	79
5.7 Relación entre la Ansiedad y el proceso de parto.....	83
5.8 Conclusiones.....	86
PARTE 2. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	89
CAPÍTULO 6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	91
6.1 Objetivo 1. Analizar los factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto en gestantes a término.....	91
6.1.1 Hipótesis 1. <i>Existen determinados factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto.....</i>	91
6.2 Objetivo 2. Analizar la influencia entre las respuestas de ansiedad y los resultados obstétricos materno-fetales.....	92
6.2.1 Hipótesis 2. <i>Tanto la preocupación, como la ansiedad previa al nacimiento, predicen las características clínicas del parto.....</i>	92
6.3 Objetivo 3. Establecer una comparativa entre los hospitales de estudio sobre ansiedad y resultados obstétricos obtenidos en las gestantes a término.....	93
6.3.1 Hipótesis 3. <i>Existirán diferencias significativas sobre respuestas de ansiedad y resultados materno-fetales en función del Área sanitaria de estudio.....</i>	93
6.4 Objetivo 4. Analizar el grado de influencia existente entre la asistencia a cursos de Educación prenatal y el proceso de parto.....	94
6.4.1 Hipótesis 4.1. <i>La asistencia de las gestantes a los cursos de Educación prenatal repercute en la disminución de la ansiedad previa al parto.....</i>	94

6.4.2 Hipótesis 4.2. <i>Las gestantes que han acudido al programa de Educación prenatal, tienen resultados clínicos más favorables en su proceso de parto.</i>	94
CAPÍTULO 7. MÉTODO.....	97
7.1 Participantes.....	97
7.2 Diseño.....	98
7.3 Variables e Instrumentos.....	99
7.3.1 Variables socio-demográficas y de salud reproductiva.....	100
7.3.2 La Ansiedad previa al parto.....	101
7.3.3 Los factores de preocupación sobre el parto.....	103
7.3.4 Los resultados perinatales.....	105
7.4 Procedimiento de recogida de datos.....	107
7.4.1 Permisos solicitados.....	107
7.4.2 Contacto con servicios sanitarios implicados.....	108
7.4.3 Contacto con participantes.....	108
7.4.4 Criterios de inclusión.....	108
7.4.5 Criterios de exclusión.....	108
7.4.6 Aplicación de Recogida de datos.....	109
7.4.7 Método de muestreo.....	109
7.5 Análisis estadísticos de los datos.....	110
CAPÍTULO 8. RESULTADOS.....	113
8.1 Análisis descriptivo de las variables a estudio.....	113
8.1.1 Variables socio-demográficas y de salud reproductiva.....	113
8.1.2 Análisis descriptivo de los factores de preocupación previa al parto.....	117
8.1.3 Análisis descriptivo de la ansiedad previa al parto.....	118
8.2 Objetivo 1: Analizar los factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto en gestantes a término.....	118
8.2.1 Factores de preocupación referentes al proceso clínico de parto.....	119
8.2.2 Motivos de preocupación referentes a la dimensión social del parto.....	120
8.2.3 Motivos de preocupación referentes a técnicas hospitalarias.....	122
8.2.4 Resumen final de resultados del Objetivo 1: Analizar los factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto.....	123
8.3 Objetivo 2: Analizar la influencia entre las respuestas de ansiedad y los resultados obstétricos materno-fetales.....	125
8.3.1 Indicadores clínicos del parto.....	125
8.3.2 Resultados materno-fetales.....	135

8.3.3 Resumen final de resultados del Objetivo 2: Analizar la influencia entre las respuestas de ansiedad y los resultados obstétricos materno-fetales.....	140
8.4 Objetivo 3: Establecer una comparativa entre los hospitales de estudio sobre ansiedad y resultados obstétricos obtenidos en las gestantes a término.....	142
8.4.1 Comparativa en ansiedad entre gestantes del Hospital de Móstoles y Guadalajara.	143
8.4.2 Perfiles en preocupación y ansiedad previa al parto de cada Área sanitaria.	144
8.4.3 Comparativa de los resultados obstétricos materno-fetales de las parturientas del Hospital de Móstoles y Guadalajara.....	148
8.4.4 Resumen final de resultados del Objetivo 3: Establecer una comparativa entre los hospitales de estudio sobre ansiedad y resultados obstétricos obtenidos en las gestantes a término.....	152
8.5 Objetivo 4: Analizar el grado de influencia existente entre la asistencia a cursos de Educación prenatal y el proceso de parto.....	154
8.5.1 Repercusión de la Educación prenatal en la ansiedad de las gestantes.	154
8.5.2 Grado de influencia de la Educación prenatal en los resultados del parto.	156
8.5.3 Resumen final de resultados del Objetivo 4: Analizar el grado de influencia existente entre la asistencia a cursos de Educación prenatal y el proceso de parto.	160
CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN.....	163
9.1 Hipótesis 1.	163
9.1.1 Factores de preocupación previa al parto.	164
9.1.2 La ansiedad en las gestantes a término.....	171
9.2 Hipótesis 2.	178
9.2.1 Variables psicosociales y obstétricas predictivas del parto y sus resultados perinatales.....	179
9.2.2 El valor predictivo de la ansiedad durante el parto.....	189
9.3 Hipótesis 3.	203
9.3.1 Diferencias entre hospitales en ansiedad previa al parto.....	204
9.3.2 El cuidado estructurado y el parto. Diferencias entre Hospitales respecto a los resultados perinatales.....	206
9.4 Hipótesis 4.	216
9.4.1 La ansiedad y la Educación prenatal.	216
9.4.2 La Educación prenatal y los resultados del parto.	219
CAPÍTULO 10. APLICACIÓN PRÁCTICA.	223
10.1 Diseño del proyecto “Conoce a tus Matronas”.....	223
10.2 Evaluación práctica del Proyecto “Conoce a tus Matronas”.....	226
CAPÍTULO 11. CONSIDERACIONES FINALES.	229

11.1 Resumen del trabajo de tesis.....	229
11.2 Resultados generales.....	230
11.3 Limitaciones.....	231
11.4 Trabajo futuro.	233
11.5 Conclusiones.	235
CAPÍTULO 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	237
Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). <i>The Anxiety and Worry. Cognitive and Behavioral Practice</i> , 20, (1), 1-122.....	242
Lazarus, R.S. (1991). <i>Emotion and adaptation</i> . Nueva York: Oxford University Press.	250
Saleeby, C.W. (1907). <i>Worry: the disease of the age</i> . Nueva York: Stokes Company.	258
CAPÍTULO 13. ANEXOS.	263
13.1 Modelo de consentimiento informado.	264
13.2 Protocolo de recogida de datos.	265
13.3 Encuesta tipo Likert sobre factores de preocupación previos al parto.....	266
13.4 Diseño del proyecto “Conoce a tus matronas”.....	267
13.5 Encuesta de validación y evaluación proyecto: Conoce a tus Matronas 2016.....	271
13.6 Informe de la Comisión de Investigación de SESCAM.....	272
13.7 Informe del Comité Ético de investigación Clínica del Hospital Universitario de Guadalajara.	273
13.8 Informe de validación de la Unidad Docente de Matronas de Toledo.....	274
13.9 Informe del Comité Ético de investigación Clínica. Acta número 02/13. Fundación Jiménez Díaz y Hospital Rey Juan Carlos.	275

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Conceptualización del proceso emocional según Fernández Abascal y colaboradores (1999).	50
Figura 2. Representación del proceso emocional de las mujeres en el parto.	55
Figura 3. Esquema de respuestas Cognitivas, Fisiológicas y Motoras del estado de ansiedad según Miguel-Tobal y colaboradores (1999).....	75
Figura 4. Relación de variables a estudio.....	100
Figura 5 Porcentajes apilados de respuestas a la evaluación del proyecto Conoce a tus Matronas	227

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptivos y normalidad de los factores de preocupación previos al parto.	117
Tabla 2 Estadísticos descriptivos y normalidad de la ansiedad previa al parto.....	118
Tabla 3 Correlación de Pearson entre la preocupación por el proceso clínico de parto y la ansiedad.	119
Tabla 4 Correlación de Spearman entre la preocupación por el proceso clínico de parto y la ansiedad.	119
Tabla 5 Correlación de Pearson entre la preocupación en relación a la dimensión social del parto y las respuestas de ansiedad.....	120
Tabla 6. Correlación de Spearman entre la preocupación en relación a la dimensión social del parto y las respuestas de ansiedad.	121
Tabla 7 Correlación de Pearson entre la preocupación por técnicas hospitalarias y las respuestas de ansiedad.	122
Tabla 8. Correlación de Spearman entre la preocupación por técnicas hospitalarias y las respuestas de ansiedad.	122
Tabla 9 Regresión logística binaria para el tipo de parto: eutócico/distócico.	126
Tabla 10 Regresión logística binaria para el tipo de parto: vaginal/cesárea.	127
Tabla 11 Regresión logística binaria para el inicio del parto: inducido/espontáneo.....	128
Tabla 12: Regresión lineal múltiple de la duración de la dilatación en gestantes.....	129
Tabla 13 Regresión lineal múltiple de la duración del expulsivo en gestantes.	130
Tabla 14. Regresión lineal múltiple de la duración total del parto en gestantes.	132
Tabla 15 Regresión lineal múltiple semanas de gestación en las que se produce el parto.....	133
Tabla 16: Regresión logística binaria para el uso de la epidural.....	134
Tabla 17 Regresión logística binaria para el alumbramiento: manual/espontáneo.	135
Tabla 18: Regresión logística binaria para sufrir complicación durante el parto.....	136
Tabla 19: Regresión lineal múltiple del test de Apgar en el primer minuto de vida.....	137
Tabla 20: Regresión lineal múltiple del test de Apgar a los 5 minutos de vida.	138
Tabla 21: Regresión lineal múltiple del pH sangre de cordón.	139
Tabla 22: Regresión lineal múltiple de la Reanimación neonatal.	140
Tabla 23: Estadísticos descriptivos y diferencias entre hospitales en ansiedad.	143
Tabla 24: Estadísticos descriptivos y efecto del Hospital en la preocupación en el parto.	143
Tabla 25: Correlación de Pearson entre los factores de preocupación del parto y las respuestas de ansiedad en las gestantes del Hospital de Guadalajara.	144

Tabla 26: Correlación de Spearman entre las variables de preocupación del parto y las respuestas de ansiedad en las gestantes del Hospital de Guadalajara.....	145
Tabla 27: Correlación de Pearson entre las variables de preocupación del parto y las respuestas de ansiedad en las gestantes del Hospital de Móstoles.....	146
Tabla 28: Correlación de Spearman entre las variables de preocupación del parto y las respuestas de ansiedad en las gestantes del Hospital de Móstoles.	146
Tabla 29: Diferencia de porcentajes entre hospitales en tipo de parto: eutócico; fórceps; ventosa; cesárea programada y cesárea urgente.....	148
Tabla 30: Diferencia de porcentajes y riesgo entre hospitales en tipo de parto: eutócico/distócico y vaginal /cesárea.	149
Tabla 31: Diferencia de porcentajes y riesgo entre hospitales en inducción, epidural y alumbramiento.....	150
Tabla 32: Diferencia de medias entre hospitales en duración del parto, etapas del parto y semanas de gestación.....	151
Tabla 33: Diferencia de medias entre hospitales en Apgar, pH de sangre de cordón y tipo de reanimación neonatal.....	151
Tabla 34: Diferencia de porcentajes entre hospitales en complicación al parto.....	151
Tabla 35: Diferencia de medias en ansiedad según asistencia a Educación prenatal.....	155
Tabla 36: Diferencia de porcentajes en indicadores del parto según asistencia a Educación prenatal.	156
Tabla 37: Diferencia de porcentajes entre grupos de Educación prenatal en paridad.....	157
Tabla 38: Diferencia de medias entre grupos de Educación prenatal en duración del parto; etapas del parto y semanas de gestación.....	158
Tabla 39: Diferencia de medias entre grupos de Educación prenatal en: Apgar, pH de sangre de cordón y tipo de reanimación neonatal.....	158
Tabla 40: Diferencia de porcentajes según Educación prenatal en complicación.....	159
Tabla 41: Diferencia indicadores para primíparas según Educación prenatal.....	160

PARTE 1. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN: ANSIEDAD Y MATERNIDAD.

“La mujer pare igual que vive.”

Anónimo.

1.1 Justificación de la investigación.

La idea de preocupación, ansiedad y miedo aparece continuamente relacionada en la literatura con el concepto cultural de maternidad (Affonso, Liu-Chiang y Mayberry, 1999; Saisto y Halmesmaki, 2003; Cheyne, Terry, Niven et al., 2007; Kjaergaard, Wijma, Dykes et al., 2008; Larkin, Begley y Devane, 2009; Maeir, 2010; Northrup, 2014), asociar la maternidad a estas emociones implica entender tanto el embarazo como el parto como un proceso fisiológico marcado por la cultura, donde las causas podrían ser distintas para cada sociedad en concreto. Este argumento hace que se plantee la necesidad de buscar el origen del sentimiento de ansiedad dentro del propio contexto cultural de cada embarazada.

En consecuencia, el primer objetivo de esta investigación pretende la identificación y el análisis en profundidad de los principales factores psicosociales, culturales y obstétricos asociados al aumento de ansiedad previa al parto en gestantes españolas. La valoración de dichos factores permitirá poder relacionarlos directamente con el nivel de ansiedad que tiene la población gestante en los momentos previos al parto. Además, determinar el grado de influencia que estos factores tienen sobre el desarrollo del proceso de parto y poder desarrollar de una forma más efectiva el contenido de la Educación prenatal en el ámbito clínico.

Por lo tanto, la principal aportación práctica de la siguiente tesis doctoral vendrá determinada desde un punto de vista bibliométrico y metodológico. Esta relevancia queda justificada en los contenidos teóricos de la Educación prenatal actual, que toman como punto de partida teorías elaboradas y evaluadas en algunos países europeos concretos con un modelo de atención al embarazo y parto diferente del modelo español: “Intervencionista Institucionalizado” (Observatorio de Salud de la Mujer, 2007, 2015). Así, la identificación y el estudio de los factores psicosociales, culturales y obstétricos asociados a la ansiedad durante el parto en el contexto de la maternidad en

España, constituirá un conocimiento relevante en los futuros protocolos y metodologías para las clases de Educación Maternal y paternal de nuestro país.

Entre los países europeos que han originado y desarrollado el contenido de las clases de Educación prenatal se sitúan principalmente Reino Unido (Eames, 2004; Cheyne et al., 2007; Redshaw, Martín, Rowe et al., 2009; Maeir 2010, NICE, 2014), donde la asistencia al parto corresponde a un “Modelo Intermedio Institucionalizado” con partos domiciliarios y hospitalarios (Observatorio de Salud de la Mujer, 2007, NICE, 2014). También los países Nórdicos y Holanda (Georgsson-Ohman, Grunewald y Waldenstrom, 2003; Saisto et al., 2003; Kjaergaard et al., 2008; Dencker, Taft, Bergqvist et al., 2010, NICE, 2014), cuyos sistemas se asemejan más a “Modelos Desinstitucionalizados” y atendidos por matronas autónomas. Este es el caso de Dinamarca, por ejemplo, donde es la misma matrona quien se encarga de la atención del embarazo y parto de la mujer, mientras en España dicha asistencia se realiza por matronas diferentes (Observatorio de Salud de la Mujer, 2015; RCOG, 2007).

Sin embargo, en lo que respecta a nuestro país, son escasas las investigaciones específicas sobre este campo (Román Oliver, Espinaco Garrido, y Espinaco Garrido, 2007; Sánchez Montoya y Palacios Alzaga, 2007, Littleton, 2007; Schimd, 2012; Ministerio de Sanidad, 2014), según las bases de datos consultadas tanto de Ciencias de la Salud como de Psicología: Pudmed, Cochrane, Cinahl, Bireme, Biomed central, Cuiden, Enfispo, PsycInfo y PsycArticles. En consecuencia, al no existir evidencia suficiente sobre las preocupaciones y necesidades de las gestantes españolas durante el embarazo y parto, el contenido de la Educación prenatal queda a criterio del profesional, y con ello, cada matrona actúa de una manera diferente basándose en su experiencia personal, en la tradición y sin unificar criterios científicos (Ministerio de Sanidad, 2012).

Por tanto, según lo expuesto, esta investigación plantea el desarrollo de un novedoso estudio en España que permitirá actualizar los protocolos de Educación prenatal, proponiendo una serie de mejoras para adaptarlos de una manera más efectiva a las necesidades concretas de la población en el proceso de parto. Este conocimiento, además, permitirá a los profesionales dedicados al nacimiento ofrecer una calidad óptima en la asistencia diaria.

1.2 Interés y pertinencia del tema en el campo de la Psicología, la Salud y el Género.

El interés de esta investigación desde la perspectiva de Género se justifica en el argumento central de la imposibilidad de entender la gestación y el parto desde una perspectiva puramente biológica, tal y como la medicina occidental lo lleva haciendo a lo largo de los últimos siglos (Hodnett, Gates, Hofmeyr et al., 2013).

En el ámbito de la salud desde la perspectiva de Género, el fenómeno de la maternidad (embarazo, parto y puerperio), constituye una experiencia vital de gran carga emocional para las mujeres (Gutman, 2007, Northrup, 2014), y debe ser estudiado incluyendo un enfoque no solo fisiológico, sino también psicológico y antropológico (Davis-Floyd, 2009; Schimd, 2012), lo que conlleva a poner el énfasis de la investigación desde la perspectiva de Género. Es decir, las mujeres son las personas que tiene la capacidad para parir dentro de una cultura determinada, y como tal, su cuerpo no solo responderá a estímulos puramente biológicos sino también a procesos psicológicos propios y unas normas sociales consensuadas históricamente dentro de un contexto cultural que obedece a patrones concretos (Schimd, 2012).

Además, a lo largo de todos mis años de matrona y observando a cada una de las mujeres en su proceso de parto, he llegado a la hipótesis propia: *“las mujeres tenemos miedo al parto porque se nos ha educado en la cultura del miedo al parto y en consecuencia, no confiamos en nuestro potencial biológico y emocional para parir.”* Por lo tanto, la pregunta de partida que ha llevado a emprender esta investigación es: *¿qué papel juega el Género durante el proceso parto? ¿De qué manera los factores psicosociales y culturales condicionan la perspectiva de Género en el parto?*

Algunos psicólogos como Gutman (2007), califican el parto como una “desestructuración espiritual”, una “apertura forzada” no sólo física sino también psicológica, donde la mayoría de las mujeres atraviesan la experiencia con muy poca conciencia del fenómeno que están viviendo y de su “poder” biológico. Esto es así, de modo que a pesar de que contexto sanitario en el que se desarrolla el parto en España se sitúa a la cabeza en estadísticas favorables dentro de la asistencia obstétrica mundial (OMS, 2015; Ministerio Sanidad, 2014), comienzan a surgir grupos importantes de mujeres que reivindican una mayor toma de decisiones y protagonismo de su vivencia

en un momento fundamental para la vida sexual de una mujer (El parto es Nuestro, 2016).

Por otro lado, tanto la ansiedad, la depresión prenatal y posparto, como el trastorno de estrés postraumático asociado a algunos partos, se están convirtiendo en problemas sanitarios graves y de gran repercusión en nuestra sociedad (Bailham, Slade y Joseph, 2004; Sánchez Montoya y Palacios Alzaga, 2007; Dennis y Creedy, 2008; Dennis, Ross y Grigoriadis, 2008; Wiley, 2015). No sólo por el impacto personal, familiar y social que originan, sino también por las consecuencias para el sistema sanitario en términos económicos.

Por tanto, se convierte en fundamental abordar el problema desde la perspectiva de Género, ya que el “fenómeno de cosificación” (Gutman, 2007, p.50) que sufren las mujeres durante los partos, está directamente relacionado con la insatisfacción y baja autoestima que originan los trastornos de depresión y ansiedad típicos en las mujeres puérperas (Gutman, 2007; Imaz, 2010). Trastornos que tienen gran parte de su fundamento en un contexto de desigualdad de género y repercuten de manera directa no solo en la vivencia de la maternidad, sino también en la adaptación al nuevo rol de madre (Oliveira Queiroz, Bessa Jorge, Feitas Marques et al., 2007; Imaz, 2010, Northrup, 2014).

En consecuencia, la presente investigación viene englobada en el ámbito de la Salud desde la perspectiva de Género, debido a que clarificar cuáles son los factores que producen la ansiedad previa al parto y su grado de influencia, permitirá adaptarse mejor a la problemática asistencial y las necesidades de las mujeres embarazadas de nuestro país. Así, este estudio permitirá actualizar y desarrollar mejoras en los protocolos de actuación clínica de forma más adaptada culturalmente a las necesidades de las gestantes españolas, con el objetivo de poder respaldar estos protocolos en una evidencia científica, de manera contraria a lo que se viene haciendo hasta el momento en lo que respecta a la Educación prenatal, que utiliza una metodología basada en la experiencia, la tradición y a criterio de cada profesional. Sólo con una práctica basada en la evidencia, se podrá ofrecer una rigurosa seguridad y máxima calidad en el cuidado y asistencia de las gestantes españolas, así como responder a la demanda actual que exige la sociedad a los profesionales dedicados al nacimiento (NICE, 2014; Ministerio de Sanidad, 2015).

1.3 Ámbito y desarrollo general de la investigación.

Esta investigación se ha desarrollado en los servicios de paritorio del Hospital Universitario de Guadalajara y Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, respectivamente. Surge como respuesta a la inquietud personal por parte de la investigadora sobre el estudio del proceso de parto desde la perspectiva de Género.

Para ello se obtuvieron durante los años 2011-13 todos los permisos oficiales necesarios para llevar a cabo este proyecto (consultar apartado de Anexos): Supervisores de paritorio; Jefes de Investigación y docencia en enfermería; Jefes de Servicio de Obstetricia y Ginecología; Directores de enfermería; Gerentes de los centros sanitarios; Jefe de Investigación del SESCAM; Comité de Ética y Comisión de Investigación tanto del Hospital Universitario de Guadalajara como del Hospital Rey Juan Carlos de Madrid. Así mismo se solicitó una evaluación metodológica externa del diseño a la Unidad de Matronas del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. El cronograma del proyecto de investigación clínica quedó configurado de la siguiente manera.

1.4 Cronograma.

FASE I (año 2012-14). DISEÑO METODOLÓGICO Y RECOGIDA DE DATOS:

- ETAPA I (2 meses: enero-marzo 2012): preparación del material, recogida de datos y análisis de los resultados de grupo piloto.
- ETAPA II (6 meses, abril-septiembre 2012): recogida de información cuantitativa en el Hospital Universitario de Guadalajara: entrega de cuestionarios y consentimientos informados a los componentes de la muestra.
- La Etapa I y Etapa II han sido realizadas Hospital Universitario de Guadalajara. (SESCAM: Servicio de Salud de Castilla la Mancha).
- ETAPA III (9 meses, octubre 2012-julio 2013): solicitud de permisos necesarios para traslado del proyecto en el Hospital Rey Juan Carlos.
- ETAPA IV (14 meses, julio 2013-septiembre 2014): recogida de información cuantitativa en el Hospital Rey Juan Carlos: entrega de cuestionarios y consentimientos informados a los componentes de la muestra.
- ETAPA V (9 meses, septiembre-junio 2015): procesamiento y análisis estadístico de los datos y elaboración de resultados.

FASE II (2016). CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN DESARROLLO DE PROPUESTA METODOLÓGICA Y EVALUACIÓN:

- ETAPA V (enero-junio 2016): redacción del informe de tesis doctoral.
- ETAPA VI (marzo-abril 2016): desarrollo de la propuesta metodológica para las clases de Educación prenatal (aprobación oficial hospital).
- ETAPA VII (abril-noviembre 2016): Implementación y evaluación de la propuesta metodológica en población real.

Como ya ha quedado justificado, con la presente tesis doctoral se pretende llevar a cabo una investigación que permita aproximarse a la situación real de las gestantes en cuanto a causas de ansiedad y preocupación en torno al parto, así como la determinación del grado de influencia de estas variables sobre el desarrollo fisiológico del trabajo de parto. De manera que se haga posible plantear una serie de mejoras metodológicas en los protocolos actuales de Educación prenatal de nuestro país. Estas propuestas metodológicas pretenden ser más concretas y específicas para la sociedad española que las utilizadas en la actualidad, basadas en teorías desarrolladas en otros países europeos, en la tradición y el criterio de cada profesional (Hurtado, Donat, Escrivá et al., 2003, Ministerio de Sanidad, 2012).

El contenido de esta tesis doctoral queda dividido en dos partes principales, la primera hace referencia a la contextualización teórica que engloba el marco teórico-científico que atañe al área de investigación. En ella se pretende exponer todos los artículos, estudios e investigaciones encontrados en la literatura hasta el momento actual sobre el objeto de estudio. La segunda parte de la tesis es la investigación empírica, en ella se desarrolla la parte experimental propuesta que permite alcanzar los objetivos argumentados anteriormente en base a las necesidades de la obstetricia actual.

La primera parte, Contextualización teórica, se compone cinco capítulos:

El Capítulo 1, anteriormente desarrollado, hace referencia a la justificación y la pertinencia del tema objeto de estudio para desarrollar una estrategia de optimización de la calidad en la asistencia.

En el Capítulo 2, se pretende realizar un recorrido histórico de los procesos de embarazo y parto para poder entender en profundidad el Modelo Tecnocrático de Nacimiento utilizado actualmente en los hospitales de nuestro país. Modelo fruto de la influencia biomédica occidental y explicado en profundidad por la antropóloga Davis-Floyd (2009). Enlazando con esto, en el Capítulo 3 se pretende desarrollar detalladamente el punto de vista de la antropología médica, analizando las consecuencias del Modelo Tecnocrático no solo en el proceso del embarazo y el parto, sino también para las percepciones y sentimientos generados en las gestantes actuales.

El Capítulo 4, desarrolla la evolución histórica de las escuelas y la metodología usada en Educación Maternal, los métodos usados históricamente en la preparación al parto para tratar aspectos como el dolor y el miedo, así como la influencia de la escuela británica y rusa en el origen de esta metodología.

Por último, en el Capítulo 5 en la primera parte se pretende desarrollar la conceptualización de la ansiedad como emoción, para llegar a la explicación con detalle del Enfoque Interactivo que engloba las Teorías Multidimensionales de la Ansiedad y la Teoría Tridimensional de Lang (1968). Marco teórico de partida propuesto para el desarrollo de la investigación, donde el concepto de ansiedad deja de ser considerado un fenómeno periférico y con patrón unitario de respuesta, para cobrar una significación central y cognitiva que se desarrolla a partir de un triple canal de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor, poniéndose de relieve la necesidad de abordar la ansiedad desde una perspectiva multidimensional (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

En la segunda parte se desarrolla la Investigación Empírica compuesta por seis Capítulos. El Capítulo 6 describe los Objetivos e Hipótesis planteados en la investigación, desarrollando cuatro objetivos y sus correspondientes hipótesis a contrastar. En el Capítulo 7 se detalla la metodología empleada y el diseño del estudio, los trámites para poner en marcha en el medio hospitalario la recogida de datos y los instrumentos utilizados, así como los procedimientos y métodos estadísticos para el análisis de los datos.

En el Capítulo 8, en primer lugar, se elabora un perfil descriptivo de la muestra y posteriormente se recoge todo el análisis y resultados estadísticos de los cuatro estudios planteados que permiten conseguir el objetivo último de la

investigación. Posteriormente, en el Capítulo 9 se abordan los resultados obtenidos desde un punto de vista teórico y bibliográfico, discutiendo y argumentando los resultados con la evidencia actual disponible.

El Capítulo 10 plantea la nueva propuesta metodológica para la Educación prenatal basada en los resultados del estudio tras el desarrollo de la tesis doctoral. Además, la validación práctica del proyecto planteado, que ha sido implementado durante el año 2016 en las gestantes del Hospital Rey Juan Carlos.

Finalmente, el Capítulo 11 aborda las conclusiones finales obtenidos en esta tesis doctoral, así como las principales limitaciones encontradas y las perspectivas futuras de estudio.

CAPÍTULO 2. EL EMBARAZO Y PARTO DEL S. XXI.

“La maternidad es una función construida como natural y necesaria por un orden cultural.”

Ruiz Vélez-Frías, 2010.

2.1 Evolución y desarrollo de un proceso fisiológico y cultural.

La obstetricia moderna considera tanto la gestación como el parto un “Evento Médico Quirúrgico” (Hodnett et al., 2013) debido al desarrollo de la Medicina a lo largo del siglo XX. Esta consideración, ha marcado un antes y un después en lo que respecta a la asistencia del proceso de parto, las necesidades de las gestantes, y la labor de la matrona en nuestro país durante los últimos años (Román Oliver et al., 2007). La consideración del fenómeno como biomédico, hace que el embarazo y el parto en España a lo largo del siglo pasado pasen de un medio casero, privado y rural a un entorno institucional, hospitalario y urbano (Ruiz Vélez-Frías, 2010).

Por otro lado, el nacimiento desde el punto de vista cultural es entendido como fenómeno “altamente social” (Soares Madeira-Domínguez, Moreira dos Santos y Leal, 2004, p. S59), en consecuencia, en ninguna sociedad a lo largo de la historia, la mujer se ha enfrentado al parto sola. El acompañamiento en el parto, principalmente por otras mujeres del entorno de la gestante, ha tenido como único requisito el “apoyo continuo” (Hodnett et al., 2013) a la parturienta para disminuir su ansiedad y mejorar los sentimientos de control y autonomía (Román Oliver et al., 2007; NICE, 2014).

Sin embargo, algunos autores denuncian que la práctica del acompañamiento o “apoyo continuo” durante el parto está en desuso, afirmando que en estos momentos se está produciendo un fenómeno que no se ha dado nunca en la historia de la obstetricia: el apoyo continuo durante el trabajo de parto se ha convertido en una excepción en lugar de ser la norma (Chamberlain, 2002; Gutman, 2007; Hodnett et al., 2013).

En consecuencia, se empieza a hablar del origen de “una nueva cultura radical sobre el parto” (Chamberlain, 2002, p.46), marcada por un enorme poder y desarrollo de la ciencia biomédica. Un enfoque que lleva consigo un cambio en la filosofía de la asistencia en el nacimiento que desemboca en una alta tecnificación y

medicalización del proceso. De hecho, el principal problema surge cuando se traslada la responsabilidad desde la mujer y su entorno personal hacia el equipo asistencial, produciéndose una *hegemonía del profesional de salud*, el cual cumple unas instrucciones institucionales rígidas y sigue una conducta justificada científicamente (Román Oliver et al., 2007).

Contrarias a este fenómeno, aparecen en la década de los ochenta, en nuestro país, las primeras profesionales que comienzan a denunciar el hecho ilógico de considerar *a priori* que la mujer tenga que parir peor que cualquier otra mamífera (Ruiz Vélez-Frías, 2010). Para ellas (Gutman, 2007; Ruiz Vélez-Frías, 2010; Davis-Floyd, 2010), plantear que la mujer no puede realizar la función biológica de parir, a pesar de estar totalmente capacitada a nivel fisiológico es una idea totalmente incoherente. La biomedicina de la segunda mitad del S. XX reemplaza el instinto animal del parto por el raciocinio, la ciencia y la pasividad de la mujer, lo que produce que las mujeres actuales tengamos una gran ignorancia sobre lo que es un parto y nuestro potencial de afrontamiento ante un evento que se ha convertido en algo fatídico, temido y en manos del azar (Gutman, 2007).

En consecuencia, numerosas investigaciones (Regina Rodrigues, Perez Lopez y Brito de la Nuez, 2004; Bailham, Slade y Joseph, 2004; Dennis y Creedy, 2008; Dennis, y Hodnett, 2008; Dennis, Ross y Grigoriadis, 2008; Northrup, 2014; Wiley, 2015) defienden actualmente la tesis de que el proceso de parto es un evento tan estresante para la vida de una mujer, que puede ser el origen de trastornos psicológicos como ansiedad, trastorno de estrés postraumático (Bailham et al., 2004; Sánchez Montoya et al., 2007; El parto es nuestro, 2016), depresión prenatal -alrededor del 12,7%- a partir del segundo trimestre (Dennis, Ross y Grigoriadis, 2008); y depresión posparto -un 13% en primíparas- (Dennis y Creedy, 2008).

Siguiendo esta línea, es a partir de los años 90 cuando autores como Hofmeyr, Chalmers, Wolman, y Nikodem (1991) empiezan a afirmar, basándose en diferentes estudios científicos, que la mujer en el parto es singularmente vulnerable a las influencias ambientales.

Las rutinas institucionales, las altas tasas de intervención y la falta de privacidad hacen que la ansiedad de la mujer aumente y estas condiciones tengan un

efecto obstétrico adverso sobre el proceso de parto. En consecuencia, las condiciones en las que se está desarrollando el proceso de nacimiento en el entorno hospitalario propicia a que los sentimientos de autonomía y confianza disminuyan en los nuevos padres, pudiendo desembocar en una falta de adaptación a la maternidad, problemas en el establecimiento del nuevo rol y aumento del riesgo de depresión posparto (Oliveira Queiroz, et al., 2007; Wiley, 2015). Estos autores demuestran que el suministro de apoyo y compañía por parte de los profesionales, hace que se reduzca la ansiedad y la percepción negativa en la mujer, se promuevan los sentimientos de control y competencia, y se mejore el proceso y la fisiología del propio parto (Green y Baston, 2003; Hodnett et al., 2013; Ministerio Sanidad, 2014).

En este contexto, se podría concluir que se repite continuamente en la literatura la importante necesidad para la mujer de ser acompañada durante su parto para disminuir miedos y temores (Bailham et al., 2004; Green et al., 2003; Román Oliver et al., 2007; Ministerio Sanidad, 2014), así como que las ideas de preocupación, ansiedad y miedo aparecen continuamente relacionadas con el concepto cultural de maternidad y parto (Affonso et al., 1999; Saisto et al., 2003; Cheyne, et al., 2007; Cheung et al., 2007; Kjaergaard, et al., 2008; Larkin, Begley et al., 2009; Maeir, 2010; Northrup, 2014). Además, también añadir, que el sentimiento de ansiedad y pérdida de control durante el parto, es consecuencia de las representaciones culturales que tenemos las mujeres actuales en torno a la gestación (Affonso et al., 1999; Saisto et al., 2003; Cheyne, et al., 2007; Cheung et al., 2007; Kjaergaard, et al., 2008; Larkin, Begley et al., 2009; Wiley, 2015).

Basándose en estas investigaciones, el concepto de maternidad se configura como proceso biológico marcado por la cultura, lo que conlleva a que las causas del miedo ante el parto puedan ser diferentes y específicas para cada sociedad en concreto. Por lo tanto, se hace necesario buscar en el contexto cultural el origen del sentimiento de miedo en la embarazada, y el por qué se produce el aumento de ansiedad. De esta manera, para comprender en profundidad el fenómeno de la maternidad, el análisis deberá partir de un enfoque realizado desde la perspectiva de Género sobre la forma en que se desarrolla el nacimiento en el mundo occidental, sus representaciones y formas de entender la maternidad a lo largo de la historia, dentro del contexto de las teorías sociológicas de la situación de la mujer y la evolución de la

profesión de las matronas. Sólo así, se podrán comprender las representaciones culturales aprendidas en relación al parto a lo largo de generaciones de madres a hijas dentro de la historia de nuestro país.

2.2 El nacimiento desde la perspectiva de Género: un recorrido histórico.

La primera consideración a tener en cuenta a la hora de realizar un recorrido desde la perspectiva de Género sobre la evolución del nacimiento es la importante influencia que desde el inicio de la civilización occidental han tenido las ideas de una sociedad patriarcal que ha constituido las representaciones generadas en torno al fenómeno de la maternidad (Imaz, 2010; El Parto es nuestro, 2016). Este patriarcado se hace patente a lo largo de la historia tanto explícita como implícitamente, es decir, no sólo en la forma en la que se concibe y valora socialmente el fenómeno de la maternidad sino en el ámbito de los derechos maternos y la evolución de la profesión de las matronas. Siguiendo esta línea, a continuación, se aborda el recorrido histórico tanto del concepto de maternidad como de la evolución de la figura de la matrona en la civilización occidental desde la antigüedad hasta nuestros días.

Para la mujer griega, parir y criar constituía algo propio de su naturaleza biológica ya que no formaba parte de un deber ni era considerado privilegio a pesar de darle prestigio social si concebía hijos varones. Sin embargo, la mujer carecía de derecho materno ya que los hijos/as pertenecían al padre del que exclusivamente eran engendrados. Filósofos como Aristóteles consideraban que el hombre era quien fecundaba, regalando a la mujer el papel de simple receptáculo. Entre los romanos el poder del padre también era absoluto, objetivándose en la figura del *páter familias* acuñada en la época. Otra de las peculiaridades de la civilización romana respecto a la maternidad es la falta de interés que otorgaban las mujeres de clases altas hacia el hecho de concebir y criar, prefiriendo el servicio de esclavas y cuidadoras nodrizas (Bandinter, 1991; Shorter, 1997). Sin embargo, para algunos autores (Knibiehler, 1997) este desinterés que estaba de moda en la época entre las clases altas, era en realidad una estrategia patriarcal implícita para alejar a los hijos de la madre y así eliminar toda influencia materna.

Desde el punto de vista lingüístico, el término “maternidad” no se recogerá hasta el siglo XII. *Maternitas* del latín, hace referencia a la función protectora

de la Iglesia respecto a los fieles y pobres (Knibiehler, 1997). No será hasta 1597 cuando se introducirá el término *motherhood* relacionándolo con las labores de crianza y el hecho de parir desarrollado por la madre (Imaz, 2010). Con respecto al castellano, la palabra *maternaje* se acuña como traducción de término inglés anterior, pero exclusivamente en el ámbito de los cuidados y las prácticas de crianza, separándolo de los aspectos biológicos tales como el embarazo y el parto. Actualmente el diccionario de la Real Academia de la Lengua define la “maternidad” como el estado o cualidad de ser madre, lo que supone para algunos/as autores una falta de conceptualización de la idea (Imaz, 2010).

Una de las peculiaridades de la Edad Media, en lo que refiere a la Obstetricia, es que era un ámbito considerado únicamente de mujeres. Los médicos, al igual que el padre del niño, no tenían ningún interés de entrar en la habitación donde se llevaba a cabo el parto, que era atendido exclusivamente por mujeres del entorno de la parturienta (García Martínez y Claret García, 1999). Una o varias comadronas asistían a la madre utilizando conocimientos tradicionales, religiosos y mágicos (Deyermond, 2001). Un aspecto fundamental para la evolución de la profesión de las comadronas fue la aparición de los primeros tratados sobre responsabilidad profesional y competencias escritos en 1256. Alfonso X “El Sabio” señala en las *Siete Partidas* que la partera debía ocuparse de la atención de la gestante y del niño/a recién nacido/a, enumerando las cualidades que debía reunir toda buena nodriza (Towler, 1997).

Pero, no es hasta el siglo XV cuando aparecen en España las primeras referencias legales sobre la formación y práctica del oficio de comadrona o partera. También se publican los primeros libros y tratados oficiales en Obstetricia que empiezan a ser desarrollados por médicos, lo cual propicia una mayor vinculación de este colectivo en los partos. Con la publicación de todos estos tratados bibliográficos, se generará un contexto social que hará que se produzca el hecho determinante, para el cambio de trayectoria histórica, sobre lo que venía siendo la atención al nacimiento para las mujeres por parte de las matronas. La aparición de la figura médica en el proceso de embarazo y parto, es para muchos autores (Ruíz Vélez-Frías, 2010), el fenómeno causante de un cambio de trayectoria no sólo en la atención del nacimiento, sino también de su filosofía. Con la aparición de la figura del médico en la atención al parto, se traslada la responsabilidad que hasta ese entonces era tarea exclusiva de mujeres

comadronas, a una figura médica masculina. El parto pasará a ser un asunto prioritario de la clase médica de la época, comunidad constituida exclusivamente por hombres. Esto marcará el comienzo de lo que muchos autores han denominado el proceso de “Medicalización de la Maternidad” (Imaz, 2010; Ruiz Vélez-Frías, 2010; Hodnett et al., 2013) que provocará el inicio de una dura lucha de competencias que se mantendrá durante siglos posteriores entre las matronas que tradicionalmente venían asistiendo los partos y los cirujanos formados en Francia.

El fenómeno de medicalización construirá las bases del “Modelo Tecnocrático del Nacimiento” descrito por la autora Davis-Floyd (1993; 2009), que se desarrollará posteriormente durante la segunda mitad del siglo XVIII en toda Europa a partir de la Revolución Industrial y que ha continuado hasta nuestros días.

2.2.1 El Modelo Tecnocrático del Nacimiento.

Este modelo se caracteriza por la hospitalización y la consideración de la mujer como paciente pasiva en el mismo plano que cualquier otra enferma hospitalaria, ocasionando una separación progresiva de las mujeres de un ámbito considerado tradicionalmente como exclusivamente femenino (Imaz, 2010). *“El parto se medicaliza e institucionaliza, esto hace que las matronas pierdan influencia y prestigio como guías y guardianas del parto normal”* (Davis- Floyd, 2009, p.18).

Podríamos decir que, la medicalización del parto, no solo provocará un cambio en lo referente a quien y dónde se atiende a la gestante (la comadrona será sustituida por el médico, y el ámbito domiciliario y doméstico donde se ha desarrollado el embarazo y parto hasta ahora, pasará al entorno hospitalario institucionalizado), sino que también conlleva una transformación en el enfoque asistencial, pasando el parto a ser considerado como un evento médico-quirúrgico (Chamberlain, 2002; Román Oliver et al., 2007).

En consecuencia, la idea del parto como una función biológica para la mujer, donde la parturienta no necesita más asistencia que la de la comadrona, pasará a ser sustituida por la idea de parto como evento potencialmente peligroso, grave, ligado a la idea de enfermedad y en manos del azar. Sin embargo, a diferencia de la Edad Media, donde el sentimiento de miedo en torno al parto es de origen fundamentalmente religioso, a partir del S. XVIII se trasladará a un origen marcado por un proceso

institucional derivado de la hegemonía biomédica moderna: *la mujer se convierte en un ser paciente, pasivo y enfermo dentro de un hospital* (Davis-Floyd, 2009; Ruiz Vélez-Frías, 2010).

Para algunas autoras (Davis-Floyd, 2009; Imaz, 2010; Ruiz Vélez-Frías, 2010; Schimd, 2012), es de la industrialización europea, donde emerge la necesidad de controlar la naturaleza de la mujer basándose en el miedo que se impone desde la biomedicina. *“Hasta la Época Industrial (solo hace 250 años) las prácticas culturales asociadas al parto eran relativamente uniformes. Las mujeres se movían libremente, comían y bebían durante el trabajo de parto y se valían del instinto para expandir el tamaño de la pelvis y aprovechar la gravedad. Los recién nacidos permanecían con sus madres y eran amamantados...con la industrialización el parto pasa al medio hospitalario. En realidad, fue la industrialización del parto y no el parto en sí mismo, lo que provoca en la mujer el temor al parto que siente en la actualidad”* (Davis- Floyd, 2009, p.16).

En esta línea, se podría afirmar que el modelo actual de nuestro país “Intervencionista Institucionalizado” (Observatorio de Salud de la Mujer, 2007), cuyo origen parte del modelo “Tecnocrático del Nacimiento” (Davis-Floyd 1993), no se ha construido como evolución de los saberes tradicionales sino como parte de una filosofía que considera la alta tecnificación y la medicalización del proceso de parto como puntos clave para su correcto desarrollo (Imaz, 2010).

Es más, el nuevo Modelo Tecnocrático, en el que la mujer es considerada como figura pasiva, que acata las normas de la institución hospitalaria, no sólo ha venido legitimado por los acontecimientos históricos -tanto en Europa como en nuestro país producidos durante los siglos anteriores- sino que también ha sido consecuencia directa de la manera, contenido y filosofía de los planes de estudio de las matronas durante su formación (Ruíz Vélez-Frías, 2010), aspecto que se desarrollará a continuación en el siguiente apartado.

2.2.2 El cambio en la formación de las matronas a partir del nuevo Modelo Tecnocrático del Nacimiento.

Como ya se ha mencionado, otra consecuencia importante que traerá consigo el nuevo Modelo Tecnocrático del Nacimiento son los cambios producidos en

toda Europa en relación con la formación de los/las profesionales sanitarios/as dedicados/as a la Obstetricia (Davis-Floyd, 2009; Ruíz Vélez-Frías, 2010).

En lo que respecta a nuestro país, a partir del siglo XVIII será imprescindible una licencia y una formación oficial para ejercer la partería. Siguiendo este requisito, en 1750, Fernando VII promulga una Real Cédula en la que se obliga a la partera a pasar un examen para poder ejercer profesionalmente (Towler, 1997). Para ser admitida a examen se tenía que presentar documentación sobre “limpieza de sangre” (Ruíz Vélez-Frías, 2010 p.10) tanto de la aspirante como de sus padres y abuelos. La limpieza de sangre consistía en haber llegado al matrimonio virgen, con descendencia legítima y sin ningún rumor de infidelidad en su vida marital. Además, la aspirante debía certificar haber practicado al menos dos años el oficio y ser de buena vida y costumbres. En 1750 aparece publicada *Cartilla Nueva* obra del Doctor Medina, por encargo del Real Tribunal del Protomedicato, que será necesaria para instruirse como matrona.

Durante el transcurso del siglo XVIII, como consecuencia de la regulación de los estudios de cirujanos y matronas, son varios los manuales que se publican dedicados al arte obstétrico y a la formación de las comadronas. Entre éstos se encuentran: “Nuevo y natural medio de auxiliar a las mujeres en los lances peligrosos de los partos sin operación de manos ni instrumentos”, escrito por el Doctor Babil de Garate (1756); “Instrucciones escritas sobre los partos, para la utilidad de las Comadres”, del Dr Raulin (1772), y “Elementos del arte de partear” en 1795 del Dr. Navas (Hiades, 2012).

Siguiendo esta misma línea de formación académica, en 1804 el Rey Carlos IV aprueba la Real Cédula de 6 de mayo que regula la situación académica y legal de las parteras españolas. Se desarrollan por tanto dos vías para poder acceder a la titulación de comadrona: a través de los estudios oficiales de dos años de duración, o bien a través de un examen reválida ante un tribunal. Además de la prueba teórica ante el tribunal era imprescindible adjuntar la fe de bautismo; el certificado parroquial de buenas costumbres (cualidades y aptitudes que se consideraba que debía tener la esposa: ofrecimiento, entrega y fidelidad), y un certificado en el que figurarán las prácticas de tres años bien con un cirujano o con una partera experta.

Posteriormente se creará la necesidad de un título oficial de matrona, que se regula con la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre en 1857, lo que constituirá el primer título académico oficial de Partera o Matrona en nuestro país. El Título oficial de Matrona autorizaba a asistir “partos naturales”. Exigía a las aspirantes haber cumplido 20 años de edad; ser casada o viuda (las casadas debían presentar autorización del esposo); llevar buena vida y costumbres; y haber cursado la primera enseñanza elemental completa. No obstante, las clases eran impartidas por médicos, con lo que hace que se pierda casi por completo en nuestro país la sabiduría transmitida de forma oral de una comadrona a otra (Towler, 1997).

En consecuencia, en 1888 por Real Decreto, se aprobará una nueva reglamentación de los estudios de las carreras de Practicante y Matrona, por lo que prácticamente durante todo el siglo XX, en España, la formación de las matronas ha sido totalmente independiente de la enfermería. Sin embargo, desde los años noventa, la titulación de matrona constituye una especialidad de la carrera de enfermería, que tras superar una prueba escrita, la formación se completa con un sistema de residencia en las diferentes Unidades Docentes de la geografía nacional (BOE, 2009). Esto ha producido una corriente crítica de algunos grupos de matronas, que empiezan a considerar que se produce un error de base en la formación y filosofía de la profesión de matrona como especialidad de la carrera de Enfermería. La enfermera es la especialista en el cuidado de la persona enferma, pero la matrona no cuida a una mujer enferma, sino una mujer sana, aunque la asistencia de su cuidado se sitúe paradójicamente en un hospital, lo que hace que se legitime el Modelo Tecnocrático y Biomédico en la atención del nacimiento actual (Ruiz Vélez-Frías, 2010).

Sin embargo, a pesar de toda esta formación biomédica y científica que se exigía a las comadronas, a principios del S.XX aún seguirán conviviendo en nuestro país dos modelos de asistencia totalmente opuestos en lo que respecta, no sólo al enfoque de asistencia de la gestante, sino también a la formación de los profesionales y su filosofía de trabajo.

2.2.3 El modelo de nacimiento en la España del Siglo XX.

Paradójicamente durante la primera mitad del S. XX convivirán en el mismo espacio de tiempo dos modelos de asistencia contrapuestos. En las grandes ciudades españolas, tanto los partos como el seguimiento del embarazo se desarrollarán

en las llamadas “Maternidades” (edificios específicos para asistir el parto con matronas y ginecólogos/as con una formación oficial), siguiendo la filosofía del anteriormente nombrado Modelo Tecnocrático del Nacimiento. En contraposición, existe el modelo de la España rural, donde los partos son asistidos en casa por la comadrona y el médico de cada pueblo, con una formación más empírica basada en la tradición y generaciones familiares (Towler, 1997).

Será en 1932, cuando las autoridades sanitarias españolas preocupadas por esta dualidad y por la formación de los profesionales en conocimientos obstétrico-científicos, fundarán “La Casa de Salud de Santa Cristina” como escuela oficial de matronas, siguiendo la misma filosofía que la Port Royal de París.

Santa Cristina constituirá la primera escuela oficial de la que se tiene referencia legal en España y se desarrollará como Escuela Oficial para la obtención del título de Matrona, mediante Orden de 1 de marzo de 1940. Además, irán adquiriendo gran importancia muchas de las Maternidades debido a sus adelantos técnicos y médicos, como por ejemplo “El Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología en Madrid” con el primer servicio ecográfico gratuito en España (Ruiz Vélez-Frías, 2010).

A finales de los años sesenta, se presenta en la Maternidad Provincial de Madrid el “Modelo de Parto dirigido”, que será determinante para la filosofía y la forma de entender la asistencia del parto y embarazo actual (Ruiz Vélez-Frías, 2010).

El parto dirigido se plantea a la comunidad de obstetras como una técnica muy ventajosa para su trabajo. Mediante medicación, maniobras e intervenciones específicas que refuerzan la intensidad y la frecuencia de las contracciones, se disminuye el periodo entre contracciones y se consiguen partos más cortos y efectivos. Con esta técnica el parto se puede abreviar considerablemente y programar en un día concreto a criterio del equipo profesional. No solo se pretende acortar el parto, sino también dirigirlo. Un ejemplo de ello son los *modelos tecnológicos del pujo actual*, es decir, que el profesional sanitario insta a la mujer cuando tiene que empujar durante el expulsivo, y todo ello forma parte del “trabajo de parto dirigido” (Davis- Floyd, 2009, p.22).

Es tan importante este nuevo enfoque en la asistencia al parto, que la filosofía del “parto dirigido” tiene una gran acogida por parte de los profesionales y

empieza a expandirse rápidamente por todas las maternidades del país. Un ejemplo es la famosa conferencia del ginecólogo Caballero Gordo en 1976 titulada: *Parto dirigido en sustitución del parto normal* (Ruiz Vélez-Frías, 2010).

Además de la gran aceptación entre los profesionales, el nuevo enfoque tiene una aceptación social amplia. Vélez Frías señala que no fue un problema convencer a las mujeres embarazadas de lo conveniente del cambio en la asistencia: *“dentro de un contexto político de dictadura militar, hasta la educación maternal se enfocaba como una instrucción militar, y la gimnasia a la que se sometía a las embarazadas se asemejaba al adiestramiento de los soldados con el mismo objetivo: lograr el grado de disciplina necesarios para que las mujeres hicieran lo que se les ordenara”* (Ruiz Vélez-Frías, 2010, p.50).

Sin embargo el nuevo planteamiento de controlar artificialmente el parto no viene exento de polémica, y es definido por algunas matronas de la época como un sistema de parto sustitutivo al que la naturaleza efectúa desde el comienzo de la historia: *“Paradójicamente, una tarea exclusivamente femenina que la mujer ha desempeñado desde la prehistoria, a finales del siglo XX ya no se la juzga apta para ello sin ayuda de la ciencia...a la mujer actual se le reconocen una serie de derechos pero se le niega uno que siempre fue suyo: el de parir naturalmente”* (Ruiz Vélez-Frías, 2010, p.61).

Es más, dichas autoras denuncian la condición de enferma a la que la mujer es sometida durante su parto: *“El paso de la libertad de movimiento durante el trabajo de parto como norma intercultural, se sustituye por la noción de que la mujer debe permanecer en cama, con dispositivos como la monitorización fetal y vías intravenosas tiene muy poco sentido desde una perspectiva evolutiva”* (Davis-Floyd 2009, p. 22).

2.2.4 El parto del siglo XXI: un evento médico quirúrgico.

Actualmente, el trabajo de parto es atendido en los hospitales de nuestro medio por personal sanitario especializado (matronas y ginecólogos/as). La gestante ingresa desde el inicio del parto y permanece en la institución durante varios días posteriores al nacimiento.

Como ya hemos señalado anteriormente, el modelo actual de asistencia al embarazo y parto dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud corresponde al tipo

Intervencionista Institucionalizado (Observatorio del Servicio Madrileño de Salud, 2015). Es Institucionalizado porque la asistencia a las gestantes se desarrolla dentro de organismos oficiales: los hospitales (que sustituyen a las antiguas maternidades), y es intervencionista porque se basa una perspectiva exclusivamente biomédica con origen en dos modelos: Parto Dirigido con medicación del S. XX y Modelo Tecnocrático del S.XVIII (Davis-Floyd, 2009).

Como ha quedado explicado, la consecuencias de modelo Intervencionista Institucionalizado de nuestro país, es la consideración del proceso de embarazo y parto como un evento médico quirúrgico (Hodnett et al., 2013), lo que conlleva un traslado de la responsabilidad del proceso desde la gestante, considerada como una paciente pasiva (Davis-Floyd, 2009), hacia el equipo profesional, que cumple unas instrucciones institucionales y sigue una conducta consensuada científicamente (Román Oliver et al., 2007).

En lo que respecta a la definición actual de parto normal, parece que hay unanimidad en considerar *parto normal o eutócico* (FAME, 2007; Ortiz Hidalgo, 2012; Ministerio Sanidad, 2015) cuando el proceso de parto se presenta de manera espontánea, con un feto a término, en posición cefálica de vértice, que evoluciona sin alteraciones sobre el estado de la madre y del feto y transcurre durante un periodo de tiempo adecuado, es decir, cuando el parto se produce entre las semanas 37 y 42 de gestación (266-294 días) o *parto a término*; y es el de menor riesgo para el feto y para la madre (González Merlo et al., 2006). Desde el punto de vista clínico, en la mayoría de los tratados se considera que una mujer ha comenzado el parto cuando (SEGO, 2008; NICE, 2014): existe dinámica uterina dolorosa, progresiva y frecuente con 2 o 3 contracciones cada 10 minutos como mínimo y mantenida al menos durante 30 minutos; y el cuello del útero está blando, centrado y borrado un 50% como mínimo y tiene una dilatación de 2-3 cm o más.

Además, sobre lo que respecta a los aspectos técnicos del parto, actualmente se entiende que el trabajo de parto es un proceso dividido en tres periodos que mantienen una continuidad clínica (González Merlo et al., 2006).

El primero es el periodo de dilatación, transcurre desde el inicio de las contracciones uterinas que producen las modificaciones del cuello hasta que el cérvix

alcanza la dilatación completa. El segundo periodo es el expulsivo, comienza por tanto con la dilatación completa del cérvix y finaliza con la expulsión fetal. Durante el expulsivo se producen una serie de modificaciones tanto maternas como fetales con relevante importancia: el descenso de la presentación, la rotación y flexión fetal. Por este motivo la mayoría de los autores coinciden al afirmar que el segundo estadio del parto es el periodo de mayor riesgo potencial de hipoxia para el feto (Reynolds y Yudkin 1987; Ramírez López y Sánchez Galán, 2006). El último periodo se denomina alumbramiento, en el que se produce la contracción fisiológica del útero y la expulsión de la placenta. Es el periodo que conlleva mayor riesgo biológico para la madre (González Merlo et al., 2006).

Como ya ha quedado explicado el parto es considerado un evento de gran impacto psicológico, social y antropológico, en la vida de la mujer y su entorno (Regina Rodrigues, Pérez López y Brito de la Nuez, 2004; Bailham, Slade y Joseph, 2004; Soares Madeira-Domínguez, Moreira dos Santos y Leal, 2004; Dennis y Creedy, 2008; Dennis, y Hodnett, 2008; Dennis, Ross y Grigoriadis, 2008; Schimd, 2012; Northrup, 2014). Por lo tanto, a la hora de un estudio en profundidad sobre el nacimiento, no se pueden pasar por alto todas las implicaciones antropológicas, sociales y de género, que traen consigo el embarazo y su consumación en el proceso de parto (Gutman, 2007; Davis-Floyd, 2009; Imaz, 2010; Schimd, 2012).

En consecuencia, después de haber realizado el recorrido histórico necesario para poder entender el modelo actual de atención al nacimiento, legitimado por los acontecimientos históricos tanto en Europa como en nuestro país; y de haber argumentado la consideración actual del proceso de parto como un fenómeno biomédico ligado a la idea de enfermedad, en el que la mujer es considerada como figura pasiva que acata las normas de la institución hospitalaria, eliminando su capacidad y su instinto para afrontar el parto, podríamos decir como conclusión final a este capítulo, que el modelo tecnológico actual de atención al parto: Intervencionista Institucionalizado derivado de los Modelos Tecnocrático del Nacimiento y del Parto Dirigido, subestima las necesidades psicológicas y psicosociales de la mujer (Davis- Floyd, 2009), lo que produce que las mujeres actuales tengamos una gran ignorancia sobre lo que es un parto y nuestro potencial de afrontamiento (Gutman, 2007; Schimd, 2012).

Consecuencias que serán condicionantes a la hora de establecer los significados sobre el “Fenómeno de Cosificación” en la vivencia que sufrimos las mujeres en los partos actuales en el medio hospitalario (Gutman, 2007; Davis-Floyd, 2009; Imaz, 2010), fenómeno cuyo origen se encuentra en el Modelo Tecnocrático y se fundamenta en la desigualdad de género (Imaz, 2010; Schimd, 2012), y que además será determinante en la aparición de problemas tan frecuentes como: trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión prenatal y posparto característicos de la mujeres de nuestra sociedad actual (Bailham et al., 2004; Sánchez Montoya et al., 2007; Wiley, 2015).

Si el nacimiento humano se constituye como fenómeno altamente social (Soares Madeira-Domínguez, Moreira dos Santos y Leal, 2004; Marc et al., 2011), la maternidad vendrá definida por las representaciones que tenemos todas las mujeres dentro de una determinada cultura, por lo que se convierte en fundamental la reflexión y el estudio de estos significados desde el punto de vista del Género y la Cultura. En el siguiente Capítulo, se pretende abordar y desarrollar las corrientes antropológicas actuales más influyentes sobre la consideración del embarazo y el parto desde la perspectiva de Género; la Antropología médica y del nacimiento.

CAPÍTULO 3. EL NACIMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO.

“El dolor ha sido creado e institucionalizado por la ignorancia, y se mantiene porque constituye un formidable instrumento de poder.”

Ruiz Vélez-Frías, 2010.

3.1 La gestación desde la perspectiva de Género. Atribución de significados al cuerpo gestante.

Existe una clara correspondencia entre la forma de entender el cuerpo gestante y las imágenes de la relación materno-filial que se defienden socialmente. Para Douglas (1988) el ámbito corporal se traduce en significados sociales concretos, por lo que el embarazo entendido por la mayoría de las mujeres como proceso de “preparación” y “cambio” se construirá como un estado cargado de interpretaciones y representaciones. En consecuencia, el cuerpo gestante no es definido por sí mismo sino en función del ser humano prematuro que es el feto.

En relación con esta idea central, se pueden considerar tres imágenes metafóricas a la hora de interpretar el embarazo: el embarazo como fusión; el embarazo como invasión y el embarazo como cuerpo escindido (Imaz, 2010). Esta última corresponde a la interpretación más relacionada con los procesos reproductivos actuales institucionalizados y medicalizados.

La primera imagen, el embarazo como fusión, corresponde al enfoque antropológico más tradicional del embarazo y el parto. Ya en la antigüedad, la idea de mujer como ser incompleto y en desequilibrio desde su pérdida de la virginidad y en el que, sólo el embarazo y la maternidad hace recuperar este equilibrio, ha perdurado hasta nuestros días. Frases ampliamente usadas como “*estado de buena esperanza*”; “*ha nacido para ser madre*”; “*estás esperando*”; “*comer por dos o satisfacer todos los antojos*” relacionan la idea de lo maternal con la plenitud (Imaz, 2010, p. 235).

A través de la publicidad y las imágenes sociales se identifica la figura de la embarazada con la serenidad, el equilibrio, y la comunicación con su interior. Está idea de simbiosis, fusión y plenitud entre la madre y el feto que continuará después del parto

durante la época de puerperio y lactancia, va en consonancia con la tesis de la identidad social de la mujer definida en relación a los demás. Por lo tanto, la categoría social femenina se conforma con lo que Lagarde (1997) denomina “seres para otros”. La mujer construye su identidad según a las relaciones sociales que le rodean: su pareja, sus hijos, su familia y amistades.

Mientras que la primera metáfora la idea central la constituye la plenitud y el equilibrio, en la segunda metáfora, el embarazo como invasión, la maternidad se impone como una exigencia de la naturaleza sobre el cuerpo femenino. La mujer que decide ser madre, renuncia a su individualidad y con ella a su integridad corporal, sacrificando el yo a favor de la especie animal (Imaz, 2010).

Frases muy oídas como “*ya tocaba ser mamá*” nos indican una elección derivada del deber social, muy lejos de la primera representación relacionada con la búsqueda de plenitud. La imagen del feto en este caso, aparecerá relacionada con invasión. El feto le expropia a la mujer la autonomía y su individualidad, supeditando el cuerpo de la madre a la vida del bebé.

Si en el primer caso la identidad femenina se conforma gracias al feto, en la segunda representación la identidad se pierde por culpa del feto. Finalmente, en la última imagen, podríamos decir que la identidad materna queda diluida tras el feto. Es decir, el feto se entiende como un individuo diferente a la madre que goza de derechos y necesidades. Esta tercera representación es la que más se asocia a la medicalización del embarazo y parto producidos en el último siglo, ya que en ella, los profesionales sanitarios actúan como árbitros del comportamiento femenino en relación con lo que es bueno o malo para este feto: “*No fumes...no bebas...debes hacer deporte diario...debes cuidarte...es importante que realices todos tu controles, etc.*”, recomendaciones ampliamente escuchadas por las embarazadas en la consultas de nuestro país.

Es más, las tecnologías médicas actuales, como la ecografía y el *sonicaid* (escuchar el latido cardiaco fetal por ultrasonido) refuerzan esta idea del “feto-individuo” (Imaz, 2010), ya que lo visibilizan y lo convierten en ser individual. Por lo tanto, el feto se conforma como un individuo diferente de la madre y con pleno derecho, y la mujer se convertirá en una mera espectadora de su propio embarazo, en una máquina de gestar.

Esta idea del cuerpo como maquina va en concordancia con los argumentos de la antropóloga Davis-Floyd (2001) en el estudio del parto hospitalario que más adelante se expondrá en este tratado. El cuerpo como maquina productiva constituye una representación totalmente implícita en la sociedad actual. Así, en mi experiencia como matrona recuerdo muchas mujeres que en conversaciones sobre cómo se sienten durante el embarazo comentan: *“parezco una incubadora, cuando me encuentro con la gente lo primero que hacen es tocarme la barriga (...) saludan al bebé antes que, a mí, le tocan a él antes que preguntarme cómo estoy yo.”*

Se podría concluir que las representaciones de gestación como fusión; invasión y escisión; son equivalentes a la consideración del feto como simbiosis; parasitismo o individualidad (Imaz, 2010), lo que hace que la identidad femenina vaya conformándose así a lo largo de la gestación, y este esquema cognitivo se plasmará de una forma explícita posteriormente en la vivencia del parto.

3.2 El parto desde el punto de vista de los estudios de Género.

Como ya se ha señalado, el embarazo y el parto constituyen eventos cargados de gran componente sociocultural y, en consecuencia, determinado en gran medida por el Género. Sin embargo, como todo lo que acontece al Género y a la mujer, se podría decir que el estudio del parto ha sido el gran ignorado desde el punto de vista antropológico (Davis-Floyd, 2009; Schimd, 2012).

Se ha comentado que, de una forma u otra, el parto siempre ha estado relacionado desde épocas lejanas con las ideas de peligro, dolor y castigo, lo que ha producido que se convierta en una representación *taboo* para la cultura, siendo ignorada y poco estudiada por el campo de la Antropología y la Psicología. Esto acarrea una completa ignorancia en la población, sobre todo en las mujeres (Schimd, 2012).

Psicoanalistas como Gutman (2007) afirman que la mayoría de las mujeres atraviesan la experiencia de parir con muy poca conciencia del fenómeno que están viviendo y de su “poder” biológico. La autora defiende que el parto es el momento más importante en la sexualidad de la mujer, y que la mayoría de mujeres no son conscientes de sus capacidades biológicas.

Ya se ha hablado de que el entorno institucionalizado de un hospital hace que la representación más extendida actualmente en torno al parto sea la de proceso clínico biomédico potencialmente peligroso y estresante (Regina Rodrigues, et al., 2004; Bailham, et al., 2004; Dennis et al., 2008; Dennis et al., 2008; Dennis, et al., 2008; Northrup, 2014; El Parto es Nuestro, 2016). Esta institucionalización del parto convierte un evento sexualmente crucial en la vida de una mujer en un proceso pasivo con alta probabilidad de complicación (Gutman, 2007). Es por ello que la mayoría de las mujeres tememos el momento del parto, miedo aprendido y anticipado desde la infancia (Schimd, 2012).

Actualmente las dos corrientes de la Antropología del Género más críticas con el fenómeno del parto institucionalizado hacen referencia a la idea central e implícita del Control (Green et al., 2003; Cheung, Wan-Yin y Chan, 2007; Gutman, 2007; Davis-Floyd, 2009; Smulders y Croon, 2009; Dencker, Taft, Bergqvist et al., 2010; Imaz, 2010; Schimd, 2012). Control interno o autocontrol social como imposición de la cultura patriarcal actual, y control externo como argumento de la norma social necesaria para el orden natural.

En primer lugar, el Control Interno es la consideración del parto como evento peligroso que incide directamente sobre la percepción de control que tiene la mujer. Autoras como Esteban (1998) hacen referencia al miedo al descontrol como un mecanismo de regulación y control social sobre la vida de las mujeres. Las mujeres interiorizamos este autocontrol necesario a través del proceso de socialización en cuestiones inherentes a muchos ámbitos de nuestra vida: la figura, la sexualidad, etc. Por lo tanto el temor durante el parto sobre si una mujer será capaz de controlar su comportamiento, revoca este mecanismo interiorizado de regulación y comportamiento social tal y como se espera de ella. Así, el miedo a no ser capaz de estar en el lugar que le atribuyen los otros, a llamar la atención o a perder el “*recato*” (Imaz, 2010, pág. 262) hace que se perciba una enorme sensación de ansiedad en la gestante.

La representación de autocontrol social es aprendida y atribuida a las mujeres a través de la socialización: “*Estar en el lugar que nos corresponde*”; “*control sobre nuestro cuerpo... nuestro peso...nuestra figura*” (Smulders y Croon, 2009; Imaz, 2010). La idea de “*no controlar*” el cuerpo en el momento del parto produce una pérdida de autonomía y pasividad, característica de las parturientas actuales, donde la

propia mujer depositaba el control de su parto en la Institución, en los profesionales, o en el azar (Schimd, 2012). Pasividad que condiciona que la simple anticipación de la idea del parto provoque una fuerte ansiedad y temor (Affonso et al., 1999; Saisto et al., 2003; Cheyne, et al., 2007; Cheung et al., 2007; Kjaergaard, et al., 2008; Larkin, Begley et al., 2009; Maeir, 2010 Marc, et al., 2011; Northrup, 2014).

Se ha demostrado que la sensación de control es un factor determinante en la vivencia del parto (Green et al., 2003; Cheung, et al., 2007; Dencker et al., 2010; Ministerio de Sanidad, 2012). Además, la percepción de control está muy relacionado con el miedo y la ansiedad (Bailham et al., 2004; Cheung, Wan-Yin y Chan, 2007; Marc, et al., 2011; Schimd, 2012). Así, no es raro encontrarnos discursos de mujeres inmediatamente después del parto describiendo “*pérdida total de control*”, “*ser incapaz de reconocerse a sí misma*”, sentirse “*fuera de sí*”, o “*ser incapaz de colaborar con los profesionales ante las recomendaciones que le hacían, aun siendo conscientes de la importancia de éstas para su bebé.*”

En relación a la idea de Control Externo, se puede afirmar que es fundamental entender la tesis desarrollada por Davis-Floyd en sus estudios (2001, 2009) sobre el parto como Rito de Paso. Floyd afirma que las principales transiciones que acontecen en nuestra vida se ritualizan por la cultura, estos ritos de paso culturales transforman al individuo de un estado a otro diferente, mejorado para la sociedad. Son las culturas las que utilizan los rituales para conseguir la socialización de sus individuos de una determinada manera. Los rituales tienen el objetivo de ajustar a los individuos a las normas sociales desde dentro, conservando un *estatus quo* que viene determinado por el poder del patriarcado (Davis-Floyd, 2009).

3.3 El parto como ritual de paso.

Un ritual es la representación imitada, repetitiva y simbólica de una creencia o un valor cultural. La función principal del ritual es conectar el sistema de creencias a nivel individual con el grupal de la sociedad en la que el individuo se encuentra. Es decir, que nuestros patrones de pensamiento tengan conexión con los patrones generales de la cultura de la que formamos parte (Davis-Floyd, 2009).

Para Turner (1998), los rituales son la clave para comprender la constitución esencial de las sociedades humanas. El ritual sitúa a sus participantes en un

ámbito transicional. Facilitan una apertura psicológica para producir un cambio profundo en el sistema de creencias de los iniciados en el ritual, dejando abierta su mente para la construcción de nuevas categorías cognitivas aceptadas socialmente. El ritual pone de manifiesto los valores del grupo de una cultura en su nivel más profundo.

Un rito de paso lo forman una serie de rituales que transportan a los individuos de un estatus social a otro (Davis-Floyd, 2009). Ejemplos de rito de paso podrían ser la adolescencia, que marca el paso de la infancia a la edad adulta; el rito del matrimonio, que transforma un individuo de soltero a casado; o las novatadas al entrar en una facultad: novato-veterano, etc. De esta manera, tanto el embarazo como el parto podría ser considerados ritos de paso, ya que durante este tiempo la persona se transforma de mujer a madre, asume el rol de madre aceptado y legitimado por la cultura a la que pertenece.

Van Gennep, describió las tres fases de las que constan generalmente casi todos los ritos de paso (Davis-Floyd, 2009). La primera fase es la Separación: los individuos se separan de su estado social previo, aislándose o recluyéndose del resto de su grupo social. La segunda fase es llamada Transición, que suele estar compuesta por numerosos rituales y protocolos que hacen que el individuo pueda llegar a la tercera fase: la Integración, donde pasados todos los rituales, el individuo ya se integra en su nuevo estatus social.

En nuestra sociedad, el embarazo y el parto son utilizados como modelo para estructurar el Rito de Paso de la Maternidad. Davis-Floyd (2009) afirma que este ritual dura prácticamente un año.

La fase de Separación se produce cuando la mujer se da cuenta de que está embarazada. Empieza a notar cambios físicos en su cuerpo muchas veces desagradables y se siente incomprendida por su grupo social: *“me sentía gorda...había cogido peso, pero no tenía cuerpo de embarazada.”*

La fase de Transición comenzará al final del embarazo, donde la mujer ya es aceptada por los demás como *“cuerpo gestante que pasa a ser un bien colectivo”* (Imaz, 2009, p. 263) y culmina en el proceso de parto.

Por último, la fase de Integración acaba gradualmente en los primeros meses de vida del bebé, donde la mujer va recuperando poco a poco la normalidad y su ritmo de vida vuelve a ser convencional, rutinario y donde tiene lugar la transición más importante del rito: la mujer ya ha aceptado e interiorizado su nuevo estatus social de madre atribuido por la cultura en la que está inmersa.

El parto es el momento de todo este proceso con mayor carga ritual. A través del parto hospitalario, la mujer interioriza los valores patriarcales de la cultura occidental. Esto se produce a través de cada intervención protocolaria que tiene lugar en la atención al parto hospitalario, como pueden ser la sueroterapia, el rasurado, el enema, la posición de litotomía, los pujos dirigidos, etc., símbolos que se explicaran a continuación en este trabajo. Es entonces cuando el proceso fisiológico se convierte en un Rito de Paso de gran significado cultural, garantizando a la sociedad que sus valores básicos y fundamentales se transmitan a través del proceso del ritual a todos sus miembros participantes: recién nacido / mujer renacida en el nuevo rol social de madre / hombre renacido como padre (Davis-Floyd, 2009).

El ritual de atención al parto legitima lo que la autora llama “El Modelo Tecnocrático del Nacimiento” (Davis-Floyd, 2009), al que ya nos hemos referido anteriormente. El Modelo Tecnocrático se asienta en nuestra sociedad jerárquica y patriarcal, cuyo eje fundamental es la biomedicina dominante, que intenta controlar la naturaleza a través de la ciencia y la tecnología. La consideración del cuerpo humano como máquina imperfecta, produce la necesidad de mejorar dicha máquina y controlarla para hacer que sea más eficaz. Por lo que, en consecuencia, la idea principal que se transmite e interioriza la mujer durante el ritual del parto hospitalario es la de cuerpo imperfecto y defectuoso que hay que controlar. Por ello, el proceso del parto está en manos de otros, del azar o de la institución hospitalaria (David-Floyd, 2009; Imaz, 2010; Ruiz Vélez-Frías, 2010; Schimd, 2012).

Las fuerzas que determinan el parto hospitalario son para las mujeres invisibles, no se discuten, ni se cuestionan (Schimd, 2012). Cuando una mujer entra en un hospital, no suele cuestionar nada de lo que hace el profesional, lo consideran normal: “*algo por lo que hay que pasar*” (Imaz, 2010, p.258), por lo que no se cuestiona la utilidad ni el significado simbólico que pueden producir las técnicas que se realizan durante el parto, estén justificadas o no. Una mujer nunca cuestiona si se le

pone suero terapia, o si se le rompe la bolsa antes de tiempo. Ninguna suele decir nada al respecto y entra a criterio de cada profesional explicar los motivos y pedir permiso para realizar la técnica.

En consecuencia, para muchas autoras (David-Floyd, 2009; Imaz 2010; Ruiz Vélez-Frías, 2010, Schimd, 2012; Northrup, 2014) las fuerzas que determinan el parto hospitalario como el poder, la jerarquía del profesional, la pasividad y la sumisión de la gestante, provienen, se originan y se derivan de las bases conceptuales de nuestra cultura, donde creencias más profundas y fundamentales se centran en la hegemonía biomédica derivada de aspectos científicos, tecnologías y predominio del patriarcado (Gutman, 2007; Imaz, 2010; Schimd, 2012). “*Un parto hospitalario perpetúa el patriarcado, al tratar a los cuerpos de las mujeres como máquinas defectuosas para parir*” (Davis- Floyd, 2009, p. 79). En consecuencia, todas las Instituciones que controlan el orden social, intentan difundir estos significados implícitos a través de las características del ritual del parto.

3.4 Las características del ritual del parto hospitalario del S. XXI.

Durante todo el proceso de parto existen varias ideas centrales que legitiman todo el simbolismo que se produce dentro del ritual del parto institucionalizado en un hospital, Davis- Floyd (2001) se refiere a estas como la “*Matriz cognitiva del parto*”. Así, para poder defender y argumentar la Matriz Cognitiva del ritual del parto (Davis-Floyd, 2001), se ponen en marcha una serie de componentes principales que constituirán las características propias del proceso ritual del parto hospitalario. Se pueden enumerar sus componentes fundamentales como (Davis-Floyd, 2009): el Simbolismo, la Repetición, la Reducción cognitiva, El Orden y la Escenificación, y por último, la Transformación Cognitiva.

La principal característica del ritual lo constituyen los Símbolos. Es necesario que los rituales estén cargados de Símbolos para tener transcendencia. Estos símbolos son objetos, ideas o acciones que envían mensajes subliminales de gran carga cultural para las mujeres. Los símbolos a veces pueden pasar desapercibidos, pero el significado y el poder de transformación de cada uno de ellos pueden ser determinantes.

De esta manera, las prácticas obstétricas que se realizan rutinariamente en la atención al parto hospitalario son altamente simbólicas y cargadas de significados

implícitos. Por ejemplo, técnicas clínicas habituales, como poner la pulsera identificativa o pedir a la mujer que se quite su ropa y se ponga un pijama, igual que el resto de pacientes del hospital, elimina la identidad de la mujer que le confiere su propia ropa o su nombre. Ahora, es un número de historia que aparece en la pulsera. Los pijamas habitualmente utilizados suelen estar abiertos por detrás, produciendo una pérdida de intimidad. Sentar a la mujer en una silla de ruedas para trasladarla o meterla en la cama, contribuye a argumentar la idea de invalidez y enfermedad (Gutman, 2007).

Otra práctica habitual es la referente a las vías y goteros intravenosos con una gran carga de significado simbólico. La vía intravenosa es lo que te conecta con el hospital, el “*cordón umbilical*” que tiene la mujer con la institución (Davis-Floyd, 2009, p.59): “*El cordón que conecta su cuerpo a la botella llena de fluidos sitúa a la mujer en la misma relación con el hospital que el bebé que lleva en su vientre mantiene con ella.*” Este símbolo sitúa a la institución hospitalaria en el centro de la escena, como matriz conectada con la mujer a través de la vía intravenosa: el goteo trasmite uno de los mensajes más profundos de la experiencia iniciática: “*no es la mujer quien da la vida sino la Institución.*” (p.60).

Se entiende por tanto que frases utilizadas diariamente en las conversaciones de los obstetras y matronas vayan en concordancia con esta idea: “*hacer partos...voy a parir a esta mujer...rasúrala...prepárala...hay que dirigirle el pujo que no lo hace bien, etc.*”, ya que los ritos de paso producen nuevos valores también en los profesionales, de acuerdo con los valores tecnocráticos aprendidos (Davis-Floyd, 2009).

Se puede afirmar, por tanto, que, a través de los símbolos ampliamente utilizados en la atención al parto dentro de nuestro entorno, se transmite a la mujer, la idea implícita, del hospital como institución tecnocrática que suplente el cuerpo defectuoso de la parturienta, para poder obtener el producto del nacimiento: un bebé sano y sin problemas (Davis-Floyd, 2001; Schimd, 2012).

En segundo lugar, en relación a los componentes fundamentales del ritual, son necesarias dos características de los símbolos para que tengan alta significación en el proceso ritual: la Repetición y la Reducción cognitiva. Resulta imprescindible para que los símbolos tengan fuerza transformadora que tengan una repetición constante dentro de todo el ritual. En consecuencia, la repetición de

determinadas prácticas obstétricas constituye una característica dentro de la atención del parto: la monitorización fetal periódica o continua, los exámenes vaginales constantes y el control horario de parámetros clínicos, recordando a la mujer que el tiempo es importante: “*hay que producir a tiempo y no puedes hacerlo sin asistencia tecnológica porque tu máquina es defectuosa*” (Davis-Floyd, 2009, p.63).

Otra característica propia de los símbolos del ritual la constituye la Reducción Cognitiva. Las cosas que aparentemente parecen extrañas se convierten en familiares, idea que se formaliza en los símbolos. El ritual medio entre la cognición y el caos, haciendo que la realidad se ajuste a categorías cognitivas aceptadas. Devuelve el Orden al espacio social y trasmite la idea fundamental para la Transformación Cognitiva del parto: pasar del peligro del descontrol del dolor, al orden y formalidad de la analgesia: “*portarse bien como paciente*”. A través del ritual se produce el control cultural de los procesos naturales, proporcionado una estructura ordenada al flujo caótico de los procesos naturales.

Una práctica obstétrica, ejemplo de la Reducción Cognitiva, sería el habitual *rasurado genital*. El pelo, siempre unido simbólicamente a la sexualidad, confiere un significado cultural de gran importancia. Al ingreso en el hospital, habitualmente el vello genital se rasura, lo que confiere significados relacionados con la infancia, regresión en el tiempo y dependencia. Las partes más íntimas de la parturienta son invertidas simbólicamente para pasar a ser de propiedad institucional (Davis-Floyd, 2009).

Otro ejemplo de símbolo cuya característica fundamental es la Reducción Cognitiva lo constituye la posición de *litotomía* clásica para parir. En esta posición los modelos normales de gravedad se han invertido manteniendo las piernas al aire y la vagina totalmente expuesta. El profesional sanitario, actúa como protagonista y representante del orden social, se sitúa dentro del escenario (entre las piernas de la parturienta), controlando y dirigiendo la situación. El significado máximo de reducción cognitiva de la práctica de litotomía viene determinado por la posición profesional en la litotomía. Situado entre las piernas de la mujer, a la altura de la vagina, no a la altura de su cabeza, ni a su lado, sino donde va a salir el bebé. “*Estructuralmente hablando se sitúa la vagina de la mujer donde debería estar su cabeza*” (Davis-Floyd, 2009, p.75).

Un último ejemplo podría ser el empleo de la episiotomía como práctica habitual durante el expulsivo (González Merlo et al., 2006). La episiotomía constituye una técnica para prevenir desgarros vaginales graves pero que actualmente está en entredicho por la literatura su uso sistemático (FAME, 2007; El Parto es nuestro, 2016). Sin embargo, esta técnica se practica a más del 70% de las mujeres dentro de los hospitales (Gutman, 2007). La episiotomía simboliza la línea recta. Representa poderosamente el *estatus quo* de la sociedad científico-tecnológica: “*mediante las episiotomías se puede cambiar la forma de la vagina (extensible, flexible, circular, en parte amorfa, femenina, creativa, sexual, no lineal) y a continuación reconstruirla de acuerdo con nuestro sistema de creencias y valores, la línea recta de la cultura*” (Davis-Floyd, 2009, p.75).

Teniendo en cuenta esta teoría se puede afirmar que las prácticas obstétricas occidentales, se entienden como rituales imitados repetitivos y profundamente simbólicos, que transmiten los mensajes que afectan a las creencias más profundas de nuestra cultura, relativas a la necesidad del control cultural de los procesos naturales: “*Una madre cree en la ciencia, confía en la tecnología y reconoce consciente o inconscientemente su inferioridad, así pues, acepta los principios del patriarcado.*” (Davis-Floyd, 2009, p.82). Así, para esta autora, un parto hospitalario, al considerar el cuerpo de la mujer como una máquina defectuosa, perpetúa los principios del patriarcado, de la misma manera que Imaz y Schimd, señalan la consideración del dolor, como mecanismo para perpetuar la pasividad y sumisión de la mujer ante la Institución hospitalaria (Imaz, 2010; Schimd, 2012).

El dolor, entendido como uno de los ejes centrales del evento médico quirúrgico del parto (Hondett et al., 2013), hace que las mujeres se pongan en manos del profesional sanitario para eliminarlo. Todo proceso quirúrgico viene acompañado de dolor, lo que hace que, al dolor producido por las contracciones durante el parto, se le dé una significación patológica, de amenaza, sobre la integridad corporal de la mujer (Smulders y Croon, 2009; Schimd, 2012).

Además de la idea anteriormente desarrollada del control, fundamental para entender el significado cultural del parto (Green et al., 2003; Cheung, et al., 2007; Dencker et al., 2010; Northrup, 2014), se hace necesario considerar el estudio del dolor en el parto como otro aspecto crucial para su comprensión desde una perspectiva de

Género (Smulders y Croon, 2009; Schimd, 2012). Es más, resulta tan importante la influencia del dolor para la vivencia y el significado del parto hospitalario que es indispensable un desarrollo del concepto con mayor profundidad en el siguiente apartado. Por qué se produce, qué significados tiene y por qué fuerzas culturales implícitas viene determinada la significación del dolor.

3.5 El dolor en el parto. Significados y atribuciones culturales y de Género.

Históricamente siempre se ha relacionado el parto como un fenómeno natural que produce intenso dolor (Hondett et al., 2013). Algunos autores argumentan que debido a la filosofía judeo-cristiana, el dolor ha sido interpretado como un castigo para la mujer. Por ejemplo, para Imaz (2010), la frase bíblica: “parirás con dolor” ha condicionado la manera de interpretar el fenómeno natural del nacimiento desde un punto de vista religioso. Sin embargo, hasta el S.XX, los autores refieren que el dolor en el parto no era el mayor temor de la mujer. La causa principal del miedo en el parto era la posibilidad de morir durante éste: *cuando das a luz tienes un pie en la tumba* (Smulders y Croon, 2009).

Como se ha comentado anteriormente, de la idea del parto como castigo divino se pasa a la visión que se tiene en la actualidad, de evento médico-quirúrgico (Hondett et al., 2013). En consecuencia, como todo proceso biomédico, el parto quedará relacionado con la patología y enfermedad siendo su consecuencia lógica el dolor patológico, no natural. La consideración del dolor en el parto como algo inútil, absurdo, tiene un claro objetivo de destrucción en la integridad mujer (Schimd, 2012). El dolor en el parto, como el de cualquier proceso patológico es innecesario, por lo que debe ser eliminado (González Merlo et al., 2006).

En contraposición a esta idea, aparecen teorías culturales que explican la utilidad social y evolutiva del dolor (Smulders y Croon, 2009; Schimd, 2012). El dolor da significación al proceso de parto. Si no sintiéramos dolor, los seres humanos no seríamos conscientes de la extrema importancia del acontecimiento que se está produciendo: la llegada al mundo de un nuevo ser totalmente indefenso. Según esta explicación, el dolor en el parto no es absurdo, innecesario y patológico, sino que es sinónimo de aviso, alerta, alarma natural.

Gracias a la función señalizadora que ejerce el dolor, evolutivamente la hembra se cobija en un lugar seguro. Es más, si no existiese el dolor, el/la recién nacido llegaría sin que su madre se enterara, por lo que el dolor protege al nuevo ser indefenso. “El arte de parir” consistirá en saber encajar el dolor como síntoma positivo, dejándose llevar por el instinto sin temor a hundirse o descontrolarse. *“El dolor durante el parto es necesario, gracias a él la mujer desconecta del mundo exterior y esto hace posible el parto”* (Smulders y Croon, 2009, p. 174).

Otro aspecto fundamental para entender el dolor, es que durante el parto se produce un proceso de duelo psicológico. La separación tanto física como psicológica de una sola persona: la gestante, en dos personas independientes pero conectadas psicológicamente: madre-bebé. Algunos autores (Gutman 2007) consideran que el dolor marca y da significación psicológica para la mujer al proceso de la maternidad, que comienza en la gestación, culmina en el parto y finaliza en el puerperio. El dolor es lo que hace que te des cuenta de la importancia del fenómeno que está sucediendo (Smulders y Croon, 2009, p. 175).

Podríamos decir que el efecto determinante que produce el dolor hace que un fenómeno, incomprensible, en parte milagroso como es la maternidad, y la separación de un cuerpo en dos personas, se vuelva lógico, inteligible y con dimensión humana. *“El dolor hace más fácil la despedida...El dolor físico desata un proceso psíquico de separación que comienza en el parto. Será el primer paso de un largo proceso que irá desarrollándose de forma paulatina en los años siguientes de crianza, se trata por tanto de una sucesión de despedidas, y una despedida siempre duele”* (Smulders y Croon, 2009, p.180).

Otra de las explicaciones que mantienen los autores que dan sentido cultural al dolor, es la basada en los procesos hormonales que se producen en el cuerpo de la mujer durante el parto y justo después de éste (Schimd, 2012).

El dolor en el parto estimula la producción de endorfina. Si se elimina el dolor de antemano, el sentimiento de felicidad, euforia y triunfo que se produce en la madre, justo después del nacimiento, es menor (Schimd, 2012). En la primera hora después del parto hay un alto nivel de endorfina en la sangre de la madre y del bebé. Las endorfinas generan dependencia y un sentimiento de euforia, el vínculo materno filial

después del parto hace que la mujer se sienta dependiente de su hijo/a, “*añorando tanto la madre como el bebé este sentimiento de euforia producido en ese momento...A esto se le ha llamado el enamoramiento madre-hijo*” (Smulders y Croon, 2009, p.176). Por lo tanto, el dolor es una especie de umbral que debe cruzarse para poder avanzar en el rito de paso de la maternidad. Es una puerta a través de la cual el bebé llega al corazón de la madre.

Además, estas autoras (Smulders y Croon, 2009; Schimd, 2012), consideran que el parto tiene un sentimiento emancipador: el parto como una metáfora de desarrollo personal que la mujer efectúa a lo largo de su vida. Y en la vida entrar en crisis, crecer y sentir dolor suele ir de la mano. El dolor convierte a la mujer en un ser abierto mentalmente y vulnerable, destruye la coraza social y los mecanismos de defensa de las personas. Si la mujer es capaz de dejarse llevar por la naturaleza y su instinto, saldrá fortalecida y enriquecida de esta etapa. Se transformará, entonces el parto pasará a ser uno de los acontecimientos más poderosos en que una mujer puede vivir, ya que la entrega, aceptación y victoria sobre este reto producirá una increíble sensación poder, orgullo y empoderamiento en la mujer. Reforzará el sentimiento de independencia y capacidad tanto física como mental.

Atributos que han sido englobados en el concepto: *Empoderamiento femenino*, que es actualmente reivindicado por asociaciones influyentes tanto de profesionales como de mujeres, como El Parto es Nuestro (2016) o Nacer en casa. Parir es poder, y el parto empodera a la mujer. De hecho, es muy frecuente escuchar en nuestro entorno: “*Gracias al parto ahora tengo más confianza en mí misma*” “*No me creía capaz de superar este reto, estoy muy orgullosa (...) Me he fortalecido a nivel humano en este parto (...) El que yo sola haya podido realizar esta tarea me ha llenado de orgullo y confianza*”. También la pareja suele decir a la mujer después del parto: “*Has sido muy valiente*” “*Estoy muy orgulloso de ti*”. Entonces podríamos afirmar que el parto empodera y hace crecer a nivel espiritual, humano y personal a la mujer. Así, el parto constituye una experiencia vital.

Se podría añadir además a la explicación sobre la variabilidad de la vivencia e interpretación del dolor en el parto, la hipótesis de que las representaciones que tiene la mujer *a priori* sobre el sentido y utilidad del dolor resultan fundamentales para poder entender su vivencia del mismo (Schimd, 2012). Si la mujer percibe el dolor

como negativo, destructivo o inútil, la reacción natural será de oposición, huida y resistencia. Su cuerpo segregará hormonas como la adrenalina y noradrenalina que contribuirán a aumentar todavía más el nivel del dolor. Pero si en vez de oponerse física y psicológicamente, con una actitud cerrada y a contracorriente, lo percibe como positivo, necesario y útil, el dolor se tornará soportable y el instinto hará que la mujer le pueda dar un sentido positivo y natural (Smulders y Croon, 2009; Schimd, 2012).

Tan complejo es el fenómeno del dolor en el parto, que para estudiarlo es necesaria la división del fenómeno en sus componentes más simples. Actualmente se conoce que el dolor tiene dos componentes fundamentales: un componente físico y otro psíquico (Ruiz Vélez - Frías, 2008; Schimd, 2012). Esta manera de dividir el dolor hace que se puedan entender claramente muchas situaciones que se presentan en la asistencia diaria al parto, como que algunas mujeres correctamente anestesiadas, siguen refiriendo muchísimo dolor y otras mujeres que no tienen ningún tipo de anestesia, no refieren dolor o refieren un dolor muy leve. A nuestro parecer, más que un debate entre dolor y no dolor, se trasladaría al debate: sufrimiento o no sufrimiento, por lo que en estas situaciones se debe considerar de extrema importancia el componente de dolor psicológico.

La explicación del dolor físico en el parto parece estar basada en la tensión que se produce en el músculo uterino durante las contracciones. Al igual que durante la menstruación la mujer puede referenciar dolor, ya que el útero también se contrae para expulsar el contenido endometrial (González Merlo et al., 2006).

Sin embargo, algunos autores mantienen que resulta paradójico que la hormona implicada en la contracción uterina, la oxitocina, conocida como la "*hormona del amor*", aparece también durante las relaciones sexuales y la lactancia, además del parto y la menstruación. Por tanto, se preguntan por qué en algunos casos esta hormona que produce las contracciones uterinas puede producir contracciones interpretadas como positivas (como sucede durante la lactancia o las relaciones sexuales) y en otros, negativas (el dolor en el parto) (Odent, 2007). "*Si tomamos en consideración la idea de que las mujeres deban dar a luz sin dolor como el organismo ejerce el resto de funciones vitales podemos admitir que el dolor es un elemento ajeno a cualquier función vital a no ser que haya algún problema en el organismo...si el parto es un*

proceso fisiológico y el dolor no lo es, esta asociación resulta absurda...” (Ruiz Vélez-Frías, 2008, p. 30).

Sobre lo que respecta al tratamiento del dolor físico, han sido muchas las formas que han tenido las matronas y las mujeres de tratar con remedios naturales el dolor durante el parto. Sin embargo, el uso de la analgesia a nivel farmacológico no aparece en nuestra historia hasta entrado el siglo XIX con el cloroformo (Ruiz Vélez-Frías, 2010). Es en 1841 cuando se administra por primera vez esta sustancia durante el parto de la reina Victoria de Inglaterra de su heredero el príncipe de Gales. Este procedimiento conocido como “anestesia de la reina” se empieza a expandir entre la realeza y alta burguesía europea. Consistía principalmente en dejar en estado de semiinconsciencia a la parturienta durante unos minutos en el momento antes de salir el bebé, momento en el que se suponía de máximo dolor en el parto.

Durante la primera mitad del siglo XX en España, la técnica para tratar el dolor del parto, principalmente durante el expulsivo, era con el uso del Tricloroetileno (Trilene), medicación anestésica inhalada que sustituyó al cloroformo de la reina, y que sólo se reservaba para de gestantes pertenecientes a clases altas (Franco Grande, Álvarez Escudero y Cortes Laiño, 2005). En el resto de la población, eran atendidas principalmente en las maternidades pertenecientes al SOE (Seguro Obligatorio de enfermedad, que en 1929 amplía el Subsidio de maternidad de 1923), donde no se hacía uso de ningún tipo de analgésico ni anestésico (Ruiz Vélez-Frías, 2010).

Sin embargo, en los últimos años en España, poco a poco se ha ido incluyendo la analgesia epidural en todos los hospitales de manera general y gratuita. Esta incorporación de la analgesia epidural en la asistencia rutinaria, ha hecho que se planteen una serie de cuestiones a la hora de establecer cuáles son los cuidados de mayor evidencia en el momento del expulsivo (Martín Casado, 2011). La mayoría de los estudios concluyen que la epidural es el método farmacológico más efectivo para el alivio del dolor en el parto, pero no por ello es el método con menor número de inconvenientes (Howell, 2000). Entre ellos, la inhibición de la sensación de pujo fisiológico, pudiendo resultar los pujos menos efectivos y llegando a producir importante fatiga materna que se asociada principalmente a un expulsivo largo y como consecuencia a una mayor probabilidad de parto instrumental (Ramírez López et al., 2006; Roberts y Hason, 2007; SEGO, 2008; Ministerio Sanidad, 2012).

Además, la epidural puede bloquear sensorialmente los músculos del suelo pélvico llegando a producir una disminución de su capacidad motora y como consecuencia, reducir la eficacia tanto del pujo materno como de la rotación fetal (Howell, 2000; Roberts et al., 2007). Sin embargo, a pesar de los efectos secundarios asociados al uso de la epidural es el método analgésico más utilizado y efectivo actualmente en la atención en el parto.

En conclusión, se podría afirmar que tanto la epidural, los anestésicos, como todas las técnicas sofrologías, que se analizan más adelante, pretenden la eliminación y separación del dolor del proceso de parto. Sin embargo, para algunos autores, es un error hablar del dolor en el parto como si se tratara de una parte separada del mismo. “*Desvincular a voluntad el dolor del proceso complejo de nacer es un gran error, ya que el dolor tiene un sentido importante en dicho proceso*” (Smulders y Croon, 2009, p.175). La epidural trataría de controlar el dolor físico, así como la hipnosis trataría el dolor psíquico (Schimd, 2012).

Sobre lo que respecta a las causas del dolor de origen psíquico, parece que se relaciona con motivos mucho más complejos desde el punto de vista cultural, siendo el miedo al sufrimiento y la muerte atribuido culturalmente al parto en sociedades patriarcales, su punto de partida (Ruiz Vélez - Frías, 2008; Schimd, 2012). Sin embargo, no es hasta principios del siglo XX cuando se empieza a plantear la eliminación del dolor psíquico en el parto a través de técnicas como la hipnosis. Entre 1923 y 1930 la hipnosis en el parto encontraría muchos partidarios en Rusia y Alemania, poniéndose de moda los famosos lugares conocidos como “Hipnotarios”, donde se practicaba la hipnosis de grupo.

Con ello surge por primera vez el concepto de “Preparación Psicoprofiláctica de las embarazadas para el parto” (Hurtado et al., 2003), que ha sido el punto de partida para las teorías de preparación al parto, que posteriormente se transformarían en lo que hoy conocemos en la cartera de servicios de salud como *Educación maternal*, término lingüístico que consideramos que tiene un cargado componente patriarcal fundamentado en la desigualdad de Género, por lo que en este tratado de tesis se empleará el término: *Educación prenatal*, en sustitución al mismo.

En el siguiente Capítulo se pretende desarrollar un análisis en profundidad de las principales teorías europeas de Educación prenatal que actualmente están en vigor en nuestro país, para poder así adaptarlas a nuestro contexto cultural y dotarlas de una mayor efectividad, objetivo marcado en la presente investigación.

CAPÍTULO 4. LA EDUCACIÓN PRENATAL.

“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo.”

Nelson Mandela.

4.1 Historia y evolución de los métodos psicológicos en la preparación al parto.

El primer vestigio de lo que actualmente es conocido como Educación prenatal lo encontramos en la Francia de 1777. Madamen Le Boursier Du Coudray empieza a impartir unos cursos gratuitos dirigidos a mujeres para prepararse antes de su parto. Dichos cursos son seguidos por la población femenina con mucho éxito (Toledano González, 2012). Sin embargo, este fenómeno se podría calificar de aislado, ya que no será hasta después de la primera mitad del siglo XIX, casi paralelo al movimiento de la anestesia con cloroformo y a los experimentos de J. Simpson aplicándolo al parto, cuando se desarrollan en Europa una serie de estudios dirigidos a eliminar el dolor en el parto con métodos hipnóticos.

4.2 La Hipnosis y los Hipnotarios.

En 1850 con los experimentos de Gerling y de Lafontaine, se establecen las bases de las técnicas hipnóticas-sugestivas durante el parto. También la escuela de Charlot en Paris y la Escuela de Bernheim se convierten en promotoras de la hipnosis clínica en obstetricia, ofreciendo varias aplicaciones para la analgesia en el parto, donde se pretende obtener una disociación entre el dolor de las contracciones y el útero. Sin embargo, es en Rusia donde Pávlov se constituirá como el autor más influyente en este terreno, publicando varios tratados en 1927 como “Lecciones sobre las actividades de los hemisferios cerebrales” y en 1931 “La Fisiología del estado hipnótico”. En ellos establece las bases fisiológicas para la interpretación de la hipnosis y su aplicación en el parto (Toledano González, 2012, p. 4).

La influencia de estas nuevas teorías es tan importante, que en Rusia se crea la escuela “Hypnotari” para preparar a las mujeres al parto sin dolor a través de sugerencias hipnóticas (Toledano González, 2012, p. 5). En ellas se practican hipnosis colectivas, siendo muy seguida por la población femenina rusa. Sin embargo, pronto dejan de estar en auge por tener la gran limitación de la dependencia existente entre

gestante-hipnotizador. El hipnotizador no siempre podía estar disponible en los partos de todas las mujeres a las que trataba durante el embarazo.

4.3 La Escuela Británica de Dick Read.

No será hasta el siglo XX cuando aparecen los primeros autores que relacionan el miedo con el dolor en el parto. Estas investigaciones serán de extrema importancia ya que marcarán el inicio de nuevas teorías sobre la preparación al parto, promovidas principalmente por Dick-Read, Lamaze y Aguirre de Carcer, que han sido determinantes en la metodología de las clases de la Educación prenatal que se imparten en los centros de atención primaria actualmente (Hurtado, et al., 2003).

Dick-Read (1955), defiende la hipótesis de que es posible un parto indoloro sin narcóticos. Realiza su trabajo de campo basándose en el estudio de las aborígenes africanas durante el parto, llegando a la conclusión de que el parto natural es indoloro y que este dolor es consecuencia de prejuicios culturalmente transmitidos.

Las mujeres que no están afectadas por el miedo, la ansiedad y otras emociones negativas, dan a luz más fácilmente. La falsa interpretación de las sensaciones desencadena impulsos nerviosos que producen una resistencia del segmento inferior del útero. Como consecuencia del miedo y el temor, se produce una reacción de huida que provoca una tensión muscular dolorosa. *“La superstición, la civilización y la cultura han influido en las mujeres en el sentido de introducir en sus mentes temores y angustias justificables respecto al parto...El Temor, la Tensión y el Dolor son tres malestares que se oponen al orden natural, que han sido introducidos en la vida de la civilización por la ignorancia de quienes han tenido en sus manos lo concerniente a los preparativos para el parto, y el parto mismo”* (Dick-Read, 1933).

Para Read, *“los temores reales”* del miedo al parto están constituidos por el dolor; la herida; la hemorragia mortal; la malformación del feto y las dificultades en la crianza. El dogma del parto doloroso como proceso cultural, crea expectación y miedo hacia el nacimiento. Este miedo desencadena una respuesta orgánica que desemboca en la producción de espasmos uterinos y aumento del tono muscular con una mayor resistencia y dolor. Estos síntomas físicos generan un círculo psicológico que desencadena más miedo-tensión-dolor. En consecuencia, un estímulo neutro como es

“el parto”, se relaciona con un estímulo incondicionado “el miedo y el temor”, y se genera directamente un estímulo condicionado en la mujer que es “la ansiedad”.

Por lo tanto, el estado emotivo de la mujer es el principal responsable de cómo se va a desencadenar el parto. El miedo está unido a un instinto primitivo del comportamiento que es el de lucha y fuga, por lo que un parto que se desarrolle con normalidad pero que la mujer lo viva con un miedo elevado, estará abocado al fatalismo pasivo de su cuerpo. *“El deseo instintivo de la maternidad ha sido sumergido en el agitado océano del dolor y del peligro”* (Dick-Read, 1933, p. 23). Esta asociación teórica tiene sus bases en la teoría de reflejos condicionados de Pavlov, mencionado anteriormente, ya que el estado de tensión que condiciona el miedo y el dolor origina una actitud de postura de alerta de tipo simpático-tónico, capaz de frenar la musculatura uterina.

4.4 El condicionamiento clásico y las teorías de la preparación al parto.

El método Psicoprofiláctico Soviético que se desarrolla paralelamente a la Escuela Inglesa de Read, nace bajo la influencia del estudio de Pávlov sobre los reflejos condicionados.

En 1940, Velvoski define el dolor como: *“Un fenómeno no hereditario pero mutable, por lo tanto, vencible mediante un simple análisis de sus orígenes y una adecuada re-educación de las reacciones”* (Toledano González, 2012, p.7). Esta relación inconsciente que defiende el condicionamiento clásico, puede hacer que simples imágenes mentales y pensamientos sobre el estímulo neutro provoquen respuestas psicológicas negativas aprendidas. Cuando dos fenómenos se dan juntos, la aparición de uno traerá automáticamente el otro a la mente (Bandrés y Llavona, 2003). Esta idea explica el fenómeno, relativamente frecuente en nuestra sociedad, de que una mujer que no ha parido nunca, nos indique que la idea futura de su propio parto le genera mucho miedo y ansiedad.

La asociación útero-dolor se consideraría un reflejo condicionado y como tal, el dolor del parto podría ser suprimido por otros reflejos condicionados, como pudiera ser la respiración. Así la nueva asociación respiración-contracción, se convertiría en un nuevo reflejo condicionado que anularía el antiguo contracción-dolor.

El método Psicoprofiláctico y la Escuela Inglesa de Read vienen a coincidir en la misma idea. Los estados emocionales de ansiedad generados en torno al parto, son estímulos condicionados externos, aprendidos a través de modelos culturales que se expresan en el lenguaje, y, además, se asocian de una manera inconsciente a un estímulo neutro que sería el proceso de parto. El matiz fundamental, es el uso de la respiración que propone Pávlov como nuevo reflejo condicionado que anularía al dolor (Toledano González, 2012).

4.5 Evolución de la preparación al parto en España.

4.5.1 La Sofrología.

El neuropsiquiatra colombiano Alfonso Caycedo funda el primer departamento de Sofrología clínica en 1960 en Madrid. La Sofrología que etimológicamente significa el estudio de la consciencia en equilibrio, pretende poner el énfasis en el uso de la respiración, anteriormente propuesta por la Escuela Psicoprofiláctica Soviética. Tiene como objetivo el estudio de la consciencia y conquista de los valores existenciales del ser. Su metodología emplea un método denominado “Tres grados de Relajación Dinámica” (Toledano González, 2012, p.9), configurándose como un método de entrenamiento mental adaptado a la mujer antes del parto.

Además de estudiar la consciencia humana desde el punto de vista teórico, la Sofrología ofrece una metodología para que el individuo conozca de forma vivencial su propia consciencia. Así, el método de entrenamiento de Caycedo tendría como objetivos conocer mejor la consciencia propia, desarrollar capacidades intrínsecas de las personas y adquirir una mayor resistencia ante problemas de origen psicossomático, como podría ser el parto. Defiende que, haciendo uso del entrenamiento de forma sistemática, las mujeres consiguen aumentar el conocimiento de sí mismas a nivel corporal, mental, emocional y conductual. Es decir, la toma de conciencia de las tensiones psicofísicas que puede originar la idea del parto, nos puede ofrecer herramientas útiles a través de la respiración, para poder controlarlas (Toledano González, 2012).

4.5.2 La Escuela Española de Sofropedagogía Obstétrica de Aguirre Carcer.

Influenciado por la escuela anterior, Aguirre Carcer inicia en 1960 una gran revolución en nuestro país, al introducir por primera vez en el Sistema Nacional de Salud español su método de preparación al parto. Esto supone el inicio de lo que podemos llamar la Educación prenatal universal, ya que deja de ofertarse únicamente a nivel privado y se extiende a nivel generalizado para toda la población de forma gratuita y con una cobertura universal.

En 1965 se abre el primer centro de “Educación Maternal” en el Hospital de La Paz, donde se imparte a todas las gestantes que desean acudir durante su embarazo, charlas informativas y prácticas de relajación. Además, otra novedad que confiere a la escuela de Aguirre Carcer será la de incluir a la pareja en todo el proceso de la maternidad, facilitando la interacción de ambos a través de habilidades y conocimientos obtenidos en los cursos, cuyo objetivo será el poder prepararse para vivir de una manera consciente, participativa y activa en el momento maternidad-paternidad (Toledano González, 2012, p. 12)

4.6 La Psicoprofilaxis Obstétrica actual.

Derivado de la influencia de todas las escuelas anteriores, se conforma lo que hoy conocemos en nuestro Sistema de salud como *Educación maternal*. La Educación prenatal o psicoprofilaxis obstétrica no sólo basa su origen en la filosofía de Aguirre Carcer y Caycedo, sino que también utiliza la metodología sobre el tratamiento del dolor y el uso de técnicas que proporcionen a la mujer recursos para vivir su parto de una manera más placentera y activa, además de la inclusión de la pareja como parte importante y participativa en la vivencia del parto y el posterior cuidado del recién nacido (Ministerio Sanidad, 2014).

“Educación maternal”, “preparación para la maternidad” o “Preparación al parto” son las expresiones que clásicamente se utilizan para definir las actividades grupales realizadas en los centros de salud dirigidas a las gestantes y a sus parejas, que tienen como objetivo general informar y asesorar sobre el embarazo, la maternidad y la paternidad, así como promocionar hábitos saludables.

Se puede definir la Educación prenatal actual como un programa educativo dirigido hacia la mujer gestante y su pareja que incluye formación y

entrenamiento en el proceso de embarazo, parto, puerperio y lactancia materna (Toledano González, 2012, p. 14).

Entre sus objetivos fundamentales destacan (Jané Checa, Prats Coll y Plasencia Taradach, 2009): facilitar a la mujer y su pareja una vivencia satisfactoria y crecimiento personal de la nueva etapa que es la de ser padres; promover hábitos de vida saludables; proporcionar a la gestante conocimientos necesarios sobre cuidados de salud durante el embarazo, parto y crianza y proporcionar un ambiente de seguridad, responsabilidad y afrontamiento en la función de ser padres.

Además de cara al parto, la Educación prenatal centra su atención en el conocimiento de los ejercicios físicos y técnicas de respiración para poder usarlos en el momento del parto y mejorar la recuperación física en el posparto. Con ellos se pretende tener una mayor consciencia corporal, mejorar la autoestima y disminuir el dolor, molestias y miedos que surgen derivados de la idea del parto (Lothian, 2016).

La Educación prenatal queda justificada dentro del Programa de Salud de la Mujer, ya que la vivencia del embarazo y el parto a pesar de ser fenómenos corrientes que forman parte de la vida de las familias, en muchos casos comporta una etapa de crisis vital, ya que la mujer y la pareja deben afrontar a veces situaciones nuevas e inciertas, así como la incorporación de un nuevo miembro en el entorno familiar (Ministerio de Sanidad, 2014). En este sentido, La Educación prenatal pretende ayudar a desarrollar los mecanismos necesarios para conseguir una adaptación satisfactoria a las circunstancias que se presentan durante la maternidad y la paternidad (Lothian, 2016), puesto que se considera actualmente que tiene mucha más importancia la posibilidad de trabajar los aspectos afectivos y emocionales que los aspectos cognitivos (Sasmor, 1982; Lothian, 2016).

La metodología de la Educación prenatal está basada en el trabajo con las gestantes y sus parejas o personas referentes (que acompañan a las embarazadas a las sesiones), ofreciendo la oportunidad de crear un espacio abierto para manifestar emociones que se dan durante la maternidad-paternidad: la ilusión, felicidad, alegría, miedo, la incertidumbre o la vulnerabilidad. Como estas emociones son comunes a la gran mayoría de gestantes, se vuelve fundamental que se puedan compartir con el resto. Por este motivo, es primordial crear un clima favorable dentro de las comunidades de

salud, que permita establecer una dinámica de grupo fluida y abierta, en la que las personas participantes se sientan suficientemente cómodas como para poner en común sus experiencias y sentimientos (Jané Checa et al., 2009; Lothian, 2016).

La captación de las gestantes se realiza en la consulta de la matrona de los centros de salud alrededor de la semana 24-28 de embarazo. Y la metodología suele consistir, en términos generales, en charlas conjuntas donde se utilizan exposiciones teóricas, recursos audiovisuales, técnicas de discusión, ejercicios físicos y de relajación, y demostraciones prácticas, divididos habitualmente en sesiones de 20-30 minutos que combinan teoría con práctica (Ministerio de Sanidad, 2014).

Entre los contenidos teóricos incluyen: conocimientos de anatomía y fisiología del aparato genital femenino, pelvis; conocimientos de la mecánica del parto y los cambios del embarazo; conocimientos de recién nacido y lactancia materna; cuidados durante la etapa del puerperio y consultas de salud necesarias (Ministerio de Sanidad, 2014). Entre los contenidos prácticos: sesiones de relajación autógena de Schultz, ejercicios de respiración, Pilates y suelo pélvico. (Jané Checa et al., 2009)

La esencia de la filosofía de la Educación prenatal actual se basa en la relación inconsciente ya argumentada por el método Psicoprofiláctico y la Escuela Inglesa de Read. Simples imágenes mentales y pensamientos sobre un estímulo neutro, como podría ser el parto, provocarían en la mujer respuestas psicológicas negativas como la ansiedad o el miedo, aprendidas culturalmente (Bandrés y Llavona, 2003), ya que es relativamente frecuente en nuestra sociedad, escuchar a una mujer que no ha parido nunca, que la idea futura de su propio parto le genera angustia y ansiedad por el dolor que pueda tener, la pérdida de control de su cuerpo, o la falta de seguridad en el medio, etc.

Esto nos conduce a las siguientes preguntas que se desarrollaran a continuación en el marco teórico. *¿Es lo mismo el miedo que la ansiedad?, ¿qué es realmente la ansiedad? ¿Cuáles podríamos decir que son los factores principales que producen ansiedad en relación con el parto?*

En el siguiente Capítulo se pretende realizar una conceptualización de los términos ansiedad, miedo, preocupación y estrés, integrándolos dentro de la Teoría de Conceptualización del Proceso Emocional (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Se

abordará el concepto de Ansiedad desde un enfoque Multidimensional en base los modelos teóricos: La Teoría Tridimensional de Lang, (1968, 1979 y 1995) y El Enfoque Interactivo (Endler y Okana, 1975). Además, de realizar un recorrido histórico sobre dichos conceptos, para llevar a cabo un abordaje instrumental de la ansiedad dentro del contexto del proceso de parto.

CAPÍTULO 5. LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD COMO EMOCIÓN.

“Más aún, es conveniente que la partera esté viendo la cara de la parturienta para poder calmar su ansiedad, asegurándole que no hay nada que temer y que el parto será fácil.”

Sorano de Efeso (S.II).

5.1 El proceso emocional.

Las emociones son procesos adaptativos dinámicos que se activan según las demandas del entorno y movilizan recursos psicológicos propios de cada individuo tales como: la percepción; atención; memoria; comunicación verbal y no verbal; y la planificación de acciones.

La principal función de la emoción es la organización y adaptación, es decir, las emociones permiten al individuo clasificar las demandas del entorno y ajustarse a ellas de la forma más exitosa posible (Fernández-Abascal y Palmero, 1999, p.5).

A continuación, en la Figura 1 se muestra esquemáticamente cómo se desarrolla habitualmente el proceso emocional según la Teoría de Conceptualización del Proceso Emocional de Fernández-Abascal y colaboradores. Esquema que se tomará como punto de partida del análisis posterior desarrollado en la investigación.

Como se puede observar en la Figura 1, el proceso emocional que produce una situación se activa, debido a condiciones, tanto externas como internas, que llegarían a un primer filtro llamado *Evaluación Valorativa* con doble funcionalidad. Por un lado, el sujeto tiene que realizar una valoración e interpretación de las características afectivas del estímulo, y por otro, debe realizar una valoración de la situación en función de la significación objetiva.

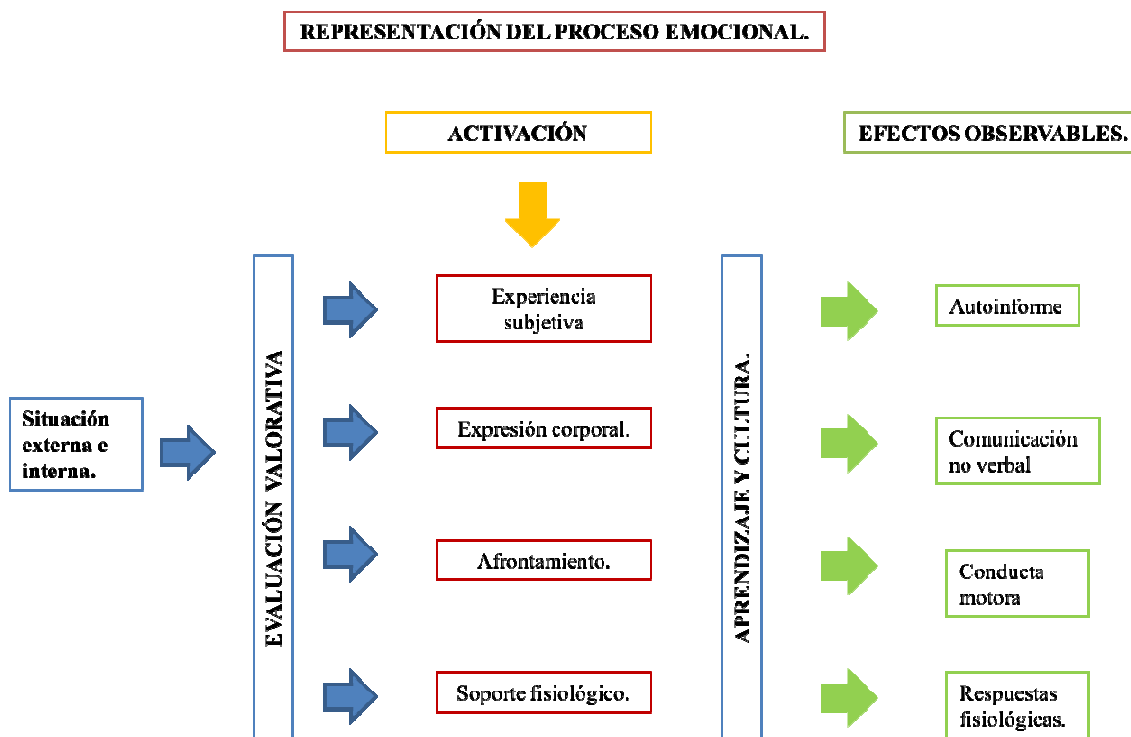


Figura 1 Conceptualización del proceso emocional según Fernández Abascal y colaboradores (1999).

Este primer filtro de Evaluación Valorativa, está formado por dos componentes principales: *el estadio afectivo subjetivo* y *el proceso de valoración cognitiva* de estímulos (Scherer, 1984), donde ambos componentes permiten la evaluación del ambiente. El estadio afectivo subjetivo se centra en aspectos como puedan ser la novedad, el agrado o el desagrado. En cambio, el proceso de valoración cognitiva está enfocado en la significación, la relevancia, las expectativas, o el afrontamiento como poder/capacidad, es decir, el grado de control que percibe el individuo sobre una situación determinada.

Este proceso de Evaluación Valorativa desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1986) estaría formado por los componentes de la valoración (juicios específicos hechos por el sujeto para evaluar situación de daño o beneficio particular) y el núcleo de temas relacionados (resumen o interpretación genérica que se le da a cada emoción determinada). Por ejemplo, para la emoción Ansiedad, el núcleo de tema relacionado sería “enfrentamiento o amenaza incierta existencial”, para la emoción Tristeza sería “experimentar una perdida irrevocable”, y para la Vergüenza, “fracaso de alcanzar un yo ideal” (Lazarus, 1993).

Por otra parte, dentro del primer filtro también habría que considerar como variables moderadoras o mediadoras del proceso emocional otros aspectos como puedan ser los rasgos de personalidad de cada individuo.

En su conjunto, podríamos afirmar que el primer filtro de Evaluación Valorativa es el responsable del reajuste de las emociones a nuevas condiciones adaptativas o demandas del entorno, pero también es responsable de que las emociones pierdan en un determinado momento su carácter adaptativo y se vuelvan perjudiciales para la salud. Esto es debido a que las actitudes cognitivas emocionales o estados de hipervigilancia de atención selectiva, favorecen la aparición de un tipo de emoción sobre otra, dando prioridad a determinados estímulos sobre otros, prejuzgando el entorno, alterando el proceso de aprendizaje y produciendo sesgos interpretativos (Fernández-Abascal y Palmero, 1999, p.10).

Este fenómeno de selectividad o “sesgo atencional” consiste en dar prioridad en la atención de los estímulos que para el sujeto indican peligro potencial, frente a los de carácter neutro cuando ambos se presentan de manera simultánea. Los sesgos atencionales se consideran la característica principal de los trastornos de ansiedad (Ramos Cejudo, 2011).

En nuestro caso, estos planteamientos resultan interesantes porque la mujer en el parto realiza una evaluación valorativa individual reajustando sus emociones a la situación a la que se enfrenta, y esta evaluación vendrá determinada principalmente por su rasgo de personalidad y las variables moderadoras afectivas y cognitivas, como puedan ser: la ilusión, la incertidumbre, las expectativas, el crecimiento personal, el control, o la sensación de amenaza, etc.

En segundo lugar, siguiendo el esquema de la Figura 1, una vez superado el primer filtro de Evaluación Valorativa, y teniendo en cuenta todos los componentes comentados anteriormente, se procedería al siguiente paso de *Activación Emocional* que es de carácter multifactorial. Así la emoción produciría una experiencia, también llamada efecto subjetivo, una expresión corporal o efecto social, un afrontamiento o efecto funcional y un soporte fisiológico.

La experiencia subjetiva, son los sentimientos que produce la respuesta emocional. Por ejemplo, en el caso de la emoción del miedo se generaría aprensión,

malestar, desasosiego y sensación de pérdida de control o preocupación por la integridad física. En el caso de la tristeza que produciría desánimo, melancolía y pérdida de energía, produciendo el efecto subjetivo de desconsuelo, pesimismo y sentimientos de autocompasión. En nuestro caso, los sentimientos vinculados a la experiencia subjetiva de la ansiedad en el parto podrían ser aprensión, malestar, preocupación por la integridad física. Sin embargo, sentimientos vinculados a la experiencia subjetiva de empoderamiento durante el parto serían el optimismo, la alegría, la confianza, etc.

Otro factor derivado de la activación emocional es la expresión corporal, que se refiere a la comunicación y exteriorización de las emociones mediante la comunicación verbal y no verbal: gestos, cambios posturales, entonación de la voz etc. La exteriorización de emociones en el parto en relación a la expresión corporal principalmente se modula por la voz, desde gritar, a cantar, gemir, o incluso rugir.

Siguiendo el esquema, el afrontamiento se referiría a los cambios comportamentales que producen las emociones y hace que las personas se preparen para una determinada acción cuyo fin es adaptarse a una situación determinada. Son esfuerzos cognitivos y conductuales que manejan el individuo dentro de sus recursos para responder a las demandas externas e internas (Lazarus y Folkman 1993).

El afrontamiento se pondría en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados. Por ejemplo, la principal respuesta de afrontamiento para la emoción del miedo serían respuestas de escape o evitación de situaciones consideradas peligrosas, sin embargo, si la huida o el escape no es posible, también puede motivar a la persona a afrontar los peligros. En cualquier caso, la respuesta de afrontamiento frente al miedo siempre viene marcada por la función de protección e integridad de la persona (Fernández-Abascal y Palmero, 1999, p.13). Por lo que, en el parto, el afrontamiento puede pasar desde reacciones de huida, como gritar y poner resistencia muscular, hasta otro tipo de respuestas encaminadas a la búsqueda de integridad y confort (uso de pelota, agua, calor, movimientos fisiológicos, acompañamiento con la voz, etc.)

Por último, cuando nos referimos al soporte fisiológico del individuo, estamos hablando de todos los ajustes y modificaciones que se producen a nivel del sistema nervioso y endocrino, como respuestas en la función cardiaca, en el sistema

simpático y parasimpático y la activación de determinadas hormonas como la adrenalina o las endorfinas, producidas por determinadas emociones.

Durante el parto estas respuestas pueden ir desde la activación del sistema nervioso simpático, aumentando la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y liberando hormonas como la adrenalina, así como lo contrario, predominando el sistema nervioso parasimpático y liberándose endorfinas que producen relajación, adormecimiento entre contracciones y sensación de placer.

Volviendo al esquema general del desarrollo del Proceso Emocional según Fernández Abascal y colaboradores, el segundo filtro que controla la manifestación de las emociones estaría fundamentado en el *Aprendizaje y Cultura*. Este filtro es el responsable del control emocional, utilizando recursos como la inhibición, exageración o mediación. Este filtro ha sido denominado por la literatura como “Reglas Regulativas” (Levy, 1973), para indicar el modo y la forma adecuada de manifestar una emoción dentro de una cultura determinada para que sea aceptada y entendida por el colectivo social.

El proceso de socialización incluye la adquisición de un control interno y un control externo, y también una guía genérica de manifestación de las emociones dentro de un contexto cultural concreto. Estos mecanismos socioculturales de control emocional configurarían la respuesta emocional, bien incrementándola o bien produciendo un déficit en determinados componentes de esta respuesta. Esto se manifiesta en los *Efectos observables*, que constituyen el tipo de actividad movilizada en el afrontamiento. Pudiendo ser tanto a nivel cognitivo, conductual o motor. Donde se incluirían las respuestas fisiológicas del sujeto, su conducta motora, y su comunicación tanto verbal como no verbal.

El filtro cultural se exterioriza de forma explícita durante el parto, debido a que cada cultura tiene una guía genérica de manifestación de las emociones. Es decir, las “Reglas regulativas” (Levy, 1973), modulan las conductas de las mujeres durante el parto. Por ejemplo, las mujeres de cultura árabe tienen a gritar durante las contracciones, las españolas prefieren no hacerlo, considerándolo una conducta cargada de vergüenza social o *taboo*. Ocurre lo mismo con las posiciones adoptadas para parir, las posiciones de cuadrupedia, más fisiológicas para la evaluación del parto y el control

del dolor, son peor aceptadas culturalmente frente al decúbito supino, menos fisiológica, pero con mayor aceptación dentro de nuestra cultura. Es frecuente escuchar después del parto a una mujer sin epidural que ha adoptado una posición totalmente libre, la frase: “yo no quería parir en esta posición tan animal (...) he parido en la misma posición que las vacas.”

Como el control emocional impuesto por la cultura adquiere un papel funcional, se podría decir que tiene un carácter instrumental, ya que su objetivo último es comunicar de una manera efectiva las emociones individuales. A partir de este control emocional la persona irá desarrollando su propio estilo de afrontamiento, teniendo en cuenta también, que todo afrontamiento que ha sido utilizado con éxito en la resolución de una situación emocional, se volverá a utilizar de nuevo ante nuevas situaciones dando paso al aprendizaje por repetición de esa forma de afrontamiento.

Esta tendencia a generalizar los afrontamientos considerados útiles o inútiles para un individuo dentro de su contexto cultural, es lo que denominan los diferentes autores “estilos de afrontamiento”, es decir, “formas personales características ante la respuesta de las emociones dentro de un contexto cultural determinado” (Fernández-Abascal y Palmero, 1999, p.16), pudiendo englobarse estos estilos de afrontamiento dentro de tres grandes grupos tanto a nivel cognitivo como conductual: estilos de afrontamiento activo, pasivo, y los estilos de evitación.

Según esta clasificación, se podría afirmar que el estilo de afrontamiento de una mujer en un parto puede configurarse como un afrontamiento activo, basado en respuestas adaptativas y la responsabilidad en la toma de decisiones durante el proceso: *corresponsabilidad* (Ministerio de Sanidad, 2012). Un estilo pasivo, que delega totalmente las decisiones al ámbito de la institucionalización y los/las profesionales sanitarios/as (cuidados institucionalizados). O, por último, un estilo de evitación, basado en respuestas desadaptativas, con un alto contenido de ansiedad y activación del sistema nervioso simpático (Schimid, 2012). Estos tres estilos, serán discutidos posteriormente en el transcurso de la investigación

Por lo tanto, en base a lo anteriormente expuesto, el esquema de la representación del proceso emocional de las mujeres en el parto quedaría configurado de la siguiente manera, como se muestra en la Figura 2.

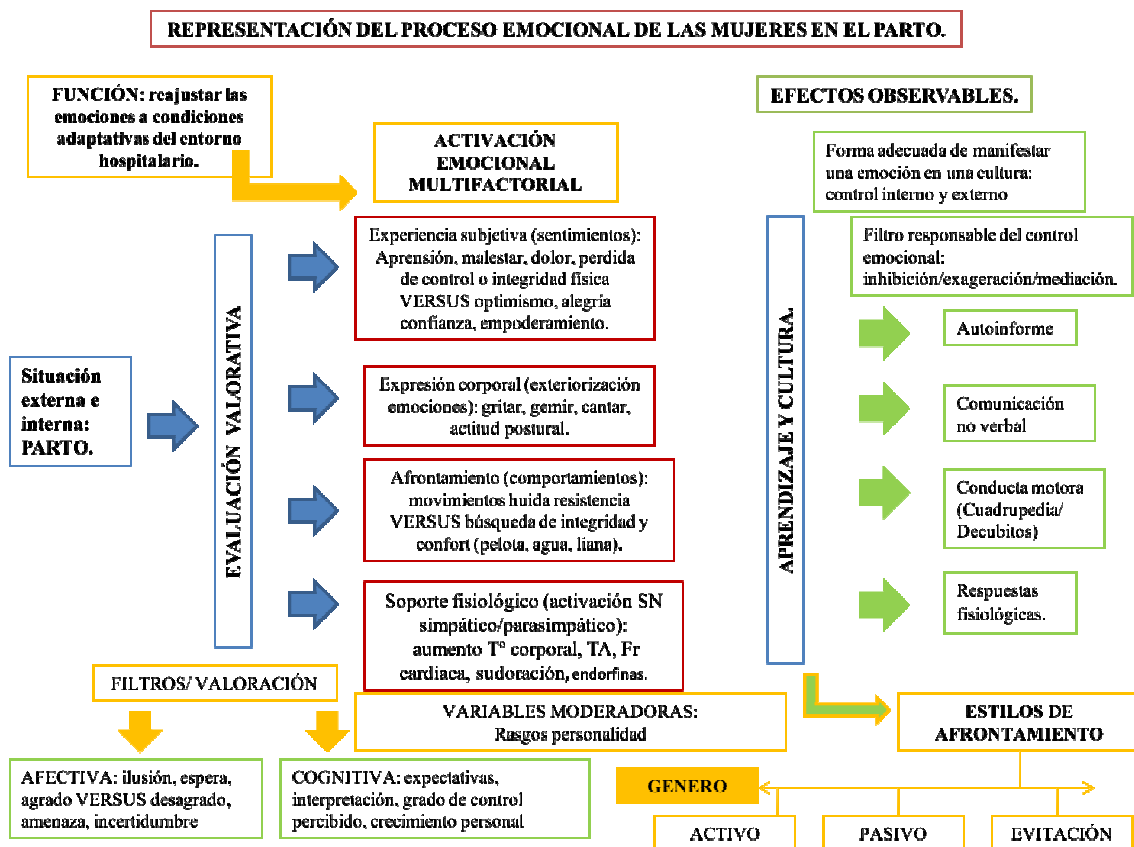


Figura 2. Representación del proceso emocional de las mujeres en el parto.

Según sea evaluada la situación, *parto*, tanto a nivel interno como externo (cultura), dará lugar a una serie de respuestas que modularán las emociones a nivel cognitivo, fisiológico y motor.

Por lo que, en el proceso emocional de las mujeres en el parto, se pueden manifestar sentimientos tanto positivos: como el optimismo y la alegría, como negativos: aprensión o malestar. Además, la capacidad de afrontamiento de cada mujer vendrá también determinada por la experiencia previa, si es que la ha habido, donde habrá desarrollado un estilo de afrontamiento propio, por la cultura a la que pertenece, muy influenciada por el Género, y por sus variables moderadoras tanto afectivas como cognitivas, así como sus características de personalidad propias.

En conclusión, la Teoría de la Conceptualización del Proceso Emocional, defiende que las modificaciones sobre el patrón prototípico de las emociones vienen marcadas por dos filtros principales: la Evaluación Valorativa y el Aprendizaje-Cultura. Por lo tanto, en nuestra investigación, se hace imprescindible el estudio de los factores

psicosociales y culturales dentro de una perspectiva de Género, en contexto en el que se produce el parto en los hospitales de nuestro país.

Como estos filtros son los responsables tanto de la adaptación como de la disfuncionalidad de las emociones a una nueva situación externa, el patrón de respuesta emocional se puede adaptar adecuadamente a las nuevas condiciones del entorno siendo efectivo e instrumentalmente adecuado para el individuo, o sin embargo, hacerlo de forma disfuncional, no adaptando la respuesta emocional a las nuevas condiciones del entorno y produciendo respuestas desadaptativas y perjudiciales para la salud de la persona (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

En este caso se podrían diferenciar dos situaciones determinadas, la primera se produciría cuando el primer filtro origina una respuesta desadaptativa y el segundo no es capaz de controlar la manifestación de la respuesta emocional, desarrollándose entonces problemas clínicos debidos a causas emocionales.

El segundo caso, haría referencia a la situación producida cuando tanto el primer como el segundo filtro actúan de modo disfuncional, entonces se producen los problemas de salud.

Por lo tanto, se podría afirmar que las emociones además de cumplir una función socializadora, están íntimamente relacionadas con el proceso salud-enfermedad, ya que tienen cualidades motivacionales y capacidad para modificar conductas saludables o no saludables que desemboquen en problemas de salud (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999, p.69). De esta manera se podría concluir, que generalmente las emociones más influyentes para producir problemas en la salud son: el miedo, la ansiedad, la ira, la hostilidad, la tristeza y la depresión. Pero también hay que tener en cuenta al hablar de problemas de salud, el proceso adaptativo del estrés, que guarda alta relación con todos los procesos emocionales, dando lugar a respuestas positivas y negativas, entremezclando estas. Por lo que no es posible abordar el estudio de las emociones y la salud sin tener en cuenta el estrés, ya que cuando el individuo no dispone de una forma de afrontamiento adecuada se produce de forma automática la respuesta de estrés (Fernández-Abascal y Palmero, 1999, p.18).

A continuación, se desarrollaran conceptualmente las emociones que atañen al objeto de estudio de la presente investigación, para intentar clarificar de una

manera más efectiva los conceptos de Ansiedad, Miedo, Preocupación y Estrés dentro del contexto del proceso de parto analizado desde la perspectiva de Género.

5.2 **Conceptualización de la Ansiedad.**

Como ya se ha comentado existe una relación directa entre las emociones, sobre todo las negativas, y el estado de salud-enfermedad de las personas. Dentro de las emociones negativas, la ansiedad está considerada como estado emocional asociado a mayores trastornos psicofisiológicos (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1994; Cano-Vindel et al., 1999).

A lo largo de la historia las investigaciones en el área de la Ansiedad se han encontrado principalmente con dos grandes problemas. Por un lado, la ambigüedad conceptual del constructo formulada por las diferentes escuelas psicológicas, ya que se han establecido diferentes definiciones tanto desde la perspectivas: psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y hasta las recientes teorías cognitivo-conductuales. Por otro lado, los problemas metodológicos para abordar la ansiedad de forma operativa, estudiada históricamente como reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad y estado o síntoma.

Autores como Miguel-Tobal y Casado (1999) afirman que existe una gran confusión terminológica. Bajo la etiqueta de Ansiedad, la literatura ha utilizado indistintamente términos como angustia, estrés, miedo, preocupación, etc. En consecuencia, son muchos los autores que han tratado de concretar las diferencias entre estos términos, aunque en la práctica se siguen utilizando frecuentemente como términos intercambiables (Lazarus, 1966; Ansorena, Cobo y Romero, 1983; Casado, 1994).

Por lo tanto en los siguientes apartados del Capítulo, pretendemos realizar una aproximación al término Ansiedad, así como discernir entre los conceptos que históricamente se ha utilizado de manera sinónima, además de realizar un recorrido histórico sobre la evolución que ha experimentado este concepto según las diferentes corrientes de pensamiento, para una mejor comprensión y utilización del concepto a lo largo de nuestra investigación.

5.2.1 Ansiedad y Miedo.

La ansiedad es un estado emocional muy similar al miedo que surge en una situación concreta que la persona percibe como negativa, una alarma o una situación ambigua de resultado incierto. Esto produce la activación del sistema nervioso simpático y es el desencadenante de una serie de respuestas a nivel cognitivo, fisiológico y motor (Cano Vindel, 2002).

La ansiedad también podría definirse como el *arousal* provocado específicamente por una percepción de peligro, considerando *arousal* como una reacción del organismo ante cualquier forma de estimulación intensa, es decir, un nivel general de activación (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.94).

La principal diferencia entre los términos miedo y ansiedad, es que el primero constituye una reacción emocional producida por un peligro presente e inminente, en cambio la ansiedad es más bien una respuesta de anticipación de peligro futuro, indefinible e imprevisible. La ansiedad es el miedo sin objeto real (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.92). Sin embargo, esto no siempre se cumple en todos los casos, ya que la ansiedad a veces está asociada a estímulos concretos, como ocurre en el caso de la ansiedad social.

Por lo tanto, se podría afirmar que la principal diferencia entre ansiedad y miedo está la proporcionalidad de la reacción ante el estímulo. Es decir, que la reacción del miedo ante un peligro real sería proporcional a éste, mientras que la reacción de ansiedad es tan intensa que no sería proporcional en relación a la supuesta peligrosidad del estímulo que la genera.

Además, la ansiedad produce una respuesta mantenida en el tiempo que se activa con gran facilidad. El aspecto crónico de la respuesta, conlleva a que si la persona se ve expuesta en un periodo relativamente corto de tiempo a repetidas situaciones de miedo esto daría lugar al desarrollo de la actitud cognitiva de la ansiedad (Fernández-Abascal y Palmero, 1999, p.11).

La concordancia en la intensidad entre la reacción emocional y la amenaza real que para el organismo supone el objeto o la situación externa, o la *proporcionalidad al estímulo* (Cano Vindel, 2002), será diferente entre el miedo y la ansiedad.

Así, el miedo será una reacción proporcionada a un peligro objetivo, mientras que la ansiedad es una reacción emocional desproporcionadamente intensa. En consecuencia, las respuestas producidas por el miedo son adaptativas, generadas por situaciones consensuadas como peligrosas para toda la humanidad. En el caso de la ansiedad, estas respuestas de evitación no siempre serán adaptativas, ya que el organismo responde a hechos que se interpretan de manera distinta en cada persona y pueden llegar a ser irracionales.

Sin embargo, esta diferenciación entre los conceptos miedo y ansiedad, referida exclusivamente al peligro objetivo que supone un estímulo, en ocasiones no es muy explicativa del problema, debido a que un estímulo puede ser interpretado por algunos individuos como un peligro real y en cambio por otros individuos este mismo estímulo puede ser interpretado como un estímulo neutro no amenazante.

Para nuestra investigación, por ejemplo, si usamos como estímulo externo: el proceso de parto, para algunas mujeres éste puede significar un peligro hacia la integridad física desproporcionado y para otras un suceso neutro teniendo una significación positiva, como algo sencillo, no dañino, natural o sexualmente positivo (Gutman, 2007). Por lo tanto, no sería la peligrosidad objetiva sino *la percepción subjetiva de peligrosidad*, la desencadenante de la reacción, coincidiendo en esta matización la totalidad de las orientaciones actuales sobre el estudio de la ansiedad (Casado, 1994).

5.2.2 Ansiedad y Estrés.

Al igual que la Ansiedad, históricamente la mayoría de los/as autores/as han limitado el término Estrés exclusivamente a las características objetivas del estímulo externo. Para Spielberger (1976) el término Estrés hace referencia a las propiedades objetivas de los estímulos y el término Miedo se refiere a la percepción que realiza la persona sobre una situación peligrosa para ella. Ambos elementos llevarían finalmente a la reacción de la ansiedad.

Desde la Psicofisiología se ha puesto el énfasis en los aspectos fisiológicos de la respuesta de estrés, considerando la ansiedad como el puro sentimiento subjetivo asociado al estrés.

Autores como Taylor (1986) marcan la diferencia de ambos términos en la distinción de situación-reacción. El estrés haría referencia exclusivamente a la situación emocional, mientras que la ansiedad junto con otras emociones como la ira o la depresión se consideraría una reacción concreta ante eventos adversos estresantes objetivos.

Lazarus (1966) conceptualiza la ansiedad como una emoción de estrés junto con la ira, la depresión, la culpa y los celos. Las emociones del estrés incluyen tres grandes componentes: afecto subjetivo o experimentado, acción o impulso hacia la acción, y cambios fisiológicos.

Sin embargo, desde la perspectiva actual de la ansiedad, podríamos decir que los términos ansiedad y estrés son términos diferenciados cuando se trabaja de forma parcelada con ellos, poniendo énfasis en determinados elementos considerados de uno u otro de forma puntual, ahora bien, cuando se trabaja de forma global, podemos afirmar que ambos términos han ido integrando elementos compartidos siguiendo líneas totalmente paralelas (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.96).

Así, se considera que todas aquellas alteraciones asociadas al estrés forman parte del componente fisiológico, motor y cognitivo de la respuesta ansiosa. Pudiendo englobarse en esta definición los tres grandes componentes defendidos por Lazarus que incluyen todas las emociones de estrés (afecto subjetivo o experimentado, acción o impulso hacia la acción, y cambios fisiológicos). Bensabat (1987, p.56), sostiene que la ansiedad y el estado de estrés crónico se confunden: “La ansiedad es una causa de estrés y el estrés crónico es causa de ansiedad.”

5.2.3 Ansiedad y preocupación.

Uno de los problemas actuales de la utilización científica del término preocupación es su solapamiento con otros conceptos, por ejemplo, con el Estado de ansiedad, o desde una perspectiva multidimensional, la preocupación podría entenderse como el componente cognitivo de la ansiedad, o al menos, como una respuesta cognitiva dentro de dicho componente (Prados Atienza, 2005).

El término preocupación, designa una actividad cognitiva mediante la cual se hace presente que la posibilidad de anticipación de un suceso negativo produzca un resultado emocional de dicha actividad cognitiva. Este resultado emocional puede ser

ansiedad, pero también podría ser: frustración, irritabilidad, confusión, tristeza ó enfado, o incluso no producir ninguna reacción emocional (Prados Atienza, 2002).

La utilización científica del término preocupación proviene de la tradición médica, que comenzó definiéndola como un “exceso de atención” (Saleeby, 1907, p. 5) que puede convertirse en un hábito y originar enfermedad. Sin embargo, desde la concepción unidimensional del término ansiedad propuesta por el psicoanálisis, la ansiedad deja de ser un resultado de la preocupación, pasando a considerarse lo mismo y produciéndose una identificación conceptual de ambos términos, más específicamente, la ansiedad pasaría a ser una proyección de la preocupación: “*la preocupación no es sino el intento por hacer manejable la ansiedad existencial*” (Lazarus, 1991, p. 238). En consecuencia, Spielberger (1972) define ansiedad-estado, entre otras cosas, como un estado de preocupación.

Posteriormente, con la consideración multidimensional de la ansiedad, se sustituye la concepción del término preocupación como sinónimo de ansiedad, por la preocupación como componente de la misma. Lo cual es muy importante, porque esta concepción sitúa a la preocupación dentro del componente cognitivo de la ansiedad. La preocupación es una respuesta clasificable del sistema cognitivo de la ansiedad, aunque no agota todo el componente cognitivo, por lo tanto, la preocupación es la respuesta cognitiva, dentro de dicho componente (Prados Atienza, 2005).

Además, actualmente hay una tendencia a considerar la preocupación, como *antecedente* antes que como *resultado*, por lo que el fenómeno de la preocupación queda concebido como *proceso de solución de problemas* planteado por Borkovec (Prados Atienza, 2002).

Con las investigaciones de Borkovec (1985) podría decirse que comienza el estudio moderno de la preocupación (Prados Atienza, 2005). Este autor intenta explicar la preocupación en sí misma, aplicando el método experimental, y la manipulación directa con el control de variables. Induce preocupación en los sujetos para estudiar el fenómeno y evaluar el efecto temporal de la preocupación, así mismo la tendencia a la preocupación que tiene cada persona (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, et al., 1983).

La preocupación desde esta perspectiva queda definida como el “*intento de solucionar mentalmente un problema o un asunto cuyo resultado es incierto pero contiene la posibilidad de una o más consecuencias negativas*” (Borkovec, et al., 1983, p. 10), poniendo el énfasis en el proceso de resolución de problemas más que en las consecuencias de estos problemas entre las que podría estar la ansiedad, o como ya se ha comentado otros resultados emocionales como la frustración, la tristeza, el enfado, o incluso ninguna reacción emocional.

Según sus resultados, preocuparse conlleva un aumento de las representaciones proposicionales frente a las analógicas, por lo que la preocupación pasaría a ser el intento de inhibir por medio de actividad conceptual las consecuencias emocionales que siguen a las imágenes de miedo (Borkovec e Inz, 1990).

Por lo tanto, la preocupación es entendido como un proceso de “evitación emocional”, o “evitación cognitiva”, suprimiendo algunas respuestas que producen las imágenes mentales amenazantes (Borkovec, Lyonfields, Wiser et al., 1993), donde el mantenimiento de la preocupación se explicaría porque dicha evitación impide el procesamiento adecuado de la estructura cognitivo-afectiva del miedo (Prados Atienza, 2002, p.172).

En esta línea, la preocupación podría concebirse como un inadecuado estilo de afrontamiento centrado en el problema (Davey, 1992). Sin embargo, mientras que la preocupación excesiva suele ser desadaptativa, la preocupación también puede ser una estrategia funcionalmente adaptativa que facilita la realización de tareas y la solución de problemas (Sandin, Chorot, Valiente et al., 2009). Esta concepción de la preocupación como un proceso de solución de problemas (Borkovec, et al., 1983), implica que el constructo *preocupación* está más cercano al constructo *solución de problemas* más que el de ansiedad (Zebb y Beck, 1998).

Partiendo desde la perspectiva del proceso de solución de problemas (Borkovec, et al., 1983), en este tratado se utilizará la preocupación como: “*una actividad cognitiva que se inicia ante la posibilidad de un suceso negativo, se orienta, con éxito o sin él, hacia la prevención de dicho suceso ó de sus consecuencias, y puede conllevar una experiencia subjetiva de perturbación*” (Prados Atienza, 2002. p. 29).

En nuestra investigación la actividad cognitiva vendrá medida en forma de preocupación previa al parto y ansiedad cognitiva de la embarazada a término, y el suceso previsiblemente adverso serán los 16 factores de preocupación intra-parto en el parto hospitalarios que la literatura marca como principales y que quedarán desarrollados posteriormente en el punto 5.7 (Georgsson Ohman et al., 2003; Green et al., 2003; Bailham et al., 2004; Cheung et al., 2007; Petersen, Paulitsch, Guethlin et al., 2009; Redshaw, et al., 2009; Dencker et al., 2010).

5.2.4 La Sensibilidad a la ansiedad.

La Sensibilidad a la ansiedad se define como el miedo a los síntomas de ansiedad (Sandin, Chorot y McNally, 2001; Clark y Beck, 2012; Ramos Cejudo, 2011), miedo que es debido a la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones poseen consecuencias peligrosas o dañinas (Reiss, Peterson, Gursky et al., 1986; Sandin, Chorot, Valiente, et al., 2004). Constituye una disposición a desarrollar ansiedad que no requiere una experiencia previa de ansiedad (Fernández Valdés, 2015).

Este constructo psicológico se desarrolla por Reiss y colaboradores (1986), para ellos, la situación que se produce cuando un sujeto, a diferencia de otros, relaciona una serie de sensaciones con la ansiedad, magnificando esas sensaciones y temiendo por los síntomas físicos, cognitivos y de carácter social es lo que conoce como sensibilidad a la ansiedad (Reiss, Peterson, y Gursky, 1988; Fernández Valdés, 2015).

Por lo tanto, la Sensibilidad a la ansiedad representa un factor de vulnerabilidad de la personalidad, donde los aspectos cognitivos adquieren un relieve destacado en referencia a los trastornos de ansiedad. De esta manera, la Sensibilidad a la ansiedad se considera una variable de personalidad que hace que el sujeto amplifique las reacciones de miedo derivadas de la interpretación que éste hace de las sensaciones o situaciones físicas, cognitivas y/o sociales (Fernández Valdés, 2015).

Sin embargo, la Sensibilidad a la ansiedad queda constituida como una variable de personalidad diferenciada de la ansiedad Rasgo (Sandín et al., 2002). Mientras que el Rasgo de ansiedad es la tendencia a experimentar ansiedad, ante cualquier situación estresante, la Sensibilidad a la ansiedad es la tendencia a experimentar miedo o ansiedad a los propios síntomas de ansiedad (Sandín, Valiente, Chorot, et al., 2007). Las personas pueden tener un elevado Rasgo de ansiedad

(tendencia a experimentar ansiedad ante cualquier situación estresante), pero no experimentar miedo a las sensaciones de ansiedad (Sandín, et al., 2004).

Existe bastante evidencia en la que se asocia la Sensibilidad a la ansiedad con la vulnerabilidad a sentir miedo. Para Reiss (1991) los sujetos que experimentan una elevada sensibilidad a la ansiedad evidencian una amplificación en sus respuestas ante los estímulos provocadores de ansiedad, viviendo estos síntomas de forma especialmente aversiva. Por lo que, las altas puntuaciones en Sensibilidad a la ansiedad se relacionan con un elevado riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad (Reiss, 1991; Sandín, et al., 2004; Ramos Cejudo, 2011; Fernández Valdés, 2015)

El concepto de Sensibilidad a la ansiedad (SA) es un aspecto central de la teoría de expectativa de la ansiedad (Reiss, 1991). Existe un consenso entre los autores que describen tres componentes de SA (SA-somática, SA-cognitiva y SA-social) que permiten describir este constructo de forma multidimensional (Sandin, Valiente, Chorot, et al., 2005). Los autores actualmente defienden una estructura jerárquica de la SA, consistente esta en un factor de orden superior por encima de los tres factores de primer orden: SA- somática, que se relaciona con el miedo a los síntomas físicos de ansiedad, SA-Cognitiva, con el miedo al descontrol cognitivo y SA-Social, con el miedo a las reacciones observables de ansiedad (Sandín, et al., 2004; 2007).

El hecho de que existan tres componentes de SA que son al menos parcialmente distintos (SA-somática, SA-cognitiva, y SA-social), permite relacionar estas dimensiones primarias con otros constructos psicológicos de la ansiedad. Mientras que la SA-somática parece estar más relacionada con el trastorno de pánico, la SA-social presenta una relación más estrecha con la fobia social y la SA-cognitiva presenta una cierta asociación con la depresión mayor (Sandín, et al., 2004).

Por otro lado, un área de particular interés actual es la que relaciona la Sensibilidad a la ansiedad con el dolor. Los individuos con SA elevado tienen más probabilidades de interpretar los síntomas somáticos como aversivos o peligrosos y por lo tanto puede ser propenso a más negativo o interpretaciones catastróficas de las sensaciones del dolor (Ocañez, Kathryn McHugh, y Otto, 2010).

Numerosos estudios han demostrado que la Sensibilidad a la ansiedad está significativamente correlacionado con miedo al dolor (Asmundson, y Norton, 1995;

Asmundson, Norton, y Veloso, 1999; Greenberg y Burns, 2003). Desde esta perspectiva, los componentes de los modelos de dolor crónico, incluirían factores como la sensibilidad a la ansiedad, el miedo al dolor, la mala adaptación, las cogniciones propias y la evitación, factores que pueden ajustarse mejor a lo que se conoce actualmente como la etiología y el mantenimiento del dolor. Además, algunos estudios indican que existe un efecto moderador de Género, de tal manera que la asociación entre la Sensibilidad a la ansiedad y el dolor es mayor para las mujeres que para los hombres (Keogh y Birkby, 1999; Keogh, Hamid, Hamid, et al., 2004).

Modelos de la asociación entre Sensibilidad a la ansiedad y el dolor enfatizan la importancia del miedo al dolor en la experiencia del dolor. Estos modelos sugieren que una SA elevada amplifica el miedo al dolor, evitación y el consiguiente aumento del dolor (Ocañez, et al., 2010), lo que podría estar muy relacionado con la experiencia del dolor vivida en el parto. Las mujeres con una alta Sensibilidad a la ansiedad, tendrían aumentadas las cogniciones catastróficas sobre el dolor, produciendo una mayor respuesta de evitación y miedo.

Un meta-análisis en relación a esta idea (Ocañez, et al., 2010), sugiere que niveles de Sensibilidad a la ansiedad están asociados con un mayor temor al dolor, y por consiguiente asociado con falta de comportamientos adaptativos relacionados con el manejo del dolor. En relación con el parto estos comportamientos son por ejemplo: evitación, resistencia, tensión, huida y pasividad, o conductas de evasión inadaptadas, esto origina una amplificación de la experiencia dolorosa asociada con interpretaciones temerosas. Por lo tanto, la asociación entre la Sensibilidad a la ansiedad de la embarazada y el dolor experimentado durante el parto tiene una gran relación, que conlleva una gran repercusión para el tratamiento del mismo.

En conclusión, los constructos del miedo, la ansiedad y la preocupación están relacionadas con el dolor y la Sensibilidad a la ansiedad, constituyéndose como constructos distintos pero interrelacionados. Por lo que será necesario no sólo su conceptualización teórica, sino también su consideración experimental para poder identificar las causas que generan ansiedad y preocupación previas al parto en las gestantes de nuestro medio.

Una vez realizada esta primera aproximación terminológica al concepto de ansiedad, y su matización con otros conceptos similares, a continuación, se pretende desarrollar un recorrido histórico sobre los diferentes enfoques que han marcado la evolución del concepto de ansiedad, para así poder entender los instrumentos y las variables que posteriormente serán utilizadas para medirla de una forma experimental.

5.3 Recorrido histórico de los diferentes enfoques sobre la Ansiedad.

Según los autores, se podría establecer una separación teórica en dos periodos principales sobre la evolución sufrida por el concepto de ansiedad a lo largo de la historia. Por un lado, el primer periodo se extendería hasta los años sesenta, destacando tres grandes escuelas: la Psicodinámica y Humanista; el Conductismo clásico y el enfoque Experimental-motivacional (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

Sin embargo, en el segundo periodo que se desarrollará a partir de los años sesenta, el estudio de la ansiedad cobrará una nueva perspectiva aportando el estudio del término desde el enfoque de la personalidad, desarrollando las teorías rasgo-estado, introduciendo las variables cognitivas y modificando la concepción unitaria de la ansiedad (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.96).

5.3.1 Escuela Psicodinámica y Humanista.

El termino Ansiedad no se incorpora definitivamente a la psicología hasta 1926, con la publicación de la obra de Freud: “Inhibición, síntoma y angustia”. Es en ese momento donde las teorías de Freud sobre la ansiedad cobran gran repercusión europea a principios del siglo XX (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

Freud establece una diferenciación de tres tipos principales de Ansiedad. En primer lugar, la *Ansiedad Real* aparecerá en las relaciones del yo con el mundo exterior, constituyéndose como una señal de advertencia ante un peligro real situado fuera del sujeto. Por otro lado, la *Ansiedad Neurótica*, aparecerá cuando el yo intente satisfacer los instintos del ello. Y por último la llamada *Ansiedad Moral* que hará referencia al superyó presionando al sujeto ante la amenaza de que el yo pierda el control sobre los impulsos e instintos, apareciendo el sentimiento de vergüenza.

Además de Freud aparecen las escuelas humanistas, que concederán un papel central al concepto de ansiedad considerando a la misma como un resultado de una percepción del peligro por parte del sujeto (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.96).

5.3.2 El enfoque Experimental-motivacional y el Conductismo clásico.

Frente al enfoque establecido por el psicoanálisis aparecerán nuevos modelos que pretenden abordar la ansiedad de una forma más experimental. La ansiedad será definida principalmente como un subtipo de miedo en forma de impulso (drive) aprendido (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994). Watson y la escuela conductista conceptualizarán la ansiedad como una respuesta conductual y fisiológica a una respuesta externa del sujeto. Esta respuesta es condicionada y aprendida y motiva la conducta del sujeto.

Siguiendo esta línea, Hull (1952), definirá la ansiedad como un impulso motivacional responsable de emitir respuestas en el sujeto. Los autores parten de una concepción ambientalista, buscando la objetividad y el tratamiento del término desde el punto de vista experimental.

Así, el enfoque conductual, supone un gran avance en el estudio de la ansiedad porque ayuda a su operativización. Considerándola un estado o respuesta emocional transitoria evaluable en función de sus antecedentes y consecuentes y de la cual puede determinarse su frecuencia y duración (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

5.3.3 Aportaciones desde el enfoque de la personalidad: primeras teorías Rasgo-Estado.

Ya ha sido comentado anteriormente, que a partir de los años sesenta se marca un antes y un después en el estudio del término Ansiedad. La diferencia principal proviene del estudio del término desde el campo de la personalidad, distinguiéndose tres teorías muy influyentes sobre la conceptualización de la ansiedad.

En primer lugar, Spielberger (1972) desarrolla íntegramente las Teoría Rasgo-Estado, partiendo de las formulaciones de Cattell y Scheier en 1961. Estos autores, se centran principalmente en el concepto de Rasgo de ansiedad definido como disposición interna o tendencia temperamental que tiene el individuo a reaccionar de forma ansiosa. Considerando desde esta perspectiva, la ansiedad, como factor de

personalidad. Frente al Rasgo, Cattell defiende el estado como una condición transitoria que fluctúa en el tiempo, es decir, procesos motivacionales que el autor denomina “rasgos dinámicos” (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

Posteriormente, a partir de la década de los 60, aparecen una serie de cambios que revolucionarán el concepto de ansiedad: aportaciones desde el enfoque de la personalidad, modificación de la concepción unitaria de la ansiedad y relevancia de las variables cognitivas. Desde la perspectiva de la ansiedad en el campo de la personalidad, el desarrollo de la *Teoría Rasgo-Estado de Spielberger*, las *Teorías Situacionistas* y las *Teorías Interactivas*, serán las aportaciones más destacadas (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

Para Spielberger todo estudio de ansiedad tanto desde el punto de vista conceptual como operativo, debe partir de esta diferenciación. Por un lado considera que el Estado de ansiedad, es un estado emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Por lo tanto, la ansiedad Estado es subjetiva y circunstancial. Es decir, el nivel que puede adquirir la ansiedad Estado estará determinado por la interpretación subjetiva que realiza el individuo ante un estímulo externo, sea éste un peligro objetivo o no. Por otro lado, el Rasgo de ansiedad es una característica intrínseca del individuo (Miguel Tobal y Casado, 1999).

Spielberger hace referencia a la tendencia individual que tiene cada sujeto a reaccionar de forma ansiosa. Estaría dentro de las características de personalidad de cada sujeto, siendo un elemento relativamente estable para cada persona. En función del Rasgo de ansiedad individual los sujetos percibirán estímulos situacionales con grados diferentes de amenaza, y tendrán una tendencia determinada para responder con mayor o menor nivel de ansiedad estado. Es decir, el Rasgo de ansiedad influye directamente en el Estado de ansiedad, ya que el Rasgo puede considerarse como resultado de las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia e intensidad con la que el Estado de ansiedad se va manifestando ante las circunstancias externas.

Las principales aportaciones de la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger son la clarificación y profundización en la distinción, ya sugerida por Cattell y Scheier, aportando una definición más precisa de ambos conceptos. En segundo lugar, desarrolla un instrumento de evaluación (STAI). En tercer lugar, aporta gran relevancia a las

variables cognitivas y, por último, pone sobre la mesa la necesidad de analizar las características de las condiciones del estímulo que evocan diferentes niveles de estado de ansiedad en individuos que difieren en cuanto al rasgo de ansiedad. Elemento responsable de la progresión de la Teoría de Spielberger a enfoques más interactivos (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

La segunda teoría influyente sobre la conceptualización de la ansiedad en la segunda mitad del siglo XX, es la *Teoría Situacional*. Autores como Mischel (1968) mantienen la idea de que la ansiedad depende directamente de la situación, más que de las variables de personalidad. La teoría situacional sigue la línea de la escuela conductista: la conducta de ansiedad es aprendida por condicionamiento clásico, operante o aprendizaje vicario. Así el enfoque situacionista pone el énfasis en el estudio de las variables ambientales, como determinantes en la conducta de ansiedad.

Si bien la Teoría de Rasgos defiende que los determinantes de la conducta son internos al sujeto, la Teoría Situacional argumenta que la conducta está totalmente determinada por la situación (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

Por lo tanto, tras las duras críticas realizadas por autores como Mischel en 1968 a las Teorías Rasgo-Estado, negando que las conductas estén determinadas exclusivamente por factores internos, y los posteriores argumentos del enfoque situacionista, convirtiendo a los estímulos ambientales en los únicos responsables del comportamiento, aparecen finalmente las *Teorías Interaccionistas* de la mano de autores como Bowers, Ender y el propio Mischel (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

Este tercer enfoque pretenderá conjugar las aportaciones realizadas por los dos modelos anteriormente citados. La línea de pensamiento llamada: Teorías Interactivas defenderá que la conducta ansiosa viene determinada por la interacción entre las características de la personalidad de cada individuo y las condiciones situacionales. Por sí solo, ningún factor personal ni situacional de manera aislada determina la conducta individual (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

Las Teorías Interactivas explican la ansiedad en función de las características personales, las condiciones de la situación, y principalmente la interacción de cada persona con cada situación particular. Es decir, que toda reacción de

ansiedad dependerá de una interacción entre el rasgo del sujeto y las características estresantes de una situación ambiental (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002), estableciéndose la secuencia enunciada por Bermúdez (1968), donde cualquier manifestación puntual (Estado) de ansiedad es consecuencia de la interacción entre una predisposición o Rasgo existente en el individuo y las características de la situación en que tiene lugar la conducta.

Gracias a las aportaciones de las Teorías Interactivas, la ansiedad pasará a ser entendida de forma multidimensional, defendiendo la existencia de áreas situacionales específicas ligadas a diferencias en cuanto al Rasgo de ansiedad. En consecuencia, se formulará la *Teoría Interactiva Multidimensional de la Ansiedad* (Endler y Okana, 1975), en la que el Rasgo de ansiedad es concedido de forma multidimensional, siguiendo la Hipótesis de Congruencia de Endler (1977) que afirma que es necesario que el Rasgo sea congruente con la situación amenazante para que la interacción rasgo-situación provoque un estado de ansiedad (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.99).

En esta línea, Endler y Magnusson (1976) señalan que los elementos básicos de la interacción persona-situación son: la conducta actual, el individuo como agente activo, los factores cognitivos y motivacionales como determinantes y el significado psicológico que la situación tiene para el sujeto. Es decir, que la situación influirá en la conducta dependiendo de la interpretación y la percepción del sujeto, por lo que las diferencias individuales en el comportamiento serán derivadas de la conjunción persona-situación.

Cuanto más definida sea una situación, mayor determinación tendrá el comportamiento individual, pasando las características personales a un segundo plano. Pero, sin embargo, a medida que la situación tenga una mayor ambigüedad y menor precisión, las características personales serán las que mejor expliquen el comportamiento del sujeto (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994; Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

5.4 La Teorías Multidimensionales de la Ansiedad: desde el enfoque neoconductista hasta la Teoría Tridimensional de Lang.

Ya ha sido comentado que hasta los años sesenta la concepción de la ansiedad como activación general había sido el pilar de casi todas las líneas teóricas. En consecuencia, la ansiedad era entendida como un constructo unitario resumido desde una perspectiva causa-efecto.

Sin embargo, a partir de la década de los sesenta con la introducción de las variables cognitivas por parte del neoconductismo este concepto unitario se empezará a considerar ineficaz y poco explicativo de la totalidad del problema. El concepto de ansiedad deja de ser considerado un fenómeno exclusivamente periférico para cobrar una significación central y cognitiva. Poniéndose el relieve en la necesidad de abordar la ansiedad desde una perspectiva multidimensional (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

En consecuencia, en esta década aparecerán formulaciones como la de Beck (1961, 1976) y Meichenbaum (1977), que enfatizan la relevancia de los procesos cognitivos. A parte, adquirirán mucha influencia las formulaciones sobre la explicación del estrés y los procesos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984, 1986). Basadas en la importancia de las variables cognitivas como forma de interpretar y afrontar las situaciones problemáticas.

Por tanto, las variables cognitivas alcanzarán un papel prioritario en la concepción actual de la ansiedad, desmontando el anterior paradigma causa-efecto, y dando lugar a la aparición del *Enfoque cognitivo-conductual*. El nuevo paradigma defenderá que los procesos cognitivos intervienen en el reconocimiento de la señal aversiva y posteriormente la respuesta ansiosa. Este enfoque aparecerá con fuerza en el campo de la Psicología y desmontará el paradigma anterior que se utilizaba de forma generalizada para entender la ansiedad, partiendo de una argumentación mecanicista causa-efecto.

Las formulaciones cognitivas compartirán cuatro supuestos básicos (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994):

- Las expectativas de peligro median la respuesta de ansiedad.

- El condicionamiento clásico o aversivo, no es necesario ni suficiente para producir ansiedad. Es decir, una expectativa de peligro generadora de ansiedad puede desarrollarse sin necesidad de un condicionamiento aversivo previo. Por eso se explica que mujeres que no han parido nunca tengan elevada la ansiedad antes del parto.
- Las expectativas de peligro pueden generarse a partir de tres procesos de aprendizaje distintos: el condicionamiento clásico, la observación y la transmisión de información. Por lo que entra en juego de una manera directa el contexto y discurso cultural.
- La magnitud de la ansiedad covaría con la probabilidad subjetiva de peligro. De esta manera una débil expectativa de peligro, dará lugar a un nivel de ansiedad poco intenso.

Se podría afirmar que el Enfoque cognitivo dentro de las aportaciones neoconductistas serán el inicio de los actuales enfoques multidimensionales de la ansiedad, modificando la concepción unitaria del concepto de ansiedad. Además, es cada vez más aceptada la idea de tres sistemas de respuesta, según los cuales la ansiedad se manifestará de diferentes formas (cognitiva, fisiológica y motora). Perfilándose así la idea del triple sistema de respuesta de respuestas que será la clave para el desarrollo de las Teorías Multidimensionales (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.99).

Así, una de las teorías que con mayor fuerza se impone para la explicación de la ansiedad como constructo multidimensional, será la propuesta inicialmente por Lang (1968) conocida como *Teoría Tridimensional de la Ansiedad*, modelo teórico que tomaremos como punto de partida en nuestra investigación para el estudio de la ansiedad de las gestantes antes del proceso de parto.

Lang (1968) plantea que la ansiedad no debe ser considerado un patrón unitario de respuesta, sino un triple sistema de respuesta, en el que interactuarán las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, o lo que es lo mismo, subjetivo o experiencial, fisiológico o somático y motor o expresivo (Lang, 1979). La ansiedad definida en estos términos, engloba una serie de respuestas que supone una combinación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras producidas por un estímulo identificable (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994), respuestas que pueden o no mostrar una escasa correlación, por lo que no siempre se encuentran respuestas de intensidad similar en los

tres canales de respuesta ante una emoción, de ahí que se piense que se tratan de tres sistemas parcialmente independientes (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999, p.70).

Esta escasa correlación encontrada entre los tres sistemas (desincronía o fraccionamiento de respuestas) es la base central de las aportaciones de Lang sobre los tres canales de respuesta, señalando lo poco útil y explicativo que resulta la utilización de la ansiedad como término unitario y la necesidad de utilizar el término ansiedad especificando el sistema al que se hace referencia (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994; Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

Dicho de forma más sencilla, la ansiedad como reacción emocional desagradable que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza, comprende un conjunto de respuestas que pueden clasificarse dentro de tres niveles de respuesta: el cognitivo-subjetivo (la experiencia); el fisiológico (los cambios corporales) y el motor (conductual-observable) que, aunque relacionados pueden funcionar a veces de forma independiente (Cano-Vindel, 2002, p.36).

Así, a nivel cognitivo la ansiedad se experimenta como preocupación, hipervigilancia, tensión, temor y dificultades para tomar decisiones o para concentrarse. A nivel fisiológico se caracteriza por la activación del Sistema Nervioso Autónomo, el Sistema Nervioso central, el Sistema endocrino y el Sistema inmune. De todos los cambios corporales, se puede percibir alguno como taquicardia, sudoración en manos, sequedad en boca, náuseas, etc. La persistencia de estos desordenes psicofisiológicos durante mucho tiempo puede provocar alteraciones crónicas, como las migrañas, el insomnio, la disfunción eréctil o las úlceras gastroduodenales.

Por último, las respuestas de ansiedad a nivel motor constituyen las conductas observables y consideradas como poco adaptativas. Se podrían clasificar en cuatro tipos de conducta. El primero hace referencia a las conductas que indican inquietud motora como *tics* nerviosos, rascarse o tocarse una parte del cuerpo repetitivamente, movimientos rítmicos de piernas, etc. El segundo grupo lo constituyen las conductas que manifiestan un exceso de tensión, como temblores de manos y piernas, paralización, tartamudez, etc. El tercero son conductas que muestran malestar o *distres*, como el llanto o las expresiones faciales de tristeza. Por último, el cuarto grupo hace referencia a las conductas consumatorias que pretenden reducir la sensación

subjetiva de ansiedad y la activación fisiológica como puedan ser: comer, o picar sin sensación de hambre, beber en exceso o fumar, además del consumo de sustancias psicoactivas como los tranquilizantes (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

A continuación, en la Figura 3 se expone la clasificación de los síntomas cognitivos, fisiológicos y motores del estado de ansiedad desarrollado Miguel-Tobal en 1996 en base al Enfoque Interactivo y la Teoría Tridimensional de Lang.

Este Esquema teórico propuesto por Miguel-Tobal será el modelo utilizado en la investigación para evaluar la ansiedad previa al parto de las gestantes (Miguel-Tobal, 1985, 1990, 1995, 1996; Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1994, 1995, 2002; Miguel-Tobal, y Casado, 1999).

Síntomas cognitivos, fisiológicos y motores del estado de ansiedad.

Síntomas cognitivos del estado de ansiedad.

Se refieren a pensamientos, ideas e imágenes de carácter subjetivo, así como su influencia sobre funciones superiores:

- Preocupación.
- Miedo o temor.
- Pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad.
- Dificultad para concentrarse.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada de dificultad para pensar con claridad.
- Inseguridad.
- Aprensión.
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad para tomar decisiones.

Síntomas fisiológicos del estado de ansiedad.

Son consecuencias de la actividad de los distintos sistemas orgánicos del cuerpo humano:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, aumento de temperatura corporal.
- Síntomas respiratorios: sofoco, disnea, ahogo, hiperventilación, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia.
- Síntomas genitourinarios: poliuria, enuresis, eyaculación precoz, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión, temblores, hormigueo, dolor de cabeza, fatiga.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración, mareo, lipotimia.

Síntomas motores del estado de ansiedad.

Se refieren a comportamientos observables a consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica:

- Hiperactividad
- Movimientos repetitivos.
- Tartamudeo.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Conductas de evitación.

Figura 3. Esquema de respuestas Cognitivas, Fisiológicas y Motoras del estado de ansiedad según Miguel-Tobal y colaboradores (1999).

Partiendo del esquema, los síntomas cognitivos del estado de ansiedad se refieren a los pensamientos, ideas e imágenes de carácter subjetivo, así como su influencia sobre las funciones superiores. La preocupación, el miedo, los pensamientos de inferioridad, inseguridad o la sensación de desorganización, serían característicos de los aspectos cognitivos de la ansiedad.

Por otro lado, los síntomas fisiológicos del estado de ansiedad son consecuencia de la activación del sistema nervioso simpático y actividad de los sistemas orgánicos del cuerpo humano. Por ejemplo, en lo que respecta al sistema cardiovascular: palpitaciones, taquicardia, hipertensión. Síntomas respiratorios como la hipernea, o utilización de la musculatura torácica abdominal. Síntomas genitourinarios como la polaquiuria o el tenesmo. También síntomas neurovegetativos como la sequedad de boca, mareo, la cefalea o la hiperhidrosis.

Finalmente, los síntomas motores, hacen referencia a los comportamientos observables del sujeto, y son consecuencia de la activación cognitiva y fisiológica. Entre ellos destacan: la hiperactividad, el tartamudeo, las conductas de evitación, la paralización motora, etc.

Después de haber explicado con detalle en qué consiste cada canal de respuesta, será interesante para nuestro estudio señalar cómo se relaciona cada canal de respuesta con los demás.

Ya se ha comentado que el aumento de la intensidad de una respuesta suele originar incrementos de otras respuestas, especialmente las que son del mismo tipo, pero también en las respuestas de los otros sistemas, por lo que se puede decir que existe una cierta interrelación entre los tres sistemas. No obstante, como ya se ha explicado esta relación no siempre se cumple, lo que se denomina discordancia entre los tres sistemas. (Cano-Vindel, 2002, p.43). Es decir, que en situaciones sobre todo de baja intensidad o poco ansiógenas, podemos encontrar distintos grados de activación en sistemas diferentes.

Por ejemplo, hay personas que son capaces de controlar voluntariamente la expresión motora de su ansiedad (la inquietud motora, la expresión facial, inhibir el llanto, y regular el tono de la voz) aunque no puedan controlar las respuestas fisiológicas de algunos sistemas corporales. Esto se debe a que el ser humano posee un mayor grado de control voluntario sobre los músculos que sobre las vísceras y órganos internos como el corazón o los procesos hormonales, por lo que se podría afirmar que el mantenimiento bajo control de la conducta motora (control que se puede aprender) suele favorecer unos niveles bajos de ansiedad en los otros sistemas, pero no siempre es así, existiendo una discordancia entre los canales de respuesta. Aunque lo que sí parece altamente relacionado es que perder el control sobre la conducta motora hace que aumente excesivamente la ansiedad a nivel subjetivo y fisiológico, produciendo “*La Cascada de Ansiedad*” (Cano-Vindel, 2002, p.42), que será explicada posteriormente.

Esta discordancia entre los tres sistemas tiene importantes implicaciones para el estudio y evaluación de cualquier emoción, teniendo también en cuenta los tres ejes de la experiencia emocional: sensación de placer-desagrado, la intensidad y el grado de control sobre una emoción (Miguel-Tobal y Casado, 1999, p.93). Por lo tanto,

dentro del concepto de ansiedad se hará referencia a los patrones de respuesta entre los que se incluyen tanto los síntomas psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos.

Finalmente, y como consecuencia de todo lo desarrollado anteriormente, en esta investigación se partirá desde una conceptualización de la Ansiedad que tome en cuenta los actuales *Enfoques multidimensionales de la ansiedad* y la *Teoría del triple canal de respuesta*.

La Ansiedad quedará definida desde un enfoque multidimensional como: *“una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo; y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad, suele ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por los individuos como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto.”* (Miguel-Tobal y Casado, 1999, p.100).

5.5 Ansiedad y Género.

Es imprescindible para poder enfocar nuestro estudio dentro de una perspectiva de Género, tener en cuenta que la respuesta emocional de la ansiedad está muy relacionada con las desigualdades de género, entendiendo el Género como aquel constructo social que analiza las diferencias aprendidas entre hombres y mujeres. Esas diferencias tienen como función delimitar las, responsabilidades, oportunidades, funciones y necesidades de hombres y mujeres en cualquier ámbito social, y que son variables en función de la cultura y el tiempo (Saavedra San-Román, 2013, p. 71).

Dentro de esta variabilidad, los investigadores encuentran diferencias entre las experiencias emocionales de ansiedad entre niños y niñas (Carrasco Galán y Espinar Fellan, 2008). Estas diferencias en función del género serían atribuibles a la socialización que ambos sexos reciben culturalmente. Probablemente por razones educativas, o por la adaptación de ambos géneros a los estereotipos, la forma de expresión externa es muy diferente, así las niñas registrarían menor número de procesos

agresivos que los varones. Pero sin embargo en relación a las repuestas de ansiedad, las niñas presentarían mayores niveles de emoción, acentuándose las diferencias a medida que aumenta la edad (Brody y Hall, 1993).

Sánchez López, Dresch y Cardenal (2005) afirman, apoyándose en estudios sobre población española, que la salud física de las mujeres de mediana edad está más relacionada con la salud psicológica que en los hombres, y en especial, los altos niveles de ansiedad explican la varianza de las dolencias físicas y la salud auto percibida. Para ellas el estatus laboral y el trabajo remunerado actúa como factor modulador entre la salud física y psicológica. En base a sus investigaciones, en las mujeres amas de casa se encuentra más disminuida la salud auto percibida y puntúan más alto en ansiedad que los hombres. Siguiendo esta línea, también hay estudios que relacionan un mayor nivel de ansiedad en mujeres cuidadoras con respecto a hombres en la misma situación (Manso Martínez, 2012, p.63).

Por tanto, se podría afirmar, que el miedo sería un sentimiento marcado por la evolución de la especie humana y la ansiedad es un estado emocional construido culturalmente, con una marcada influencia de Género (Sánchez-López, Aparicio-García y Dresch, 2006), donde las mujeres como grupo puntúan más alto en los test de ansiedad rasgo o nivel general de ansiedad basal que los hombres. Incluso, la mayor parte de los trastornos de ansiedad se dan en proporción de dos a tres veces más en ellas (Carrasco Galán y Espinar Fellan, 2008).

Otro aspecto a tener en cuenta es el “carácter circular” (Cano Vindel, 2002) que tiene el estado emocional de la ansiedad, por lo tanto, se activará lo que podríamos denominar *La cascada de ansiedad*.

Por ejemplo, si la mujer piensa en el parto y considera esta situación peligrosa, le producirá preocupación y su sistema nervioso se activará. Esto provocará un aumento del nivel de ansiedad, entrando en un círculo psicológico en el que llega un momento en el cual estará más preocupada por este sentimiento que por la idea que lo originó inicialmente, lo que a su vez aumentará todavía más el nivel de activación y la ansiedad.

La secuencia sería: Parto → peligro → ansiedad → preocupación por dicha ansiedad → mayor aumento de nivel ansiedad. Es decir, la ansiedad asusta a las

personas y puede provocar mayor ansiedad. Como esta activación se produce ante la interpretación de situaciones que las personas consideran como amenazantes existen marcadas diferencias individuales, lo que produce que ante las mismas condiciones de parto una mujer pueda reaccionar con un fuerte aumento de su nivel de ansiedad y otra no. Por lo que entra en juego la expectativa de peligro como mediadoras de las respuestas de ansiedad (Casado Morales y Miguel Tobal, 1994).

Sin embargo, un cierto nivel de activación a nivel cognitivo, fisiológico y motor es necesario para poder desarrollar una correcta respuesta adaptativa (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999; Cano Vindel, 2002). Esta activación aporta habilidades, motivación y energía para poder enfrentarse ante una situación determinada. Es decir, recursos para poder adaptarse a una nueva situación. Pero cuando este nivel excede el umbral de tolerancia de cada persona, se empiezan a desarrollar conductas de escape o evitación no adaptativas, ineficaces e incluso irracionales, por lo que valorar de manera exagerada una situación como pueda ser el parto como altamente amenazante, hace que se reaccione con demasiada ansiedad ante éste y elimine los recursos cognitivos y biológicos intrínsecos de una manera fisiológica en el cuerpo de la mujer para parir (Eames, 2004). Dicho de otro modo, la ansiedad disminuye la capacidad de parir en la mujer.

Una vez definido el concepto de Ansiedad desde un punto de vista teórico, se hace necesario su abordaje experimental. Por ello, en el siguiente apartado se pretenden explicar los diferentes métodos usados actualmente para poder instrumentalizar y evaluar la ansiedad desde un punto de vista experimental.

5.6 Evaluación y métodos para medir la Ansiedad.

Partiendo los modelos teóricos elegidos en esta investigación, La Teoría Tridimensional de Lang, (1968, 1979 y 1995) y El Enfoque Multidimensional, que sostienen que desde el punto de vista de respuesta emocional la ansiedad no puede ser considerada como un patrón unitario de respuesta sino como un triple sistema en el que interactúan respuesta cognitivas, fisiológicas y motoras, será indispensable para una correcta evaluación de la ansiedad previa al parto, seleccionar diversos instrumentos que deberán ser capaces de reflejar su naturaleza tridimensional (Miguel-Tobal, 1990), las respuesta: Cognitiva, Fisiológica y Motora, la ansiedad percibida, el Rasgo y

determinadas variables que hacen referencia a la situación obstétrica y sociodemográficas de cada gestante en particular. Además, de las situaciones o aspectos que producen preocupación en la gestante de cara al momento del parto.

Como se ha comentado, otro aspecto a tener en cuenta al hablar de la evaluación de la ansiedad es el fenómeno denominado desincronía y/o fraccionamiento. Ya se ha hecho mención anteriormente a que puede existir una escasa correlación entre los tres sistemas de respuesta y una baja concordancia entre los diferentes métodos de medida. Por ello, los métodos descritos por los autores para la evaluación de la ansiedad: autoinforme, registro fisiológico y observación, no deben ser considerados como equivalentes ya que los resultados mostrados por un método no reflejan necesariamente los mostrados por el empleo de otro (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.109).

Debido a los problemas de desincronía, para evaluar correctamente una variable de naturaleza tridimensional como la ansiedad en cualquier estudio, es imprescindible la medida de sus tres repuestas (Cognitiva, Fisiológica y Motora). Esto se podría realizar de una manera óptima en condiciones ideales mediante los tres métodos enumerados: el autoinforme, registro fisiológico y la observación.

Sin embargo, en la práctica, el método más utilizado es el autoinforme, debido principalmente al alto coste y a las limitaciones de aplicación que supone el uso de la observación y el registro fisiológico. Así, la observación sólo permite la evaluación de la respuesta motora y del registro fisiológico, proporcionando medidas de naturaleza fisiológica. Por el contrario, el autoinforme facilita la medida directa de las repuestas cognitivas, y la medida indirecta de las categorías de repuestas motoras y fisiológicas.

En consecuencia, para el desarrollo de la investigación se han elegido diferentes métodos de autoinforme para la evaluación completa de las respuestas de ansiedad de las gestantes en relación al proceso de parto, entendiendo el autoinforme como técnicas o instrumentos mediante los cuales el sujeto proporciona información sobre sí mismo y su comportamiento (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.112). El método de autoinforme permite evaluar los tres sistemas de respuesta. De forma directa y única, el sistema cognitivo, y de forma indirecta los sistemas fisiológicos y motor. Así, el

autoinforme se podría clasificar en: entrevista, autorregistro, cuestionarios, inventarios y escalas.

La entrevista supone un intercambio de información entre dos personas, en las cuales una solicita información y otra la aporta (Fernández-Ballesteros, 1993). Según el grado de estructuración, está puede ser clasificada en no estructurada, semiestructurada y estructurada. Para nuestra investigación el tipo de entrevista que hemos utilizado ha sido semiestructurada (pautas de información a cubrir fijadas previamente con preguntas abiertas).

El autorregistro, es una técnica donde el propio sujeto es quien recoge y registra la información referida a su conducta una vez que ha ocurrido, por lo que podríamos decir que los cuestionarios, inventarios y escalas en su conjunto son términos referidos a *autoinformes estructurados* que se presentan de forma impresa (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.112). Hay que señalar que la distinción entre los tres conceptos es muy confusa, *los cuestionarios* se definen como instrumentos de evaluación de respuestas dicotómicas, *Las escalas* contienen respuestas de nivel o grado de conformidad, y *los inventarios*, como técnicas que permite ambas posibilidades de respuesta, nominal y ordinal (Fernández-Ballesteros, 1993).

Sin embargo, actualmente en la práctica, cuestionarios, inventarios y escalas, se utilizan como términos sinónimos, por lo que se seguirá la línea propuesta por Miguel-Tobal (1996) de utilizar el término cuestionario de forma genérica en las tres modalidades. Es más, los cuestionarios han sido el método de medida con mayor repercusión en la evaluación de la ansiedad, pudiendo dividirse en tres categorías, a partir del enfoque sobre el que son construidos: el Enfoque de Rasgos, el Enfoque conductual y el Enfoque interactivo.

El Enfoque de Rasgos, evalúa la ansiedad como variable intrapsíquica relativamente estable, que explica y predice el comportamiento del individuo. Los ítems hacen referencia al comportamiento del sujeto sin tener en cuenta los aspectos situacionales, e interpretando la respuesta de los mismos como manifestación del rasgo de ansiedad. El cuestionario más representativo de este enfoque podríamos decir que es el Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970 y 2002), constituyéndose como el cuestionario tradicionalmente más utilizado en el ámbito

clínico hospitalario para medir la ansiedad de los pacientes, por lo tanto, aunque la perspectiva de nuestra investigación parta desde un enfoque interactivo, también se incluirá el uso de este cuestionario por el motivo anteriormente señalado.

El *Enfoque conductual*, hace hincapié en los aspectos situacionales para explicar y predecir la conducta del sujeto. Los ítems incluyen situaciones y estímulos que el sujeto debe valorar. Cuestionarios representativos de este enfoque son denominados Inventarios de Miedos y Temores (FSS), como el FSS I de Lang y Lazovik (1963).

Por último, el *Enfoque interactivo*, utiliza los cuestionarios denominados S-R (situación-respuesta) en los que se describen una serie de situaciones y respuestas a las que el sujeto debe contestar señalando la intensidad en la que las respuestas aparecen ante las situaciones propuestas, por lo que estos cuestionarios permiten la evaluación tanto de respuestas como de situaciones y la interacción entre ambas, además, de permitir el desarrollo de técnicas estadísticas que cuantifican la proporción de varianza atribuida a las situaciones, las respuestas y la interacción entre ambas.

El Enfoque interactivo supone la integración entre los dos anteriores, asumiendo que la conducta viene determinada por la interacción de ambos elementos: la situación y características internas al sujeto. Por lo tanto, la información de este tipo de cuestionarios será de gran valor instrumental ya que aporta datos del componente situacional, del componente de respuesta y de la interacción entre ambos.

Del Enfoque interactivo podemos destacar principalmente que concibe el cuestionario como una medida de autoinforme del sujeto, en el que las respuestas son consideradas como muestras de conducta, pone el énfasis en la evaluación de respuestas ante situaciones concretas, y por último señala la importancia de evaluar de forma independiente los tres sistemas de respuesta.

Unos de los cuestionarios más representativos del Enfoque interactivo es el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002), en el que nos basaremos para medir la ansiedad en este estudio. Este Inventario considera el Modelo Teórico Interactivo y el Modelo Tridimensional de Lang, por lo que permite evaluar por separado la frecuencia e intensidad de los tres

canales de respuesta y obtener un perfil de reactividad individual (Miguel Tobal y Casado, 1999, p.114).

Este instrumento fue desarrollado por Miguel Tobal y Cano Vindel en 1986 con el propósito de evaluar la ansiedad desde un punto de vista interactivo. Tiene dos características principales, en primer lugar, es un inventario con formato S-R, es decir que incluye tanto situaciones como respuestas, y la tarea de la persona que responde consiste en evaluar la frecuencia con que en ella se manifiestan dichas respuestas o conductas de ansiedad.

Otra característica, es que las respuestas que recoge están clasificadas según la pertenencia a cada sistema de respuesta, lo que permite obtener una puntuación para cada uno de los tres sistemas citados. La obtención de las tres puntuaciones se hace imprescindible para la evaluación de la ansiedad, ya que, a la luz de los estudios actuales, la ansiedad no puede ser considerada como constructo unitario, fruto de una activación generalizada del individuo, sino respuestas procedentes de un triple canal que no siempre varían de la misma forma (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002)

5.7 Relación entre la Ansiedad y el proceso de parto.

Como ya se ha afirmado en numerosas investigaciones, el proceso de embarazo y parto es un evento tan estresante para la vida de una mujer, que puede ser origen de ansiedad y trastornos psicológicos como, estrés postraumático, depresión prenatal y postparto (Bailham et al., 2004; Regina Rodrigues et al., 2004; Sánchez Montoya et al., 2007; Dennis y Creedy, 2008; Dennis y Hodnett, 2008; Dennis et al., 2008; Northrup, 2014).

Los autores coinciden que la ansiedad durante el periodo prenatal a menudo no se detecta, por lo que no se ha investigado lo suficiente (Marc et al., 2011). La ansiedad sub-clínica es prevalente en la población y bastante frecuente en todos los estadios del embarazo. Alrededor del 57% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento del embarazo (versus 37% para la depresión) (Lee, 2007).

En un estudio observacional se encontraron tasas mayores de ansiedad en primer y tercer trimestres de embarazo (15% y 18% respectivamente), mientras que se informaron tasas inferiores en el segundo trimestre (12,3%) (Teixeira, 2009; Barlow et

al., 2014). En una investigación desarrollada con 8.323 gestantes, al 16% de ellas se les diagnosticó ansiedad en la semana 32 de la gestación y al 8,5% en la octava semana del período posparto (Teixeira, 2009).

Sobre su etiología, se ha informado que los síntomas de ansiedad durante el embarazo se asocian con depresión y apoyo social deficiente. Además, también deben considerarse los recursos internos como la autoestima baja (Marc, et al., 2011). Los niveles de ansiedad altos durante el embarazo también se han relacionado con procedimientos obstétricos o invasivos como: la fecundación in vitro (FIV), la terminación del embarazo, la amniocentesis, las ecografías, el consejo genético y la hospitalización. Además, los embarazos de alto riesgo (trabajo de parto prematuro, hipertensión, diabetes, versión podálica o posiciones anómalas fetales) generan ansiedad adicional. Varios estudios indican que denominar un embarazo como de riesgo puede intensificar los sentimientos de las mujeres de pérdida de control e impotencia y podría elevar potencialmente los niveles de ansiedad (Marc, et al., 2011).

En relación al parto, ya se ha comentado con anterioridad, que las condiciones en las que se está desarrollando el proceso de nacimiento en el entorno hospitalario también propicia que los sentimientos de autonomía y confianza de la mujer desaparezcan (Gutman, 2007; Ruiz Vélez-Frías, 2010), pudiendo desembocar en una falta de adaptación a la maternidad, problemas en el establecimiento del nuevo rol y aumento del riesgo de depresión posparto (Oliveira Queiroz, et al., 2007). Principalmente esto es ocasionado por las prácticas institucionales estandarizadas que no tiene en cuenta las particularidades de cada gestante, las altas tasas de intervención y la falta de información y privacidad que hay en los hospitales de nuestro país, que hace que la ansiedad de la gestante aumente considerablemente y esta emoción tenga un efecto obstétrico adverso sobre el proceso del parto (Hodnett et al., 2013).

Sobre la sintomatología característica de la ansiedad, al parecer las mujeres que presentan niveles más altos durante el embarazo tienen cuadros gastrointestinales graves: náuseas y vómitos. Además de un mayor número de visitas médicas, y puede influir en comportamientos particulares como el aumento de hábitos tóxicos: alcohol, tabaco o drogas, o en hábitos alimentarios no saludables (Staneva, et al., 2015).

Sobre sus consecuencias gestacionales, la ansiedad aparece relacionada con la preeclampsia, la diabetes y el parto prematuro (Marc, et al., 2011), patologías graves clasificadas como factor de riesgo directo en la aparición de complicaciones graves del parto. Sin embargo, se han obtenido resultados contradictorios sobre la influencia de la mejoría de los niveles de ansiedad en el desarrollo de la preeclampsia (Andersson, et al., 2004). Las madres que presentan niveles altos de estrés psicológico o social presentan tener un mayor riesgo de parto prematuro, pero se conoce poco acerca del mecanismo subyacente de asociación entre el estrés (psicológico y social) y la prematuridad (Marc, et al., 2011).

Sin embargo, en la fase del puerperio, sí que parece que está muy relacionado los niveles de ansiedad durante el embarazo con un mayor riesgo de depresión y trastornos del estado de ánimo postparto (Lee 2007; Dennis y Hodnett, 2008; Dennis et al., 2008). La ansiedad podría influir sobre la actitud inmediata de la madre hacia el lactante y el establecimiento del rol (Marc, et al., 2011). En esto tiene mucha relación también, la vivencia del parto, ya parto es un evento vital complejo que se puede asociar con respuestas psicológicas positivas y negativas. Cuando el parto se experimenta como particularmente traumático, puede tener una repercusión negativa sobre el bienestar emocional posnatal de la paciente, lo que se denomina *Síndrome de estrés postraumático* (Wiley, 2015; Lavender, et al., 2016).

Parece que la ansiedad también tiene una influencia negativa sobre los resultados obstétricos, fetales y perinatales del parto, pero estas conclusiones suelen ser limitadas debido al escaso tamaño de muestra en estos estudios, así como a debilidades metodológicas (Alder, 2007; Littleton, 2007). Como resultado hay una falta de consenso entre los investigadores acerca de la función de la ansiedad en los resultados perinatales (Littleton, 2007; Marc, et al., 2011).

Diferentes estudios europeos (Georgsson Ohman et al., 2003; Green et al., 2003; Bailham et al., 2004; Cheung et al., 2007; Petersen, Paulitsch, Guethlin et al., 2009; Redshaw, et al., 2009; Dencker et al., 2010) señalan que los principales factores que producen ansiedad y preocupación de la mujer durante el parto son: el dolor, la duración del parto, técnicas hospitalarias, estado y la salud del bebé, acudir al hospital a tiempo, el apoyo recibido por los profesionales, la información, el cambio de rol, la

salud propia, necesidad de una cirugía o fórceps y necesidad de inducción de parto, el apoyo recibido por la pareja y la sensación de pérdida de control (Davis-Floyd, 2009).

Sobre lo que respecta a la literatura de nuestro país son escasos los estudios con enfoque desde la perspectiva de Género realizados en relación al tema (Román Oliver et al., 2007; Sánchez Montoya et al., 2007). Debido a que históricamente se ha estudiado la ansiedad desde un punto de vista psicopatológico en sujetos enfermos (Tobal et al., 1999; Hurtado et al., 2003; Bailham et al., 2004; Regina Rodrigues et al., 2004; Sánchez Montoya et al., 2007; Carrasco Galán et al., 2008; Kjaergaard et al., 2008; Wiley, 2015).

Por lo tanto, tal y como se ha señalado hasta ahora, si concebimos el parto como un fenómeno cultural, trascendente y potencialmente estresante en la vida de una mujer, que puede producir sentimientos de ansiedad que disminuyen la capacidad natural de la mujer para afrontar de una manera autónoma y protagonista su propio parto, deberemos preguntarnos cuáles son los factores que producen ansiedad y preocupación para las mujeres en relación al parto en nuestro contexto social.

Esta cuestión es de vital importancia para poder afrontar dichos factores y, en consecuencia, conocer cuáles son las necesidades concretas de la mujer en el parto dentro de los hospitales en nuestro país. Así, será indispensable desarrollar el presente estudio incluyendo las perspectivas fundamentales para analizar en totalidad este fenómeno: la perspectiva de Género, la Psicológica y la Obstétrica. Sólo de esta manera podremos adaptarnos a la demanda de calidad asistencial que necesita la mujer antes y durante el parto, lo que nos llevará a ofrecer así una práctica basada en la evidencia científica y en las necesidades reales de las mujeres gestantes en nuestro medio.

5.8 Conclusiones.

Como consecuencia final de todo lo anteriormente expuesto, a continuación, se realiza el estudio en profundidad de la Ansiedad en gestantes a término dentro del contexto del parto institucionalizado estudiado en dos hospitales públicos del Sistema Nacional español.

La ansiedad será abordada desde el punto de vista Multidimensional, teniendo en cuenta el enfoque Interactivo y la teoría Tridimensional del Lang. Dentro

del marco teórico sobre el desarrollo de la Conceptualización del Proceso Emocional propuesto por Fernández-Abascal y colaboradores (1999).

Como ya ha quedado argumentado, la ansiedad será evaluada teniendo en cuenta el triple canal de respuesta (Cognitivo/Fisiológico y Motor), la Sensibilidad a la Ansiedad (SA), dimensión que muestra una gran relación con el dolor, aspecto característico del parto, y los conceptos de Rasgo/Estado propuestos por Spielberger (1970), conceptos con gran trayectoria en el estudio clínico hospitalario.

Además, la preocupación se abordará desde la perspectiva de la resolución de problemas (Borkovec, et al., 1983), conceptualizada como la respuesta dentro del componente cognitivo de la ansiedad, iniciada ante la posibilidad de un suceso negativo y orientada para la prevención de dicho suceso y sus consecuencias (Prados Atienza, 2002). En nuestro estudio los sucesos previsiblemente adversos los conformarán las situaciones que originan preocupación en el parto hospitalario descritas por la literatura (Flora-Davis, 2009).

Todas estas dimensiones permitirán realizar una evaluación completa de la emoción de la ansiedad, tan característica en las gestantes de nuestro medio.

La investigación tendrá un carácter empírico e instrumental, para así poder llegar a conclusiones que nos acerquen a la situación de las gestantes actuales, dentro del marco de la perspectiva de Género.

Una vez descritos los grandes pilares de esta investigación: Ansiedad, Género y Parto, desarrollados en esta primera parte sobre Contextualización teórica, a continuación, en la segunda parte de este trabajo, se procederá al abordaje sobre la investigación empírica propuesta en la presente tesis.

PARTE 2. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

*“Nunca consideres el estudio como una obligación,
sino como una oportunidad para penetrar en el
bello y maravilloso mundo del saber.”*

Albert Einstein.

Una vez revisado el estado de la cuestión según la literatura actual sobre el tema de investigación, se plantean los objetivos propuestos en este trabajo de tesis y las respectivas hipótesis a contrastar.

6.1 Objetivo 1. Analizar los factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto en gestantes a término.

El Objetivo 1 surge de la necesidad de identificar qué factores de preocupación, tanto a nivel psicosocial como obstétrico, generan ansiedad previa al parto en la población gestante. En base a este objetivo se pretenden contrastar la siguiente hipótesis.

6.1.1 Hipótesis 1. *Existen determinados factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto.*

Como ya se ha afirmado en numerosas investigaciones, el proceso de parto es un evento tan estresante para la vida de una mujer que puede ser origen de trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión postparto, síndrome de estrés postraumático, etc. (Bailham et al., 2004; Regina Rodrigues et al., 2004; Sánchez Montoya et al., 2007; Dennis y Creedy, 2008; Dennis y Hodnett, 2008; Dennis et al., 2008; Wiley, 2015; Lavender, et al., 2016). Además, las investigaciones en relación a la ansiedad previa al parto han resaltado que existen diferentes factores de preocupación, tanto a nivel psicosocial como clínico, que se relacionan positivamente con la ansiedad y que puede condicionar los resultados materno fetales y la capacidad de afrontamiento de la mujer durante su parto (Hofmeyr, et al., 1991; Román Oliver et al., 2007; Alder, 2007; Hodnett et al., 2013).

Los factores que producen preocupación previa al parto han sido ampliamente estudiados en determinados países europeos, principalmente en Reino Unido, donde las matronas tienen una amplia carrera investigadora (Georgsson Ohman,

et al., 2003; Bailham, et al., 2004; Redshaw, et al., 2009; David-Floyd, 2009; Dencker et al., 2010). Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, existe en la literatura española un vacío de estudios al respecto en cuanto a los factores de preocupación y la ansiedad sobre el parto desde una perspectiva de género (Román Oliver et al., 2007; Sánchez Montoya et al., 2007; Schimd, 2012), debido a que históricamente se ha estudiado la ansiedad desde un punto de vista psicopatológico en sujetos enfermos (Tobal et al., 1999; Hurtado et al., 2003; Bailham et al., 2004; Regina Rodrigues et al., 2004; Sánchez Montoya et al., 2007; Carrasco Galán et al., 2008; Kjaergaard et al., 2008; Schimd, 2012; Wiley, 2015).

Por lo tanto, el propósito de contrastar la Hipótesis 1 es principalmente el de identificar y esclarecer qué influencias y relaciones estadísticamente significativas existe entre los factores de preocupación previa al parto y las diferentes respuestas de ansiedad (cognitiva; fisiológica y motora, así como la ansiedad Estado-Rasgo) en la población gestante a término española.

6.2 Objetivo 2. Analizar la influencia entre las respuestas de ansiedad y los resultados obstétricos materno-fetales.

La consecución del Objetivo 2 propuesto en la investigación pretende contrastar la siguiente hipótesis.

6.2.1 Hipótesis 2. *Tanto la preocupación, como la ansiedad previa al nacimiento, predicen las características clínicas del parto.*

La literatura señala que existe relación entre el nivel y las respuestas de ansiedad con partos obstétricamente complicados y resultados desfavorables para el recién nacido y la madre (Hodnett et al., 2013). Los estudios hablan de un mayor porcentaje de partos instrumentales o cesáreas, mayor patología materno-fetal, mayor duración en el parto, pH de cordón bajo, Apgar del recién nacido bajo, mayor complejidad de reanimación neonatal, etc. (Hofmeyr et al., 1991; Green et al., 2003; Hodnett et al., 2013). De tal manera que una mayor respuesta de ansiedad parece que estará relacionada con un efecto obstétrico adverso sobre el proceso y la fisiología del parto (Dick-Read, 1933; Green et al., 2003; Bailham et al., 2004; Román Oliver et al., 2007; Hodnett et al., 2008).

En consecuencia, el propósito de contrastar la Hipótesis 2 será la determinación de las relaciones significativas establecidas entre la respuesta de ansiedad de las gestantes españolas con respecto a los resultados obstétricos y características clínicas de su parto, para poder esclarecer si existe un mayor número de complicaciones en torno a este en relación a un alto grado de activación fisiológica.

6.3 Objetivo 3. Establecer una comparativa entre los hospitales de estudio sobre ansiedad y resultados obstétricos obtenidos en las gestantes a término.

Se pretenderá contrastar si existen diferencias entre ambas poblaciones de estudio en base a factores culturales y socio-demográficos (Área sanitaria de Guadalajara y Área sanitaria de Móstoles). Para ello se plantea la siguiente hipótesis.

6.3.1 Hipótesis 3. *Existirán diferencias significativas sobre respuestas de ansiedad y resultados materno-fetales en función del Área sanitaria de estudio.*

La literatura sitúa el parto como un proceso biopsicosocial marcado por la cultura (Dick-Read, et al., 2004; Eames 2004; Cheung, et al., 2007; Cheyne, et al., 2007; Kaergaard, et al., 2008; Larkin et al., 2009; Maeir, 2010), por lo que defiende la idea de que la pertenencia a diferentes poblaciones y sociedades de estudio tienen relación con las características del parto. Esto es debido a que el entorno demográfico en el que vive la gestante condiciona no solo su manera de entender el parto y la maternidad, sino la capacidad y la forma de enfrentarse al proceso (Imaz, 2010). Por lo tanto, se hace necesario tener en cuenta que la muestra de gestantes estudiada en la investigación está incluida en dos áreas sanitarias concretas, con idiosincrasias diferentes. Este es el propósito del planteamiento de la Hipótesis 3, determinar si existen diferencias entre los grupos de gestantes de cada área de estudio y si esto condiciona las respuestas de ansiedad previa al parto y los resultados clínicos de éste.

Finalmente, se debe tener en cuenta que además del área demográfica y cultural de estudio, la literatura propone como determinante otro factor en el desarrollo clínico del parto: La Educación prenatal. Por lo tanto, el último objetivo propuesto para un estudio completo de la ansiedad previa al parto en las gestantes a término será el siguiente planteado.

6.4 Objetivo 4. Analizar el grado de influencia existente entre la asistencia a cursos de Educación prenatal y el proceso de parto.

El Objetivo 4 surge de la necesidad de analizar el grado de influencia de la variable Educación prenatal y su relación con el proceso clínico de parto. Como es un objetivo amplio, se proponen dos hipótesis a contrastar.

6.4.1 Hipótesis 4.1. *La asistencia de las gestantes a los cursos de Educación prenatal repercute en la disminución de la ansiedad previa al parto.*

6.4.2 Hipótesis 4.2. *Las gestantes que han acudido al programa de Educación prenatal, tienen resultados clínicos más favorables en su proceso de parto.*

Ya ha quedado argumentado que el estado emocional de la ansiedad es modificable a través de la información que se ofrece en los cursos de Educación Maternal del Sistema de Salud (Jané Checa, et al., 2009; Toledano González, 2012). La asistencia a Psicoprofilaxis obstétrica o Educación prenatal ayuda a que las gestantes disminuyan sus respuestas de ansiedad y esto facilite el proceso clínico del parto (Hurtado, et al., 2003). Por lo tanto, la Educación prenatal queda justificada dentro del Programa de Salud de la Mujer para conseguir una adaptación satisfactoria a las circunstancias que se presentan durante la maternidad y la paternidad, que en muchos casos constituyen una crisis vital (Jané Checa, et al., 2009).

El método Psicoprofiláctico y la Escuela Inglesa de Read, defienden que la esencia de la filosofía de la Educación prenatal actual se basa en la relación inconsciente que existe entre simples imágenes mentales y pensamientos sobre un estímulo neutro como podría ser el parto, provocarían en la mujer respuestas psicológicas negativas como la ansiedad o el miedo, aprendidas culturalmente (Bandrés y Llavona, 2003).

En consecuencia, la necesidad de contrastar la Hipótesis 4 surge fundamentada por esta finalidad, ya que si se consigue romper a través de la información la relación de estímulos culturalmente negativos que produce el parto, se podrá disminuir el sentimiento de incertidumbre y anticipación de peligro futuro, relacionado con la ansiedad (Miguel Tobal y Casado, 1999; Cano Vindel, 2002) y esto facilitará el proceso de parto tanto a nivel clínico como emocional.

Sin embargo en nuestro país se nos plantean dos problemas en torno a esta cuestión, ya mencionados anteriormente en el Capítulo 1. El primero, es que la metodología que históricamente se lleva utilizando en las clases de Educación prenatal española ha sido principalmente desarrollada en Reino Unido y países nórdicos, con un modelo de atención al embarazo y parto diferente al español. Esto es debido al mayor nivel de investigación sobre los procesos de ansiedad y preocupación que sufren las gestantes en estos países, del cual deriva el segundo problema: aun escasas las investigaciones específicas en el campo de la ansiedad en el parto en nuestro país (Román Oliver, et al., 2007; Sánchez Montoya y Palacios Alzaga, 2007).

Consecuentemente a esta realidad, el principal problema que se plantea en torno a la Educación prenatal es que al no existir evidencia y estudios científicos suficientes adaptados a las preocupaciones y necesidades del parto en gestantes españolas, el contenido metodológico de los cursos de Educación prenatal queda a criterio del profesional, y con ello, cada matrona actúa de una manera diferente basándose en su experiencia personal, en la tradición, y sin unificar criterios (Hurtado, et al., 2003).

Por lo tanto y como ya se ha justificado anteriormente, el fin último de esta investigación plantea el desarrollo de un estudio completo en relación a la ansiedad y las preocupaciones previas al parto que permita aproximarse a la situación real de las gestantes españolas. Lo que traerá como consecuencia poder actualizar los protocolos de Educación prenatal y desarrollar nuevos contenidos de actuación clínica mucho más adaptados culturalmente a las necesidades gestantes españolas.

El Objetivo final en el que queda justificado este trabajo de tesis doctoral será el planteamiento de una mejora en los protocolos metodológicos para las clases de Educación prenatal de nuestro país más concreta y específica que las utilizadas hasta el momento basada en los resultados obtenidos del estudio, partiendo de la premisa de que el estado emocional de la ansiedad es modificable a través de la información (Miguel Tobal y Casado, 1999; Cano Vindel, 2002).

De contrastarse las hipótesis planteadas en el trabajo de tesis, como consecuencia se producirían dos efectos importantes para la práctica clínica. El primero, permitir a los profesionales sanitarios adaptarnos mejor a la problemática asistencial y

las necesidades de las mujeres embarazadas. El segundo tendrá una relevancia bibliométrica, ya que el poder respaldar la metodología y los protocolos utilizados en la Educación maternal con una evidencia científica demostrada, de manera contraria a lo que se viene haciendo hasta el momento, hará que se pueda ofrecer la máxima calidad en el cuidado y asistencia basado en la evidencia científica hacia las gestantes.

Así, seguidamente se procederá al siguiente paso de la investigación recogido en el Capítulo 7: Método, donde se realizará la descripción de la muestra de estudio, los instrumentos utilizados para el análisis de las variables y los procedimientos empleados al análisis de datos.

CAPÍTULO 7. MÉTODO.

“La estadística es la gramática de la ciencia.”

Karl Pearson.

7.1 Participantes.

Para la selección de un tamaño muestral representativo de la población gestante a término (FAME, 2007; SEGO, 2015), atendidas tanto en el Hospital Universitario de Guadalajara durante el año 2012 como en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles durante el año 2013-14, se utilizó la información aportada por el Servicio de Admisión, Documentación Clínica y Estadística Asistencial de ambos hospitales.

En el Hospital Universitario de Guadalajara el número de mujeres a término que dieron a luz durante el año 2012 fue un total de 1916 mujeres. El Hospital Universitario Rey Juan Carlos, durante el año 2013 atendió a un total de 1510 gestantes a término. Por lo tanto, se cuenta con una población de estudio total de 3426 gestantes.

Para el cálculo del tamaño muestral representativo de la población se ha realizado un análisis en el que se asumió un nivel de confianza del 95,5% que determina que $k=2$, y se estableció como error muestral un 6%, considerando que presentan niveles de ansiedad previos al parto un 50% de la población ($p=q=0.5$). Así según la fórmula matemática planteada para el cálculo del tamaño muestral para datos globales (Pita Fernández, 2010) se precisa una muestra de 230 sujetos para ser representativa.

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación

sean ciertos: un 95,5 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 4,5%. Para un nivel de confianza del 95,5% $k=2$

e: es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella. En nuestro trabajo hemos asumido un error muestral del 6 %

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

Por lo tanto, en nuestro estudio de 3426 mujeres de población total, necesitaremos un tamaño muestral estimado de 230 mujeres, aceptando un riesgo alfa de 0.95; un error muestral del 6% considerando que presentan niveles de ansiedad en el parto un 50% de la población ($p=q=0.5$) y un intervalo de confianza del 95% con una $p<0.05$.

Para la comprobación de la estimación del tamaño muestral, validar los instrumentos de medida y poner a prueba los métodos de recogida de datos, se realizó a través de estudio piloto (Polit y Hunglet, 1996). Este estudio se desarrolló durante el año 2011 en el Hospital Universitario de Guadalajara con 34 casos (Martín Casado, 2011).

Por lo tanto, la muestra final queda compuesta por 235 participantes, entre las 36 y 42 semanas de embarazo; con una media de edad de 31,8 (D.T.=4,57); donde la gran mayoría está casada (64%), con una situación laboral donde las paradas representan un 30,2% de la muestra frente a una 59,8 % de gestantes en activo.

7.2 Diseño.

Se trata de una investigación observacional analítica longitudinal de una sola cohorte, donde se busca en primer lugar determinar las variables causantes del aumento del nivel de ansiedad previo al parto. Posteriormente, averiguar la correlación

que existe entre dichas variables a través de herramientas estadísticas, y finalmente clarificar el grado de influencia que tiene las variables de ansiedad con las características del parto de las gestantes de nuestra población de estudio.

El estudio se clasifica como longitudinal porque realiza un seguimiento en el tiempo de los sujetos. El gran beneficio frente a los estudios trasversales es que los estudios longitudinales ofrecen indicadores más precisos de los cambios en las sociedades estudiadas ya que las diferencias observadas en las personas tienen más probabilidades de ser el resultado de las diferencias culturales entre las generaciones, además de permitir que sus consecuencias puedan aplicarse en otros campos de las ciencias sociales (Philip Rice, 1997, p.20).

7.3 Variables e Instrumentos.

Para integrar las variables de estudio incluidas en la investigación se han utilizado dos Modelos teóricos ya comentados en la introducción:

El Modelo Tecnocrático del nacimiento, propuesto por Davis-Floyd (2009) para analizar las preocupaciones fundamentales de las mujeres dentro del proceso de parto. Donde la preocupación quedará conceptualizada como la respuesta dentro del componente cognitivo de la ansiedad, desde la perspectiva del proceso de solución de problemas (Borkovec, et al., 1983; Prados Atienza, 2005).

El modelo Multidimensional sobre la ansiedad, desarrollado por Miguel-Tobal (1996) según el Enfoque Interactivo y la Teoría Tridimensional de Lang. El Modelo Multidimensional diferencia los síntomas cognitivos, fisiológicos y motores del estado de ansiedad (Miguel-Tobal, 1985, 1990, 1995, 1996; Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1994, 1995, 2002; Miguel-Tobal, y Casado, 1999), en el marco teórico propuesto por Fernández-Abascal y colaboradores (1999) sobre el desarrollo de la Conceptualización del Proceso Emocional.

En base a esto, las variables de estudio utilizadas se relacionarán tal y como se recogen en la Figura 4.

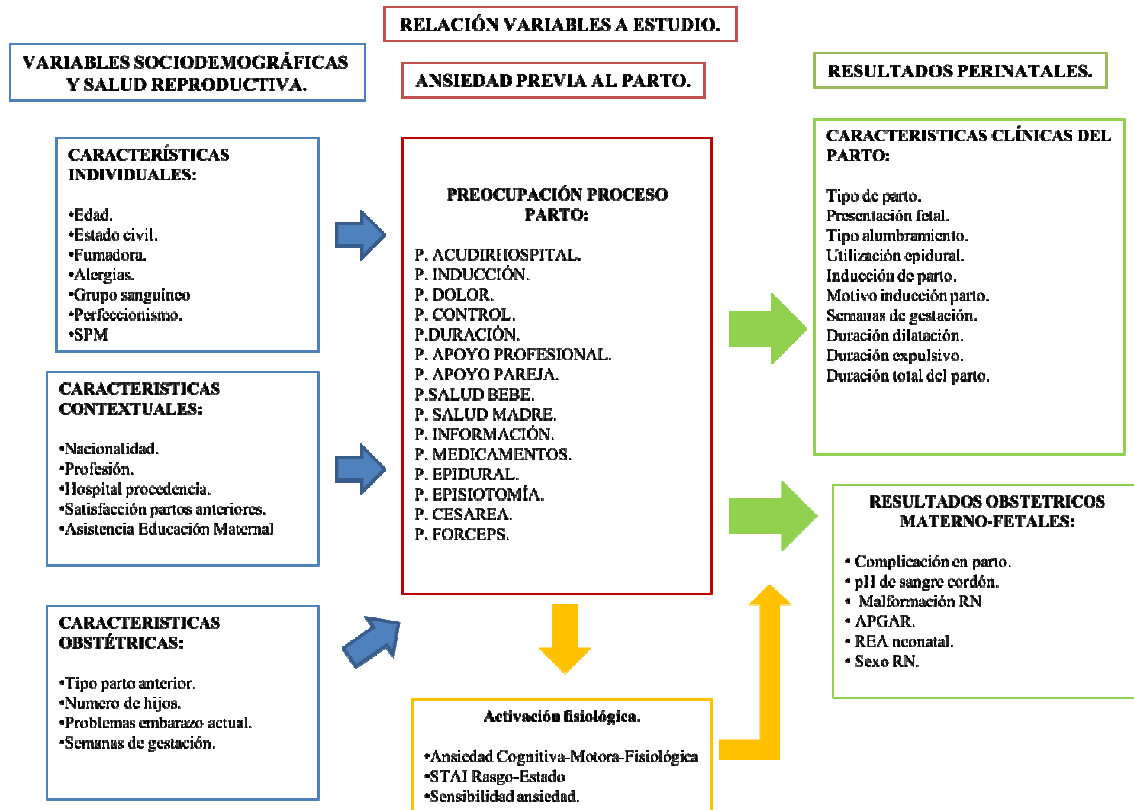


Figura 4. Relación de variables a estudio.

Para poder recoger toda la información sobre dichas variables, se ha elaborado un cuestionario autocumplimentado (ver apartado de Anexos) con un tiempo estimado de realización de 40 minutos. El cuestionario autocumplimentado queda dividido en cuatro apartados que se exponen a continuación.

7.3.1 Variables socio-demográficas y de salud reproductiva.

Este conjunto de variables incluye todas aquellas consideradas determinantes dentro del control del embarazo en la historia obstétrica de cada gestación (González Merlo et al., 2006; Ministerio Sanidad, 2014). Por lo tanto, es necesaria su cumplimentación dentro de la historia clínica de cada embarazada. Esta información no sólo es fundamental para la valoración del curso del embarazo y de posibles riesgos obstétricos, sino también para la vigilancia del bienestar materno-fetal antes y durante el parto (SEGO, 2002; FAME, 2007).

El grupo de variables socio-demográficas y de salud reproductiva queda organizado en tres subgrupos. En primer lugar, las características individuales que se miden son: la edad, la situación familiar, el grupo sanguíneo, la existencia de alergias y hábitos tóxicos. En segundo lugar, las características contextuales que se miden son: la

nacionalidad, la profesión, asistencia a Educación prenatal y el hospital de estudio. Y por último, las características obstétricas como: paridad (tipo de partos anteriores, número de hijos), edad gestacional y patologías del embarazo actual (Cañete Palomo et al., 2007). Estas variables constituyen la información que en nuestro país se consideran de mayor relevancia en la Historia Obstétrica de la gestante (Ministerio Sanidad, 2014; NICE, 2014). Constituyen variables biológicas y también psicosociales que se han demostrado como determinantes en el desarrollo del parto (Soares Madeira-Domínguez et al., 2004; Román Oliver et al., 2007; Hodnett et al., 2013). En el estudio estas variables vendrán recogidas en el Formulario I (ver Anexos).

Respecto a los Hospitales de estudio, se eligieron dos tipos de Hospitales diferentes en cuanto al área sanitaria en la que se encuentran. Siendo la principal diferencia las situaciones demográficas de ambas poblaciones.

El área de Móstoles se configura como una población con características más urbanas que la población de Guadalajara, ciudad más alejada de Madrid y con un menor número de habitantes. Móstoles es una de las ciudades más pobladas de España y la segunda dentro de la comunidad de Madrid teniendo censados en el 2016 a 205.015 habitantes frente a la ciudad de Guadalajara en la que viven 83.391 habitantes (INE, 2016). Además del número de habitantes, Móstoles se encuentra más cerca de la capital, en la zona sur concretamente, una de las zonas más industrializadas y con más infraestructura en carreteras y transporte de toda España, comparativamente con Guadalajara.

7.3.2 La Ansiedad previa al parto.

Los instrumentos utilizados para medir la ansiedad se extraen del Modelo multidimensional basado en el Enfoque interactivo y la Teoría tridimensional de Lang, y de las Teorías estado-rasgo (Miguel-Tobal, 1985, 1990, 1995, 1996; Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1994, 1995, 2002; Miguel-Tobal, y Casado, 1999). Estos cuestionarios son los siguientes.

7.3.2.1 Cuestionario STAI para la Ansiedad Estado-Rasgo.

Cuestionario ampliamente utilizado en estudios de ámbito hospitalario, por lo que su inclusión en el estudio se basa principalmente en relación a esta causa.

Validado por 40 ítems con cuatro opciones de respuesta que comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado y como rasgo.

La ansiedad Estado está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autonómico que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Se mide con la puntuación total STAI-E (Ansiedad Estado). La ansiedad Rasgo señala una tendencia o propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su manera de percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad Estado. Se mide con la puntuación total STAI-R (Ansiedad Rasgo)

La consistencia interna de STAI es de 0.94 (Spielberger, et al., 2002). En los análisis de consistencia interna obtenidos para nuestra muestra de estudio, se obtuvo un valor de Alpha de Cronbach 0.73

7.3.2.2 Cuestionario ISRA.

Para medir la ansiedad desde el Modelo multidimensional se ha utilizado la versión reducida validada del Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad (ISRA-B). En este inventario se mide la ansiedad según las tres dimensiones: Fisiológica, Cognitiva y Motora de la ansiedad. Recoge dos escalas: La primera escala está formada por 24 respuestas de ansiedad del ISRA, divididas en Cognitivas (C), Fisiológicas (F) y Motoras (M). La segunda está formada por 22 situaciones potencialmente ansiógenas (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002). Para este trabajo de investigación se ha considerado sólo la primera parte de la escala debido a que la situación potencialmente ansiógena en la que nos proponemos medir las respuestas de ansiedad es el momento previo al parto.

La consistencia interna de la versión original es de 0.96 (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002). En nuestros datos se obtuvo un valor de Alpha de Cronbach total de 0.753. Para cada subescala: 0.778 para ISRA-C; 0.765 para ISRA-F y 0.728 para ISRA-M.

7.3.2.3 Índice de Sensibilidad a la Ansiedad: inventario ASI.

El concepto de Índice de Sensibilidad a la Ansiedad [Anxiety Sensitivity Index,ASI] fue propuesto por Peterson y Reiss (1992). En la investigación se ha utilizado la versión española validada del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad ASI: Anxiety Sensitivity Index, desarrollada por Sandin, Chorot y McNally (1996).

Evalúa el nivel de sensibilidad a padecer ansiedad que tienen algunos sujetos (Ramos Cejudo, 2011). Es una escala con una naturaleza multidimensional que consta de 16 ítems, a los que se contesta según escala tipo likert, pudiendo variar entre «Nada en absoluto» (0) y «Muchísimo» (4). Sus ítems recogen preguntas en relación a tres subescalas: somática, cognitiva y social, que según los autores constituyen los tres componentes de la Sensibilidad a la Ansiedad. SA-somática parece estar más relacionada con el trastorno de pánico, la SA-social presenta una relación más estrecha con la fobia social. También se ha sugerido que la SA-cognitiva presenta una cierta asociación con la depresión mayor (Sandin, Valiente, Chorot, et al., 2005). En nuestro estudio usaremos el Índice total.

Como ha quedado justificado, el concepto de sensibilidad a la ansiedad (SA) es un aspecto central de la Teoría de Expectativa de la Ansiedad, y consiste en el miedo a los síntomas de ansiedad que el individuo presupone como peligroso o dañino. Actualmente se considera que la sensibilidad a la ansiedad constituye un factor de riesgo importante para desarrollar trastornos de ansiedad (Reiss, 1991). Los estudios previos indican que las mujeres puntúan más elevado que los varones en la sensibilidad a la ansiedad, excepto en la subescala social (Sandin, et al., 2005).

La consistencia interna de ASI es de 0.89 (Sandin, et al., 1996). En los análisis de consistencia interna obtenidos para nuestra muestra de estudio, se obtuvo un valor de Alpha de Cronbach 0.754

7.3.3 Los factores de preocupación sobre el parto.

En tercer lugar, para implementar en el estudio la variable preocupación previa al parto desde la perspectiva de la resolución de problemas (Borkovec, et al., 1983), se utilizará una encuesta de escala tipo likert de elaboración propia sobre las preocupaciones en torno al parto hospitalario que propone Davis-Floyd en su Modelo Tecnocrático del nacimiento (2009).

Para su desarrollo nos hemos basado en tres escalas europeas en relación a la preocupación sobre el parto: Escala de Preocupación del Parto y Nacimiento (Bailham, et al., 2004); Escala de Preocupaciones en Embarazo de Cambridge (Georgsson Ohman, et al., 2003); y la Escala de Oxford sobre las preocupaciones acerca del parto (Redshaw, et al., 2009).

La encuesta (ver Anexo) está formada por preguntas sobre la preocupación general sobre el proceso de parto contestadas con una medida tipo likert, donde el 1 supone “ninguna preocupación” y el 10 supone “preocupación extrema”. En los análisis de consistencia interna obtenidos para nuestra muestra de estudio, se obtuvo un valor de Alpha de Cronbach 0.908 para la preocupación previa al parto.

Ya se ha comentado que existen diferentes factores de preocupación, tanto a nivel psicosocial como obstétrico, que se relacionan positivamente con la ansiedad y que puede condicionar los resultados materno-fetales y la capacidad de afrontamiento de la mujer durante su parto (Hofmeyr, et al., 1991; Román Oliver et al., 2007; Hodnett et al., 2013). Estos factores de preocupación derivados del Modelo Tecnocrático del nacimiento (Davis-Floyd, 2009) han sido divididos para su estudio en tres grupos: los referentes al proceso clínico del parto, los referentes al fenómeno social del parto, y el grupo de técnicas hospitalarias.

Los factores de preocupación que hacen referencia al *proceso clínico del parto* identificados en la literatura engloban: la preocupación por el trabajo de parto, preocupación por acudir al hospital a tiempo, por la necesidad de inducción, preocupación por el dolor, por la pérdida de control, y por la duración del parto (Georgsson et al., 2003; Green et al., 2003; Bailham et al., 2004).

Sobre los factores de preocupación en relación al *fenómeno social del parto* se incluyen: el cambio de rol, la información, el apoyo durante el parto tanto por los profesionales como por la pareja, y la preocupación tanto por la salud de la madre como la del bebé (Georgsson et al., 2003; Green et al., 2003; Bailham et al., 2004; Cheung et al., 2007; Petersen, et al., 2009; Redshaw et al., 2009; Dencker et al., 2010).

Por último, sobre la preocupación sobre a las *técnicas hospitalarias* se incluye todo tipo de técnicas clínicas como medicación, vía intravenosa, uso de fórceps o ventosa, epidural y la posibilidad practicar una cesárea (Green et al., 2003).

En el estudio piloto previo, las variables que presentaron correlaciones más altas con la ansiedad fueron: la preocupación por el proceso de parto, la pérdida de control y la duración del parto (Martín Casado, 2011). Encontrándose relaciones estadísticamente significativas en las respuestas de ansiedad Cognitiva para la preocupación por el proceso de parto ($r=0,40$ $p= 0,017$); la pérdida de control ($r=0,45$ $p=0,007$) y la duración del parto ($r= 0,34$ $p=0,047$). Datos que concuerdan con los estudios previos realizados por los principales autores (Green et al., 2003; Bailham et al., 2004; Cheung, et al., 2007; Dencker, et al., 2010).

Sobre el grupo de variables referentes al fenómeno social del parto (Bailham, et al., 2004 y Redshaw, et al., 2009), en el estudio piloto se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad Estado solamente para la preocupación por el apoyo recibido por el profesional ($r=0,41$ $p= 0,01$). Sin embargo la relaciones sobre las respuestas de ansiedad y estas variables se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en la preocupación por la salud propia (ansiedad Cognitiva: $r=0,4$ $p=0,01$ y sintomatología de ansiedad: $r=0,35$ $p=0,042$) y en la preocupación sobre la información (ansiedad Cognitiva: $r=0,34$ $p=0,049$) además del apoyo recibido por el profesional (ansiedad Cognitiva: $r=0,39$ $p=0,02$ y sintomatología de ansiedad: $r=0,44$ $p=0,01$). Por último, en el grupo de variables relativas a las técnicas hospitalarias, en el estudio piloto sólo se encontraron relaciones estadísticamente significativas en la preocupación por la cesárea (ansiedad Cognitiva: $r=0,46$ $p=0,006$; y sintomatología de ansiedad: $r=0,38$ $p=0,02$). Sin embargo, aspectos como el parto instrumental, no presentaron relaciones significativas con las diferentes respuestas de ansiedad antes del parto. A pesar de que las medias de puntuación en el estudio piloto eran mayores a 8 en una escala Likert del 1-10.

7.3.4 Los resultados perinatales.

Finalmente, el grupo de variables relativas a las características clínicas del parto y los resultados obstétricos materno-fetales (SEGO, 2002; FAME, 2007, NICE, 2014), fueron cumplimentados por la investigadora realizando una revisión exhaustiva de cada historia clínica concreta. Estos indicadores se consideran los más relevantes para el desarrollo del parto y los resultados perinatales (Ministerio de Sanidad, 2012, 2014). El estudio estas variables vendrán recogidas en el Formulario II (ver Anexos).

Los resultados perinatales quedarán clasificados en dos grupos generales para su estudio: Indicadores clínicos del parto y resultados materno-fetales (Ministerio de Sanidad, 2014). Dentro del grupo de los indicadores del parto se encuentran: el tipo de parto, la inducción de parto y sus motivos, el tipo alumbramiento, la utilización epidural, las semanas de gestación y la duración del parto, duración dilatación, duración expulsivo y duración total. Los resultados materno-fetales son: test de Apgar, pH de sangre de cordón, tipo de reanimación neonatal; complicaciones en el parto.

Se estudiará el *tipo de parto* en base a los dos supuestos teóricos que definen la variable dependiente. En primer lugar, se clasificará la variable como parto eutócico o parto distócico. El parto eutócico es el parto fisiológico o normal, en el que no se identifican alteraciones en su transcurso, el feto se encuentra en posición cefálica y flexionada, su salida tendrá lugar por vía vaginal sin incidencias. El parto distócico es el parto que difiere de la normalidad y son necesarias maniobras o intervenciones tocúrgicas (FAME, 2007). En segundo lugar, se estudiará la variable tipo de parto en base a parto vaginal o parto cesárea, y finalmente parto de inicio espontáneo o inducido con fármacos debido a las implicaciones clínica, complicaciones y consecuencias que tienen para la mujer (González Merlo et al., 2006).

El estudio de la variable *duración del parto* quedará dividido en las etapas obstétricas correspondientes: dilatación y expulsivo (Ministerio de Sanidad, 2010) y finalmente se tratará como variable única: duración total medida en horas. El alumbramiento, es la expulsión de la placenta y las membranas adjuntas en la tercera etapa del parto, después de la expulsión del feto. Si esta expulsión no se produce de forma espontánea se debe proceder a la extracción manual de la placenta considerándose una complicación en la tercera etapa del parto (SEGO, 2008), por lo tanto, esta variable será clasificada como alumbramiento manual o espontáneo.

Por otro lado, la *Edad gestacional* mide las semanas de gestación transcurridas. El parto a término (FAME, 2007) tiene lugar entre las 37-42 semanas de embarazo. Periodo que se considera que el feto está completamente desarrollado y maduro para nacer, ese periodo es denominado embarazo a término. Sin embargo, a partir de las 36 semanas el feto se considera un prematuro tardío y no se administran fármacos tocolíticos si se desencadena el parto ya que se asumen más riesgos que beneficios respecto al desarrollo intrauterino (Ministerio de Sanidad, 2014).

Respecto a los resultados materno fetales a estudio, El *Test de Apgar* es un examen clínico que se realiza al recién nacido en el primer minuto y a los cinco minutos de vida, que pretende valorar la adaptación extrauterina del neonato. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisio-anatómicos: tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, reflejos y color de la piel. Con una puntuación entre 0 y 2 y un máximo de 10. Resultados por debajo de 6 se consideran patológicos y con potencial repercusión para el recién nacido (SEN, 2016).

El *pH de sangre de cordón*, es la prueba más objetiva actualmente para definir el Sufrimiento fetal. Los resultados fisiológicos se encuentran en valores de pH arterial mayor a 7,20 mmHg. Valores menores a 7,10 indican existencia de acidosis muy grave, relacionándose con Hipoxia fetal, incluso asfixia neonatal (NICE, 2014). Finalmente, la variable *Tipo de reanimación* será medida en base a la clasificación desarrollada por la Sociedad de Neonatología (2016) que establece cuatro niveles de reanimación, que van desde el 0 (secado de recién nacido y piel con piel con madre) hasta el 4 (intubación, maniobras de reanimación cardiopulmonar y utilización de fármacos).

7.4 Procedimiento de recogida de datos.

7.4.1 Permisos solicitados.

En primer lugar, para el desarrollo del presente trabajo de tesis se diseñó un estudio piloto y se solicitaron los permisos institucionales necesarios en ambos hospitales. Tanto el estudio piloto como la actual tesis doctoral fueron aprobados por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Guadalajara con fecha de 26- Abril-2011 y por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Rey Juan Carlos de Madrid con fecha de 26 Febrero 2013 (ver Anexo), que tras haber analizado la metodología del proyecto, los instrumentos de medida propuestos y el grado de relevancia de la investigación para la calidad asistencial, permitieron que dicha investigación pudiese ser desarrollada en ambos hospitales.

Los instrumentos de medida (entrevista, encuesta y escala) propuestos para el estudio piloto previo a la tesis doctoral, fueron examinados, analizados y validados a lo largo los meses de enero-marzo del 2011 por el Comité de Investigación de la Unidad Docente de Matronas de Toledo (ver Anexo). El grupo pudo valorar cada

escala y sus ítems analizando el grado de relevancia de cada ítem para cumplir los objetivos del proyecto, el grado de comprensión a la hora de plantear las preguntas y la validez metodológica de éstas para su aplicación en la población gestante a término.

7.4.2 Contacto con servicios sanitarios implicados.

En segundo lugar, se contactó con los servicios implicados para el desarrollo del estudio, donde se realizaron un par de sesiones formativas al personal sanitario, con sendos permisos de las supervisoras y jefes del servicio de ginecología y obstetricia. La primera sesión se realizó en mayo del 2011 en el Hospital Universitario de Guadalajara; la segunda en marzo del 2013 en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, respectivamente.

En ambas sesiones se explicó al equipo sanitario el objetivo de la investigación; la técnica de recogida de datos e instrumentos de medida; los criterios de inclusión y exclusión en el estudio y el tratamiento sobre la confidencialidad de los datos.

7.4.3 Contacto con participantes.

Las mujeres participantes en la investigación serán las gestantes de bajo-medio riesgo a término según los criterios de las asociaciones españolas de Obstetricia (FAME, 2007; SEGO, 2015) que acudan a la consulta de fisiopatología fetal tanto del Hospital Universitario de Guadalajara como del Hospital Rey Juan Carlos, para el control del final del embarazo y la vigilancia del bienestar fetal (González-Merlo, et al., 2006). Por tanto, que procedan del Área de Salud de ambos hospitales, con su historia obstétrica debidamente cumplimentada, un mínimo de tres ecografías obstétricas y que cumplan los criterios de inclusión en el estudio.

7.4.4 Criterios de inclusión.

- Mujeres gestantes hispanoparlantes que quieran participar en el estudio.
- Embarazo incluido y controlado en el programa de salud de la mujer gestante (FAME, 2007)
- Fetos entre 36-42 semanas por amenorrea o por ecografía del primer trimestre.
- Fetos con un peso adecuado para su edad gestacional (SEGO, 2015).

7.4.5 Criterios de exclusión.

- Embarazos no controlados.

- Edad materna igual o menor de 16 años (García Hernández, et al., 1993).
- Edad materna igual o mayor de 44 años (SEGO, 2015).

7.4.6 Aplicación de Recogida de datos.

Las mujeres participantes han sido las gestantes a término seleccionadas cuando acudieron a la consulta de Fisiopatología Fetal del Hospital (consulta de monitores y área de urgencias) en las últimas semanas de embarazo, con su historia obstétrica debidamente cumplimentada y que cumplan los criterios de inclusión del estudio.

El equipo de investigación al que pertenece la investigadora, ofreció a la gestante la posibilidad de participar en el estudio, explicándole la finalidad del mismo, entregándole el Consentimiento Informado y resolviendo cualquier tipo de duda sobre el tratamiento confidencial de los datos y su utilidad. Durante el periodo que permaneció la gestante del estudio en el monitor (aproximadamente 30 minutos) la investigadora facilitó el cuestionario autocumplimentado con los instrumentos psicométricos para ser completados por la mujer.

Un mes después, la investigadora realizó una recogida de datos detallada de cada gestante referente al parto: evolución y características del mismo a partir de la información de la historia clínica, del partograma y del programa de datos del servicio de paritorio.

7.4.7 Método de muestreo.

Para el estudio cuantitativo se ha realizado un muestreo consecutivo durante el tiempo que ha durado el estudio, incluyendo a todas las mujeres que han cumplido los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado. El equipo de investigación reclutó a cada participante durante el tiempo de guardia en el hospital. La lista de guardias corresponde a un ciclo donde cada semana los turnos cambian de manera periódica para cada persona. Por lo tanto, fue durante cada guardia donde se recogieron los datos de manera consecutiva hasta que se agotó la muestra.

7.5 Análisis estadísticos de los datos.

La entrada, gestión y análisis de los datos se ha llevado a cabo mediante la utilización del programa informático de análisis estadístico de datos SPSS19.0 para Windows (Visauta Vinacua, 2002).

Para considerar que existe grado de significación estadística, se ha utilizado la Significación exacta bilateral que asumiremos sea menor de 0.05. En todos los contrastes de hipótesis se ha rechazado la hipótesis nula con un Error tipo I menor a 0.05, siguiendo un intervalo de confianza del 95% (Carrasco, 1995; Argimon Pallas y Jiménez, 2004).

Para el análisis cuantitativo, se han contrastado las variables después de comprobar las pruebas de normalidad (asimetría; curtosis y Test de Kolmogorov-Smirnov) y de homogeneidad de las varianzas (Test de Levene). Las pruebas estadísticas que se han desarrollado han sido principalmente (Pardo, Ruiz y San Martín, 2009):

Para establecer qué factores psicosociales producen una mayor respuesta de ansiedad antes del parto se han establecido *Correlaciones* como principal técnica estadística. Las correlaciones se efectuarán entre cada variable independiente (factor de preocupación parto) con cada una de las variables dependientes (respuestas, grado y sensibilidad de la ansiedad). Para el cálculo de las correlaciones entre las variables cuantitativas se ha empleado el coeficiente de Pearson en aquellas que cumplen con los criterios de normalidad y el coeficiente de Spearman como prueba no paramétrica.

Para poder conocer si la ansiedad previa al nacimiento predice las características clínicas del parto, se han utilizado las técnicas estadísticas de *Correlación y Regresión*. Las respuestas de ansiedad que mayor correlación presenten con cada variable clínica del parto se utilizarán como predictoras para realizar el modelo de regresión correspondiente. Dependiendo de la naturaleza de cada variable dependiente, se aplicará un tipo de regresión u otra. Cuando la variable dependiente sea categórica se utilizarán regresiones logísticas y cuando la variable dependiente sea continua se utilizarán *regresiones lineales*. Para las variables clínicas cualitativas dicotómicas se utilizará la *regresión logística* binaria y para las cuantitativas continuas se aplicará la regresión lineal múltiple utilizando el método *stepwise*, para controlar la

colinealidad entre las variables independientes. Por lo tanto, para las variables: tipo de parto, epidural, alumbramiento y complicaciones en el parto, se realizará una regresión logística binaria con el método Avanzar hacia delante (Wald). Para las variables: Edad gestacional, duración del parto, test de Apgar, pH sangre cordón y reanimación neonatal, se realizará una regresión lineal múltiple con el método por pasos sucesivos.

Para poder realizar una comparativa entre los hospitales de estudio sobre ansiedad y resultados perinatales, se han utilizado las comparaciones de medias entre grupos, así como correlaciones para establecer los perfiles de ansiedad previa al parto específicos de cada Área sanitaria. Las comparaciones de medias se realizarán con las pruebas t para muestras independientes como prueba paramétrica para determinar cambios entre los valores de una variable cuantitativa con una nominal dicotómica (en este caso Hospital a estudio). Y la prueba U de Mann Withney como prueba no paramétrica, cuya finalidad es la misma que la prueba t para muestras independientes. Y finalmente la prueba χ^2 de Pearson, que se utilizará para comparar los grupos respecto a las variables cualitativas y sus porcentajes (Carrasco, 1995). Además, para establecer los diferentes perfiles en cuanto a preocupación al parto correspondiente a cada área sanitaria, se emplearán de nuevo Correlaciones utilizando el coeficiente de Pearson o de Spearman según los criterios de normalidad.

Por último, en los resultados significativos en las comparaciones de porcentajes se ha determinado el *Riesgo Relativo (RR)* como medida de asociación entre la exposición y el evento tomando en cuenta la incidencia en cada grupo. Al ser un estudio de cohortes se utilizará este concepto que se considera el más idóneo en este tipo de estudios (Aedo, Paulov, y Clavero, 2010). El riesgo relativo (RR) corresponde a la medida de asociación para variables nominales dicotómicas. El término riesgo implica que la presencia de una característica o factor (en este caso el Hospital) aumenta la probabilidad de eventos (favorables o desfavorables). Por lo tanto, el riesgo relativo es la probabilidad o densidad de probabilidad de que un evento ocurra, mide la fuerza de asociación entre la exposición y el evento. Es decir, indica la probabilidad de que se desarrolle el evento en los expuestos a un factor, en relación al grupo de los no expuestos a dicho factor tomando en cuenta la incidencia en cada grupo. En este estudio, se determinará el riesgo de sufrir una complicación u otra según el hospital de

procedencia con el parámetro Riesgo Relativo (RR) en la comparativa de medias significativas sobre los indicadores del parto.

CAPÍTULO 8. RESULTADOS.

“La maternidad me ha aportado el caos que necesitaba, para romper con el orden característico de mi Género.” Blog Historiasdeunabarriga

Ana Martín.

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos fruto del análisis de datos realizados para el contraste de las hipótesis planteadas. En la primera parte de este Capítulo, se realizará un análisis descriptivo de cada variable y posteriormente se expondrán las correlaciones encontradas entre los factores de preocupación y la ansiedad previa al parto con el propósito de contrastar la primera hipótesis de estudio. Para el contraste de la segunda hipótesis, se analizarán a través de parámetros estadísticos si alguna de las respuestas de ansiedad es significativamente más influyente en resultados desfavorables para el parto. Además de incluir las variables clínicas predictivas y su grado de influencia en el proceso de parto. En tercer lugar, se presentará una comparativa entre la población de ambos hospitales en relación a sus resultados materno-fetales, que pretende contrastar la Hipótesis 3. Finalmente, para poder demostrar las últimas hipótesis se expondrán las relaciones estadísticamente significativas obtenidas entre la ansiedad y la asistencia a Educación maternal.

8.1 Análisis descriptivo de las variables a estudio.

8.1.1 Variables socio-demográficas y de salud reproductiva.

La muestra de estudio está compuesta por un total de 235 gestantes de bajo riesgo (SEGO, 2002; FAME, 2007; Ministerio de Sanidad, 2014) procedentes del Área de Salud de Guadalajara y Móstoles. Tras el análisis de frecuencias de los datos socio-demográficos recogidos, se ha observado que la media de edad es 31,86 años, casadas la mayoría (64,3%) seguidas por un 26% de solteras. Se observa que la distribución comprende gestantes desde 19 años hasta 43, la media de edad de las mujeres es 31,86 años (DT=4,57). Respecto a los porcentajes por edad, la gran mayoría de las gestantes se sitúa en la horquilla de 31 a 34 años (aproximadamente un 40% de la muestra).

En relación a la *nacionalidad* de las mujeres, se observa cómo la mayoría son de origen español (83,4 % N=235) seguidas de las latino-americanas (8,5%); marroquíes (1,3%) y europeas (Europa del este 5,9%; Reino Unido 0,4%; portuguesas 0,4%). Las gestantes españolas son 196, constituyendo el 83,4% de la muestra, seguida de las americanas. El país de América latina mayoritario de la muestra es Colombia, de donde proceden 5 gestantes (2,1%) seguido de Perú y Ecuador con 4 gestantes respectivamente (1,7%). Procedentes de Bolivia y Venezuela, 2 gestantes respectivamente (0,9%) y finalmente Brasil, Chile y Paraguay aportan 1 gestante de cada país a la muestra (0,4%). En relación a Europa del Este, el país de origen de la mayoría es Rumanía, del que proceden 11 participantes (4,7%) seguido de Bulgaria, Polonia y Ucrania, donde hay una participante de cada país (0,4% respectivamente). Sobre el resto de Europa hay 1 gestante portuguesa y otra inglesa (0,4%).

Los datos relativos a la *actividad laboral* desarrollada, nos muestran que trabajan 164 mujeres, un 69,8% y 71 mujeres se encuentran en paro (30,2%) tasa de paro más alta que el de la población general (23,78 %) (INE, 2015). Otro dato a reseñar es el de las amas de casa, que, aunque no ejerzan trabajo remunerado, estas 5 mujeres (2,1%) no se consideraban paradas al preguntar en la encuesta sobre actividad laboral. En relación al tipo de actividad, el sector administrativo constituye la actividad principal para 39 mujeres (16%), seguidas de 13 dependientas y 5 cajeras en pequeño comercio (5,5% y 2,15% respectivamente). El sector de actividad relacionada con la salud es también mayoritario (enfermeras 3%; auxiliares de enfermería 2,6%; técnicas de laboratorio y rayos 1,3%; matronas 1,3%; auxiliares dentales 0,8%; psicólogas 0,9%; óptica 0,4%). Otras de las profesiones que son ocupadas por las mujeres del estudio son las relativas a la educación: 7 profesoras de secundaria; 4 maestras y 4 educadoras infantiles (6,4% de la muestra). En la empresa privada trabajan desempeñando cargos de responsabilidad 7 participantes: 3 gerentes y 3 coordinadoras de planta (1,3% respectivamente), una productora de televisión (0,4%); 3 ingenieras y 3 arquitectas (1,3% para cada categoría); 2 mujeres dedicadas a recursos humanos (0,9%); una periodista (0,4%) y 3 visitadoras médicas (1,7%). Finalmente, componen otro grupo de actividades del sector servicios con una menor cualificación las empleadas de fábrica en cadena de montaje (3,4%) limpiadoras (1,7%); peluqueras (1,3%); lavanderas (0,9%) y jardineras (0,4%).

Por lo que respecta *la situación familiar* de la muestra de gestantes, la gran mayoría está casada 64%, seguida por un 26 % de gestantes solteras. Las parejas de hecho son un 6,8% de la muestra; divorciadas hay 3 mujeres (1,3%) y no contesta respecto su estado civil un 1,7% de la muestra.

Respecto al grupo de variables referentes a la salud reproductiva y las características obstétricas de la muestra (SEGO, 2002; González Merlo et al., 2006; FAME, 2007; Ministerio de Sanidad, 2010). Los resultados muestran que la *Edad gestacional* de las embarazadas comprendida en un mínimo de 36 semanas de y un máximo de 42 (DT: 2,11). Entre 36 y 37 semanas se sitúa el 18,5% de la muestra. Entre 39 y 40 semanas el 49,4% de la muestra. Y con edad gestacional mayor de 41, el 17,9% considerándose embarazo cronológicamente prolongado (SEGO, 2002).

En relación a los *hábitos tóxicos*, las gestantes fumadoras representan el 22,1%, frente a las no fumadoras (79,9%). Solo contestaron 194 de gestantes obteniéndose un 17,4 de valores perdidos. Un 8,8% de la muestra consumía diariamente 3 cigarrillos. El 2,9% consumía 2, 4 o 5 cigarrillos respectivamente, y un 14,6% más de 10 cigarrillos.

En el estudio la gran mayoría de las gestantes no presentaban ningún tipo de *alergia* 75,5%, y un 8,8% tenían alergias. Del grupo de alérgicas, los fármacos representan el 32,6% del total de los alérgenos y los ambientales 67,3%. Los antibióticos 6,4%; el Nolotil (1,2%) y los anestésicos (0,4%). Entre los alérgenos ambientales o alimentarios se encuentran el Polen (11,5%); el pelo animal (3%); el látex (1,2%) y el gluten (0,9% de la muestra).

Respecto al *grupo sanguíneo*, en nuestra muestra el 41 % de las gestantes correspondía al grupo 0+ (mayoritario en la población española) seguido de A+ (32,3%). El grupo de gestantes de la muestra con Rh (-) se sitúa en el 17,8% siendo este dato compatible con los datos de individuos Rh (-) en la población general (16-18%) (González Merlo et al., 2006). El grupo de 0- considerado el donante universal, constituye el 8,9% de la muestra de gestantes, seguido de otros grupos sanguíneos considerados minoritarios en la población general.

En relación al *número de hijos/as*. Un 60% no tiene y un 40% tiene hijos/as anteriores al embarazo actual. No hay casos con más de tres hijos en nuestros

datos. El 31,9% de la muestra tenía 1 hijo/a; el 7,7% tenía 2 y sólo el 0,42% tenía 3 hijos/as. De 94 mujeres (40% de la muestra) con hijos/as previos, respecto a *sus partos anteriores* podemos observar que el 15,9% de la muestra tuvo un parto anterior por cesárea. El 68% de los partos anteriores fueron eutócicos y el 15,9% instrumentales. En estas gestantes, se presentaron complicaciones y problemas clínicos en sus partos en un 38,3% con respecto al 61,7% de los partos anteriores que no presentaron ninguna complicación (N=94). Sobre las *complicaciones en parto anterior*, el riesgo de pérdida de bienestar fetal fue la complicación más frecuente en 22 partos (23,4%); seguida de las hemorragias en 6 partos (6,3%); la no progresión de parto (3,2%); la infección (2,1%); y 2 partos prematuros (2,1%); un caso que cursó con muerte perinatal (1,1%), complicación poco frecuente pero muy grave. En relación al *nivel de satisfacción en los partos anteriores*, al preguntar a las multíparas de nuestra muestra sobre la valoración por la atención recibida y el proceso clínico de su parto anterior, un 64% se consideraban totalmente satisfechas frente a un 33% insatisfechas o moderadamente satisfechas con respecto al anterior proceso.

Además, el 64,3% de la muestra confirmó que acudió en este embarazo a las sesiones de *Educación prenatal*, frente a un 35,7% que no acudió a las clases. De la misma forma un 43% acudieron una charla informativa sobre la Epidural frente a un 56,6% que no acudió.

Respecto a las *patologías del embarazo actual* se observa que la mayor parte de las gestantes están sanas (52,3%). Entre las patologías más frecuentes de la muestra se encuentran las Metrorragias del primer trimestre o amenaza de aborto (11,8%). Alteración en el metabolismo del azúcar (15,3%), causado por una resistencia periférica a la insulina que podría desembocar en Diabetes Gestacional (5% de las gestaciones españolas). Además, entre las patologías del segundo y tercer trimestre más frecuentes en la muestra se encuentran: las alteraciones de la tensión arterial o Estados hipertensivos del embarazo (2,1%), que, sin tratar, podría desembocar en Preeclamsia. Infecciones del tracto urinario (3,8%), Colestasis intrahepática, amenaza de parto prematuro o crecimiento intrauterino retardado (3% respectivamente). Añadir también la infección de un 2,1% de la muestra para el Virus del Papiloma Humano, patología con un grave aumento de prevalencia entre las mujeres jóvenes en la última década (Cortes, Cañada, Cararach, 2008).

8.1.2 Análisis descriptivo de los factores de preocupación previa al parto.

A continuación, se detalla el análisis descriptivo y las pruebas de ajuste a la normalidad correspondientes de las preocupaciones, tanto a nivel psicosocial como obstétrico, que refieren las mujeres antes del parto (Georgsson Ohmanet al., 2003; Green et al., 2003; Bailham et al., 2004; Cheung et al., 2007; Petersen, et al., 2009; Redshaw, et al., 2009; Dencker et al., 2010).

Como se observa en la Tabla 1, las medias más altas (mayores a 7) se obtuvieron para los factores de preocupación: salud de bebé y salud propia, cesárea y parto instrumental. Por el contrario, las medias más bajas fueron para la preocupación por acudir al hospital a tiempo y apoyo recibido por la pareja.

Tabla 1. Descriptivos y normalidad de los factores de preocupación previos al parto.

	Media	Mediana	D.T.	Asimetría	Curtosis	Z de K-S	Sig. asintót. (bilateral)
Preocupación proceso parto.	6,09	6,00	2,265	-,303	-,447	,146	,000**
Preocupación acudir hospital a tiempo.	4,87	5,00	2,607	,134	-,915	,103	,000**
Preocupación por inducción.	5,76	6,00	2,746	-,118	-1,010	,116	,000**
Preocupación dolor.	6,38	7,00	2,545	-,366	-,796	,125	,000**
Preocupación pérdida de control.	5,43	5,00	2,565	-,046	-,835	,098	,000**
Preocupación duración del parto.	6,02	6,00	2,593	-,268	-,911	,131	,000**
P. apoyo recibido por profesional.	5,15	5,00	2,772	,120	-1,019	,109	,000**
Preocupación apoyo recibido por pareja.	3,83	2,00	3,194	,752	-,886	,236	,000**
Preocupación salud de bebé.	8,60	10,00	2,092	-1,743	2,554	,280	,000**
Preocupación salud propia.	7,39	8,00	2,639	-,764	-,463	,175	,000**
Preocupación información sobre evolución.	6,26	7,00	2,748	-,302	-,927	,120	,000**
Preocupación sobre medicamentos.	5,16	5,00	2,595	-,047	-,921	,097	,000**
Preocupación epidural.	5,92	6,00	2,724	-,308	-,831	,113	,000**
Preocupación episiotomía.	6,57	7,00	2,606	-,457	-,756	,147	,000**
Preocupación sobre cesárea.	7,46	8,00	2,409	-,912	,173	,181	,000**
Preocupación parto instrumental.	8,20	9,00	2,283	-1,342	1,137	,227	,000**

Nota. Mínimo:1; Máximo:10 *p<.05 **p<.001

Las pruebas de ajuste a la normalidad se realizaron en base a la asimetría y la curtosis de cada variable a estudio. Todas las variables obtuvieron valores de asimetría y curtosis comprendidos entre -1 y 1 excepto: inducción, salud del bebé, apoyo recibido por el profesional y parto instrumental. Por lo tanto, no se asumirán fuertes desviaciones de la normalidad en los factores de preocupación ante el parto excepto para esas variables, en las que se aplicarán pruebas no paramétricas.

8.1.3 Análisis descriptivo de la ansiedad previa al parto.

Las medias más altas de la muestra de gestante fueron para la ansiedad Rasgo, frente a la ansiedad Estado. Además, la respuesta de ansiedad donde se obtiene la media más alta es en la ansiedad cognitiva frente a la ansiedad motora que obtuvo la media más baja. Con respecto a los valores máximos, la ansiedad Rasgo y el Índice de sensibilidad a la ansiedad fueron las dimensiones con valores más altos. Además, se debe tener en cuenta que la desviación típica de este último test fue la más elevada (DT=8,638).

Respecto a las pruebas de ajuste a la normalidad todas las respuestas de ansiedad obtienen valores de asimetría y curtosis comprendidos entre -1 y 1 excepto: ansiedad fisiológica y el Índice de sensibilidad a la ansiedad. Por lo tanto, será en estas variables donde aplicaremos pruebas no paramétricas. En el resto, no se asumirán fuertes desviaciones de la normalidad. A continuación, se detallan en la Tabla 2 los análisis descriptivos y las pruebas de ajuste a la normalidad para cada uno de los test de ansiedad utilizados en el estudio.

Tabla 2 Estadísticos descriptivos y normalidad de la ansiedad previa al parto.

	Media	Mediana	D.T.	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis	Z de K-S	Sig. asintót. (bilateral)
STAI-E	26,06	26,00	5,449	11	49	,603	1,691	,087	,000**
STAI-R	27,23	27,00	5,023	14	43	,352	,086	,065	,018*
ISRA-C	9,38	9,00	5,058	0	24	,265	-,390	,066	,015*
ISRA-F	8,14	6,00	6,871	0	35	1,181	1,302	,137	,000**
ISRA-M	6,05	6,00	3,748	0	19	,696	,581	,095	,000**
ASI	14,05	13,00	8,638	0	48	1,085	1,627	,119	,000**

Nota. STAI-E: ansiedad Estado; STAI-R: ansiedad Rasgo; ISRA-C: respuesta de ansiedad cognitiva. ISRA-M: respuesta de ansiedad motora; ISRA-F: respuesta de ansiedad fisiológica; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad. *p<.05 **p<.001

8.2 Objetivo 1: Analizar los factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto en gestantes a término.

Para poder contrastar la primera Hipótesis de estudio: *Existen determinados factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto.* Se ha realizado un estudio de correlaciones entre la ansiedad y cada uno de los factores de preocupación previo al parto. Como se ha explicado en el

Capítulo de Método, estos factores quedarán divididos para su estudio en tres grandes grupos exponiéndose a continuación (Davis-Floyd, 2009).

8.2.1 Factores de preocupación referentes al proceso clínico de parto.

A continuación, se muestran en la Tabla 3 y Tabla 4 las correlaciones específicas para cada variable de preocupación referente al proceso clínico de parto y la ansiedad.

Tabla 3 Correlación de Pearson entre la preocupación por el proceso clínico de parto y la ansiedad.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M
Preocupación por parto.	,033	,223**	,359***	,294***
Preocupación acudir hospital.	,096	,190**	,226***	,214**
Preocupación dolor.	,037	,118	,260***	,192**
Preocupación pérdida de control.	,033	,212**	,328***	,191**
Preocupación duración del parto.	,022	,115	,296***	,177**

Nota. N:235; *p<.05 **p<.01 *** p<.001

Tabla 4 Correlación de Spearman entre la preocupación por el proceso clínico de parto y la ansiedad.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M	ISRA-F	ASI
Preocupación inducción.	,037	,150*	,208**	,140*	,259***	,248***
Preocupación parto.					,266***	,372***
Preocupación acudir hospital.					,212**	,291***
Preocupación dolor.					,166*	,316***
Preocupación pérdida de control.					,222**	,289***
Preocupación duración del parto.					,204**	,311***

Nota. N:235; *p<.05 **p<.01 *** p<.001

Como se observa en las Tablas 3 y 4, todos los factores referentes al *proceso clínico del parto* presentaron relaciones estadísticamente significativas para todas las dimensiones de la ansiedad excepto la ansiedad Estado. La respuesta cognitiva es la que obtiene correlaciones más altas.

La variable *preocupación por el parto*, presenta relación estadísticamente significativa con todas las dimensiones de ansiedad excepto la ansiedad Estado. Siendo las respuestas de ansiedad y el Índice de sensibilidad de ansiedad las que presentan las correlaciones más altas. La preocupación por *acudir al hospital a tiempo* presenta también relación estadísticamente significativa con todas las respuestas de ansiedad

excepto con la ansiedad Estado. Las correlaciones más altas fueron con la respuesta Cognitiva ($r=.266, p<.001$) y el Índice de sensibilidad a la ansiedad ($r=.308, p<.001$). De la misma manera, la preocupación por la *inducción* presenta relaciones estadísticamente significativas con todas las variables de ansiedad excepto con la ansiedad Estado. Las correlaciones más altas se dan, con la respuesta de ansiedad Fisiológica ($r=.291, p<.001$), y el Índice de sensibilidad a la ansiedad ($r=.248, p<.001$).

En lo relativo al *control*, la preocupación por la pérdida de control presenta relación con todas las variables de ansiedad excepto la ansiedad Estado. Las correlaciones más altas se dan también con la ansiedad Cognitiva ($r=.328, p<.001$) y el Índice de sensibilidad a la ansiedad ($r=.289, p<.001$). Sin embargo, la variable preocupación por *dolor*, muestra correlación con todas las variables de ansiedad excepto la ansiedad Estado y Rasgo, aunque estas relaciones son bajas. Ocurre lo mismo con la *duración del parto* que presenta relación con todas las variables de ansiedad excepto la ansiedad Estado y Rasgo. Se puede afirmar que tanto el dolor, como la duración del parto son las variables de este grupo que presentan correlaciones más bajas con la ansiedad.

8.2.2 Motivos de preocupación referentes a la dimensión social del parto.

En el grupo de preocupaciones relacionadas con la dimensión social del parto encontramos las variables referentes al apoyo, la salud y la información. A continuación, en las Tablas 5 y 6 se muestran las correlaciones específicas para cada una.

Tabla 5 Correlación de Pearson entre la preocupación en relación a la dimensión social del parto y las respuestas de ansiedad.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M
Preocupación apoyo pareja.	-,025	,034	,197**	,217**
Preocupación salud propia.	,151*	,142*	,288***	,126
Preocupación información.	,093	,180**	,292***	,275***

Nota. N:235; * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

8. Resultados

Tabla 6. Correlación de Spearman entre la preocupación en relación a la dimensión social del parto y las respuestas de ansiedad.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M	ISRA-F	ASI
Preocupación apoyo profesional.	-,042	,110	,299***	,270***	,283***	,240***
Preocupación salud bebé.	-,007	,061	,249***	,119	,117	,172**
Preocupación apoyo pareja.					,176**	,192**
Preocupación salud propia.					,152*	,231***
Preocupación información.					,244***	,249***

Nota. N:235; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Como se puede observar en las Tabla 5 y Tabla 6, las preocupaciones que presentaron correlaciones más altas fueron las relacionadas con el ámbito de la responsabilidad de los profesionales frente al parto: tanto el apoyo, como la información aportada por los profesionales. Dentro de la dimensión del *apoyo*, la preocupación por el apoyo profesional durante el parto presenta correlaciones con todas las variables de ansiedad excepto la ansiedad Estado y Rasgo. No obstante, no ocurre lo mismo con la preocupación del apoyo de la pareja, la cual presenta correlaciones más bajas.

Sobre la variable *salud*, se puede concluir que existe relación entre la variable preocupación salud propia y todas las variables de ansiedad excepto la respuesta motora. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la preocupación por la salud del bebé, que apenas presenta relaciones significativas a pesar de haber obtenido la media más alta del perfil descriptivo ($M=8,60$). Resulta interesante señalar que la propia salud, es el primer factor de preocupación que tiene relación significativa con la variable ansiedad Estado ($r=.151, p<.05$).

Para concluir, existe relación entre la preocupación por la *información* sobre la evolución del parto y todas las variables de ansiedad excepto ansiedad Estado. Las correlaciones más altas se obtuvieron con todas las respuestas de ansiedad: Cognitiva ($rs=.294, p<.001$); Motora ($rs=.268, p<.001$); Fisiológica ($rs=.244, p<.001$) y el Índice de sensibilidad a la ansiedad ($rs=.249, p<.001$). En todas ellas, la correlación fue significativa al nivel de .001.

8.2.3 Motivos de preocupación referentes a técnicas hospitalarias.

Finalmente, se muestran las correlaciones específicas entre la ansiedad y los factores de preocupación específicos derivados de las técnicas empleadas en el ámbito institucional medicalizado (Davis-Floyd, 2009).

Tabla 7 Correlación de Pearson entre la preocupación por técnicas hospitalarias y las respuestas de ansiedad.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M
Preocupación medicamentos.	-,009	,172**	,251***	,200**
Preocupación epidural.	,083	,129*	,280***	,211**
Preocupación episiotomía.	-,056	,120	,221**	,126
Preocupación cesárea.	-,008	,038	,096	,022
Nota. N:235; *p<,05 **p<,01 *** p<,001				

Tabla 8. Correlación de Spearman entre la preocupación por técnicas hospitalarias y las respuestas de ansiedad.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M	ISRA-F	ASI
Preocupación parto instrumental	-,031	,114	,177**	,095	,108	,114
Preocupación medicamentos.					,238***	,204**
Preocupación epidural.					,229***	,248***
Preocupación episiotomía.					,134*	,234***
Preocupación cesárea.					,037	,172**
Nota. N:235; *p<,05 **p<,01 *** p<,001						

A la luz de los resultados de las Tablas 7 y 8, existe relación entre la variable preocupación por *medicamentos intravenosos* y todas las variables de ansiedad excepto la ansiedad estado. Ocurre lo mismo en la preocupación por la analgesia *epidural*, que presenta relaciones estadísticamente significativas con todas las variables de ansiedad excepto la ansiedad Estado. Las correlaciones más altas fueron para las respuestas: Cognitiva ($r=.280, p<.001$) y Fisiológica ($r=.229, p<.001$).

No existe relación entre la variable preocupación por la *cesárea* y ninguna de las variables de ansiedad. Por lo que se puede afirmar que la preocupación por la cesárea es la variable de preocupación del parto que menor número de correlaciones estadísticamente significativas presenta con la ansiedad. Obteniendo exclusivamente correlación con el Índice de sensibilidad a la ansiedad ($r=.172, p<.01$).

Ocurre lo mismo con la preocupación por *parto instrumental*, que sólo presenta relación con la ansiedad Cognitiva ($r=.177, p<.001$). Es, además el único factor

de preocupación del estudio que no se correlaciona con el Índice de sensibilidad a la ansiedad. Por último, la *episiotomía* es el factor de preocupación del parto que presenta un menor número de correlaciones con la ansiedad por detrás de la cesárea y parto instrumental. Sólo obteniendo relaciones significativas con la ansiedad cognitiva y el índice de sensibilidad a la ansiedad.

8.2.4 Resumen final de resultados del Objetivo 1: Analizar los factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto.

Respecto al perfil de preocupación de las gestantes de la muestra se puede afirmar:

- Las preocupaciones del parto con medias más altas son: salud del bebé, salud propia, cesárea y parto instrumental.
- El Rasgo de ansiedad y la respuesta cognitiva es donde se obtienen medias más altas en ansiedad.
- Los factores de preocupación previa al parto que muestran correlaciones más altas con la ansiedad son: *pérdida de control, salud propia, apoyo profesional y acudir al hospital a tiempo*. En contraposición: el dolor, la salud del bebé, la cesárea y el parto instrumental, obtienen las más bajas.
- La respuesta cognitiva es la que obtiene correlaciones más altas con todos los factores de preocupación.

Atendiendo al estudio de los factores de preocupación por grupos, se puede decir que:

- Todos los factores referentes al *proceso clínico del parto* presentan relaciones estadísticamente significativas con la ansiedad excepto la ansiedad Estado. La preocupación por la pérdida de control y acudir al hospital a tiempo, son los factores que presentan correlaciones más altas, a pesar de este último, haber obtenido la media más baja en el perfil descriptivo.
- En lo relativo a la *dimensión social del parto*, la preocupación por la propia salud presenta un mayor número de correlaciones con la ansiedad. Sin embargo, las correlaciones más altas se obtuvieron para los factores los relacionados con el ámbito de la responsabilidad de los profesionales: apoyo profesional e información. La preocupación por la salud del bebé apenas presenta correlaciones con la ansiedad, a pesar de haber obtenido la media más alta.

8. Resultados

- Por último, el grupo de *preocupaciones referentes a técnicas hospitalarias* es el que menor número de correlaciones presentan con la ansiedad en relación a todo el conjunto de preocupaciones en el parto. Es más, no existe relación entre la variable preocupación por cesárea y ninguna las respuestas de ansiedad.

Por lo tanto, nuestra primera hipótesis planteada que era: *Existen determinados factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto*, queda comprobada parcialmente, puesto que algunos de los factores de preocupación analizados apenas presentan relaciones estadísticamente significativas con la ansiedad, como es el caso de la cesárea, el parto instrumental, la episiotomía y la salud del bebé.

A la luz de los resultados obtenidos queda demostrado que los principales factores de preocupación, tanto a nivel psicosocial como obstétrico, que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto son: acudir al hospital a tiempo, el control, el apoyo, la información y la salud propia, el dolor, la inducción y la duración del parto.

Sin embargo, los factores de preocupación como: el parto instrumental, la episiotomía y la salud del bebe, apenas presentan relaciones significativas con la ansiedad. Siendo la cesárea el factor que no presenta ninguna relación con las respuestas de ansiedad. Por lo tanto, el esquema de la verificación de hipótesis para el Objetivo 1 queda configurado de la siguiente manera:

Objetivo:	Hipótesis	Contenido	Verificación
Analizar los factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto en gestantes a término.	Hipótesis 1.	Existen determinados factores de preocupación que se relacionan positivamente con ansiedad previa al parto.	*
		Los factores de preocupación: Cesárea.	X
		Acudir al hospital, control, apoyo, información, salud propia, inducción, dolor y duración del parto.	✓
		Parto instrumental, salud del bebé, episiotomía.	*

Nota. En Verde: hipótesis verificada; *: hipótesis parcialmente verificada; X: hipótesis no verificada.

8.3 Objetivo 2: Analizar la influencia entre las respuestas de ansiedad y los resultados obstétricos materno-fetales.

Para poder contrastar la Hipótesis 2 de estudio: *Tanto la preocupación, como la ansiedad previa al nacimiento, predicen las características clínicas del parto.* Se realiza un estudio de regresión entre la ansiedad y cada uno de los resultados perinatales. Como criterios para seleccionar las variables predictivas a introducir en el modelo de regresión, en primera instancia se introducen aquellas que resulten estadísticamente significativas en las correlaciones realizadas previamente. En segundo lugar, se incluyen las variables que la literatura marca como influyentes para el desarrollo clínico del parto. Como ya quedó explicado en el Capítulo de Método, las variables predictoras para cada resultado obstétrico quedarán clasificadas en dos grupos: Indicadores clínicos del parto y resultados materno-fetales (Ministerio de Sanidad, 2014).

8.3.1 Indicadores clínicos del parto.

8.3.1.1 Tipo de parto.

Para establecer las mejores variables predictoras para el tipo de parto, en la ecuación de regresión quedarán incluidas a priori como covariables todas las respuestas de ansiedad a estudio (STAI R-E; ISRA C-F-M; ASI); el factor de preocupación: apoyo profesional, que mostró correlación significativa ($r = .142, p < .01$) y las variables más influyentes marcadas por la literatura para el tipo de parto: parto anterior, inducción, edad y epidural (Ministerio de Sanidad, 2014). Se ha incluido también como covariable el tipo de hospital, debido a que los dos hospitales tienen protocolos de parto diferentes y además la comparación en sus medias obtuvo significación estadística para parto cesárea/vaginal ($t = -2,434, p < .05$).

8.3.1.1.1 Tipo de parto: eutócico/distócico.

A continuación, en la Tabla 9 se muestra el análisis de regresión logística para establecer las variables predictivas del parto eutócico o distócico.

8. Resultados

Tabla 9 Regresión logística binaria para el tipo de parto: eutócico/distócico.

	B	P	O.R.	I.C.95% para O.R.	
				Inferior	Superior
Paso 4					
ASI	,054	,003**	1,055	1,019	1,093
Hospital (1)	-,727	,018*	,483	,264	,884
Edad	,071	,042*	1,074	1,003	1,150
Parto anterior	-1,353	,000***	,258	,130	,515

Nota. N:235; *p<,05**p<,01 ***p<,001

El modelo de regresión que se generó obtuvo un buen ajuste para el Test de Hosmer Leveshow ($\chi^2=6.605$ $p=.580$), por lo que puede corroborar que el modelo calculado se ajusta a los datos usados para estimarlo. El proceso de selección de las variables finalizó en 4 pasos. La primera variable introducida en el modelo es el Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI), seguida del Hospital; la edad y finalizando el proceso de selección de variables el parto anterior. Las variables ASI y Edad, son variables continuas y se comportan en el modelo de regresión como factores de riesgo.

A la luz de los resultados obtenidos podemos afirmar que por cada unidad que aumenta el Índice de sensibilidad a la ansiedad, aumenta la probabilidad de tener un parto distócico (OR=1,055). Ocurre lo mismo con la edad, por año que se incrementan la edad de la parturienta se multiplica las probabilidades de tener un parto distócico (OR= 1,074).

Sin embargo, las variables tipo de hospital y parto anterior se comportan como factores de protección para el parto distócico. Parece que en las gestantes del hospital de Móstoles (variable categórica codificada como 1) la probabilidad de tener un parto distócico disminuye (OR=0,483) y en las mujeres que tienen partos previos está probabilidad está todavía más disminuida en comparación de las que no los tienen (OR=0,258). Por lo tanto, se puede concluir que tener un Índice de sensibilidad elevado y mayor edad aumenta el riesgo de padecer un parto distócico. En contraposición de tener hijos previos y elegir el hospital de Móstoles para parir.

8.3.1.1.2 Tipo de parto: vaginal/cesárea.

De la misma manera, para establecer las variables predictivas de tener o no mayor probabilidad de cesárea, se ha realizado un análisis de regresión logística binaria en el que se obtuvo un buen ajuste para el Test de Hosmer Leveshow ($\chi^2=7.829$ $p=.450$).

8. Resultados

Tabla 10 Regresión logística binaria para el tipo de parto: vaginal/cesárea.

	B	P	O.R.	I.C.95% para O.R.	
				Inferior	Superior
Paso 3					
ASI	,087	,000***	1,090	1,047	1,136
Hospital (1)	-1,092	,007**	,336	,152	,742
Duración parto	,085	,001**	1,089	1,034	1,147

Nota. N:235; *p<,05**p<,01 ***p<,001

El proceso de selección de las variables finalizó en 3 pasos. De nuevo, la primera variable introducida en el modelo fue el Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI), seguida del Hospital y por último finaliza el proceso la duración del parto. Las variables ASI y Duración del parto son variables continuas y se comportan en el modelo de regresión como factores de riesgo. Por cada unidad que aumenta ASI se incrementa la probabilidad de tener una cesárea (OR= 1,090). Ocurre lo mismo con la duración del parto, por cada hora que se prolonga el parto aumentan las probabilidades de tener una cesárea (OR=1,089). Sin embargo, de nuevo la variable tipo de hospital se comporta como factor de protección para la cesárea. En las gestantes del hospital de Móstoles la probabilidad de tener una cesárea disminuye frente al grupo de Guadalajara (OR=0,336).

A modo de conclusión, las variables predictoras principales que definen el tipo de parto son Índice de sensibilidad a la ansiedad elevado; edad avanzada y parto prolongado que actúan como factores de riesgo por lo que aumentan las posibilidades de parto distócico y cesárea. Sin embargo, tener partos anteriores y parir en el Hospital de Móstoles actúan como factores protectores por lo que disminuyen las probabilidades de ambos.

8.3.1.2 Inicio del parto: inducido/espontáneo.

A continuación, en la Tabla 11 se muestran los resultados del análisis de regresión logística binaria para establecer las variables que predicen las probabilidades de que el parto se inicie de forma inducida o espontánea. Como la inducción está muy relacionada con la existencia de problemas durante el embarazo, se ha tomado esta variable en cuenta como covariable en la ecuación de regresión (González Merlo et al., 2006) Además la correlación se mostró estadísticamente significativa ($r = .139, p < .05$).

8. Resultados

Tabla 11 Regresión logística binaria para el inicio del parto: inducido/espontáneo.

	B	P	O.R.	I.C.95% para O.R.	
Paso 3				Inferior	Superior
Hospital (1)	,653	,018*	1,922	1,117	3,307
ISRAC	,062	,028*	1,063	1,007	1,123
Parto anterior	-,896	,002**	,408	,233	,714

Nota. N:235; *p<,05 **p<,01 ***p<,001

El modelo de regresión que se generó obtuvo un buen ajuste para el Test de Hosmer Leveshow ($\chi^2=4,084$ $p=.850$). El proceso de selección de las variables finalizó en 3 pasos. La primera variable introducida en el modelo el Hospital (1=Móstoles), seguida de la respuesta de ansiedad cognitiva (ISRAC) y finaliza el proceso la variable parto anterior. En la ecuación tanto ISRAC como el Hospital de Móstoles actúan como factores de riesgo del parto inducido, y tener partos previos actúa como factor de protección. Las gestantes del hospital de Móstoles tenían más probabilidades de iniciar el parto de forma inducida que las de Guadalajara (OR=1,922). Además, por cada unidad que aumenta el ISRAC también se multiplican el riesgo de tener una inducción de parto (OR=1,063).

Se realizó por tanto una comparación de medias entre los grupos de gestantes de ambos hospitales en lo relativo a patología del embarazo actual para valorar si ése era el motivo de que la variable hospital influya tanto en la inducción, pero la diferencia en medias en problemas en la gestación no se mostró significativa ($t=1,368$, $p=.173$).

Tener partos anteriores actúa en la ecuación como factor de protección: las gestantes con partos previos presentan una menor de probabilidad de tener una inducción (OR=0,408).

8.3.1.3 Duración del parto.

Como ha quedado descrito en el Capítulo de Método, el estudio de la duración del parto se realizará en las etapas obstétricas (Ministerio Sanidad, 2012). Además, para establecer las variables predictivas de la duración del parto, se utilizará el análisis de regresión lineal múltiple, seleccionando previamente las variables independientes con una correlación lineal con la variable dependiente más alta para evitar la inflación del coeficiente de determinación al incluir un gran número de

variables predictivas. También se ofrecerán las estimaciones del coeficiente de determinación (R^2), así como del incremento de este coeficiente a medida que se incluyen predictores significativos.

8.3.1.3.1 Tiempo de dilatación.

A continuación, se muestra en la Tabla 12 el análisis de regresión lineal múltiple para la variable clínica duración de la dilatación. En la ecuación de regresión quedan *a priori* incluidas como variables dependientes todas las respuestas de ansiedad a estudio (STAI R-E; ISRA C-F-M; ASD); el factor de preocupación: cesárea, que mostró correlación significativa con duración de dilatación ($r = -.198, p < .01$); y las variables más influyentes marcadas por la literatura en la duración de la dilatación: parto anterior, inducción, epidural y edad (NICE, 2014). Además, se ha incluido también en la ecuación como covariable el tipo de hospital, debido a que *a priori* los dos hospitales tienen protocolos de tiempo de parto diferentes y además en la comparación en sus medias se obtuvo significación estadística ($t = 2,381, p < .05$).

Tabla 12: Regresión lineal múltiple de la duración de la dilatación en gestantes.

	B	β	R^2 ajustado	Cambio R^2	F
1 Parto anterior	-4,145	-,323***	,100	,104	25,440***
2 Parto anterior	-3,432	-,267***			
Inducción.	3,011	,240***	,151	,054	20,532***
3 Parto anterior	-3,267	-,254***			
Inducción	3,146	,251***			
PP16 (Cesárea)	-,542	-,195**	,185	,038	17,650***

Nota. N:220; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

El análisis de regresión generó tres modelos, incluyendo en el tercero las tres variables con significación estadística ($F = 17.650, p < .001$): parto anterior ($\beta = -.254, p < .001$), inducción ($\beta = .251, p < .001$) y preocupación por la cesárea ($\beta = -.195, p < .01$). La ecuación de regresión que se obtiene para la duración de la dilatación es:

Duración dilatación = $11,688 - 3,267 \cdot \text{Parto anterior} + 3,146 \cdot \text{Inducción} - 0,542 \cdot \text{PP16}$.

Esta ecuación explica el 18.5% de la varianza en la duración de la dilatación. La variable que mayor impacto tiene es el parto anterior que explica un 10% de su varianza, seguida de la inducción que explica un 5,4% y el miedo a la cesárea

3,8%. A la luz de los resultados obtenidos, se podría afirmar que, si la mujer tiene algún parto anterior, se reduce en 3,2 horas la dilatación y si el parto es inducido la duración de la dilatación aumenta 3,1 horas.

8.3.1.3.2 Duración del expulsivo.

En la ecuación quedan *a priori* incluidas todas las respuestas de ansiedad a estudio y las variables: parto anterior, inducción, epidural, edad (Ramírez López y Sánchez Galán, 2006; SEGO, 2008). También se ha incluido también en la ecuación como covariable el tipo de hospital, debido a que *a priori* los dos hospitales tienen protocolos de tiempo de expulsivo diferentes y además en la comparación en sus medias se obtuvo significación ($t=3,584, p<.001$). Sobre los factores de preocupación se vuelve a incluir la cesárea, por presentar correlación significativa con la duración del expulsivo ($r= -.131, p<.05$).

Tabla 13 Regresión lineal múltiple de la duración del expulsivo en gestantes.

	B	β	R ² ajustado	Cambio R ²	F
1 Parto anterior	-1,061	-,434***	,184	,188	45,865***
2 Parto anterior	-,989	-,404***			
Hospital	-,436	-,181**	,212	,032	27,800***
3 Parto anterior	-,971	-,397***			
Hospital	-,457	-,190**			
STAI-R	-,045	-,182**	,242	,033	22,159***
4 Parto anterior	-,814	-,333***			
Hospital	-,422	-,175**			
STAI-R	-,045	-,184**			
Epidural	,649	,169*	,262	,024	18,702***
5 Parto anterior	-,778	-,318***			
Hospital	-,437	-,182**			
STAI-R	-,042	-,171**			
Epidural	,728	,190**			
PP16: cesárea	-,069	-,131*	,276	,017	16,148***

Nota. N:199; * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

El análisis de regresión generó cinco modelos, incluyendo en el quinto todas las variables con significación estadística ($F=16,148, p<.001$) que explicaban el 27,6% de su varianza. Tener partos anteriores ($\beta= -.318, p<.001$); hospital donde se desarrolla el parto ($\beta= -.182, p<.01$); el rasgo de ansiedad ($\beta= -.171, p<.01$); ponerse la epidural ($\beta=.190, p<.01$) y finalmente la preocupación por la cesárea ($\beta=.069, p<.05$).

La ecuación de regresión que se obtiene para explicar 27,6% de la varianza de la duración del expulsivo es la siguiente:

$$\text{Duración expulsivo} = 3,177 - 0,778.\text{Parto anterior} - ,437.\text{Hospital} - 0,042.\text{STAIR} + 0,728.\text{Epidural} - 0,069.\text{PP16}.$$

La variable que mayor impacto tiene en la duración del expulsivo es el parto anterior que explica un 18,4% de su varianza. Sobre las respuestas de ansiedad sólo se muestra significativa la ansiedad Rasgo, que explica un 3,3% la duración del expulsivo y el miedo a la cesárea 1,7%. Es interesante señalar que al contrario que para la regresión de la duración de la dilatación, parece que el tipo de hospital donde se desarrolla el parto explica en un 3,2% la varianza del expulsivo.

A partir de los coeficientes obtenidos se puede deducir que si la mujer tiene partos previos se disminuye 0,7 horas el expulsivo; en las gestantes del hospital de Guadalajara los tiempos de expulsivo están acortados 0,4 horas y en general, aquellas mujeres que utilizan la analgesia epidural durante su parto, el tiempo del expulsivo aumenta 0,7 horas. Finalmente, obtener una puntuación elevada de STAI-R así como en preocupación por cesárea, acorta el expulsivo, aunque el tiempo marcado por los coeficientes no es muy determinante en el desarrollo total de un parto.

8.3.1.3.3 Duración total del parto.

De la misma manera, en el análisis de regresión múltiple para el estudio predictivo de la duración total del parto, se seleccionaron como variables predictoras las respuestas de ansiedad y las variables del parto cuya correlación lineal fue más alta en relación al tiempo de parto: Preocupación por cesárea ($r = -.158, p < .001$) y episiotomía ($r = -.153, p < .001$), a parte de las ya establecidas por la literatura para la duración del parto. Las medias entre hospitales para la duración total del parto se mostraron de nuevo significativas ($t = 3,584, p < .05$) por lo que también se introdujo esta variable en la ecuación como se muestra en la Tabla 14.

8. Resultados

Tabla 14. Regresión lineal múltiple de la duración total del parto en gestantes.

	B	β	R ² ajustado	Cambio R ²	F
1 Parto anterior	-5,312	-,373***	,135	,139	37,267***
2 Parto anterior	-4,327	-,304***			
Inducción	4,064	,291***	,212	,080	32,162***
3 Parto anterior	-4,210	-,295***			
Inducción	4,224	,302***			
PP16: cesárea	-,507	-,166**	,236	,027	24,881***
4 Parto anterior	-3,933	-,276***			
Inducción	3,926	,281***			
PP16: cesárea	-,530	-,173**			
Hospital	-1,902	-,136*	,250	,017	20,366***
5 Parto anterior	-3,794	-,266***			
Inducción	4,127	,295***			
PP16: cesárea	-,483	-,158**			
Hospital	-2,023	-,145*			
STAI-R	-,196	-,141*	,267	,019	17,864***

Nota. N:232; *p<,05**p<,01 ***p<,001

El análisis de regresión generó cinco modelos, incluyendo todas las variables con significación estadística ($F= 17.864$, $p<.001$). Como se puede observar, el 26,7% de la variabilidad en la duración del parto queda explicado por la existencia de partos anteriores ($\beta= -.266$, $p<.001$) y la inducción de parto ($\beta= -.295$, $p<.001$); el miedo a la cesárea ($\beta= -.158$, $p<.01$); el hospital donde tiene lugar el parto ($\beta= -.145$, $p<.05$) y el rasgo de ansiedad STAI-R ($\beta= -.141$, $p<.05$).

Tener partos anteriores disminuye en 3,7 horas la duración total del parto y que el parto sea inducido lo aumenta en 4,1 horas. Además, en las gestantes del hospital de Guadalajara la duración total del parto está disminuida 2 horas en términos totales, esto puede ser debido a la diferencia de los tiempos de parto en los protocolos de cada hospital. Sobre la ansiedad, todos los análisis de regresión sobre la duración del parto, señalan como variables predictivas al rasgo de ansiedad y al miedo a la cesárea. Puntuaciones altas en STAI-R y PP16 parece que disminuyen 0,5 horas la duración total del parto. La ecuación de regresión que se obtiene para la duración de total del parto es:

$$\text{Duración parto} = 19,904 - 3,794 \cdot \text{Parto anterior} + 4,127 \cdot \text{Inducción} - 0,483 \cdot \text{PP16} - 2,023 \cdot \text{Hospital} - 0,196 \cdot \text{STAI-R}$$

Esta ecuación explica el 26,7% de la varianza en la duración del parto. La variable que mayor impacto tiene en la duración del parto es tener partos previos, que explica un 13,5% de su varianza, seguida de la inducción que sólo explicaría un 8%; el miedo a la cesárea 2,7%; el hospital 1,7% y Rasgo de ansiedad 1,9%

8.3.1.4 Semanas de gestación.

Como queda descrito en el Capítulo de Método, para el estudio predictivo de la edad gestacional a la que se produce el parto, se realizará un análisis de regresión múltiple seleccionando los factores de preocupación cuya correlación lineal con las semanas de gestación es más alta. Sobre variables clínicas, se incluirán *a priori* el consumo de tabaco durante la gestación ya que la literatura lo relaciona con partos prematuros (Cañete Palomo et al., 2007). El resultado se muestra en la Tabla 15.

Tabla 15 Regresión lineal múltiple semanas de gestación en las que se produce el parto.

	B	β	R ² ajustado	Cambio R ²	F
1 PP05: Perdida de control	-,083	-,149*	,018	,022	5,265*
2 PP05: Perdida de control	-,123	-,220**			
PP12: Parto instrumental	,092	,168*	,037	,023	5,474**
3 PP05: Perdida de control	-,136	-,244**			
PP12: parto instrumental	,085	,154*			
STAIR	,040	,140*	,052	,019	5,239**
Nota. N:234; *p<,05 **p<,01 ***p<,001					

El resultado del análisis de regresión ($F= 5,239, p<.01$) reveló que los tres factores con capacidad predictiva significativa respecto a Edad gestacional son: Preocupación por la pérdida de control ($\beta= -.244, p<.01$); parto instrumental ($\beta= .154, p<.05$) y rasgo de ansiedad ($\beta= .140, p<.05$). La ecuación de regresión para la Edad gestacional toma la siguiente forma:

$$EG=39,331 - 0,136.PP05 + 0,085.PP12 - 0,04.STAIR.$$

Aunque esta ecuación permite explicar sólo el 5,2% de la varianza de la Edad gestacional a la que se desencadena el parto. La pérdida de control explica 1,8%; el miedo al parto instrumental 2,3% y el Rasgo de ansiedad 1,9%

A la luz de los resultados de los coeficientes, se podría afirmar que el Rasgo de ansiedad elevado y el miedo al parto instrumental hacen que aumenten las

semanas de gestación a las que se produce el parto, relacionándose con gestaciones prolongadas. Sin embargo, ocurre lo contrario con el miedo a la pérdida de control, que disminuye las semanas de gestación a las que se desencadena el parto.

8.3.1.5 Uso de la epidural.

Para establecer las mejores variables predictivas para el uso de epidural, se ha realizado un análisis de regresión logística binaria que se muestra en la Tabla 16. Se toman como covariables las respuestas de ansiedad a estudio, los factores de preocupación que previamente se correlacionan significativamente con el uso de la epidural: Preocupación por el parto ($r= .155, p<.05$); dolor ($r= .198, p<.001$); pérdida de control ($r= .139, p<.01$); duración del parto ($r= .217, p<.001$); y las variables clínicas más influyentes en el uso de epidural (NICE, 2014).

Tabla 16: Regresión logística binaria para el uso de la epidural.

	B	P	O.R.	I.C.95% para O.R.	
				Inferior	Superior
Paso 3					
Inducción	2,619	,013*	13,723	1,735	108,544
Parto anterior	-3,397	,001**	,033	,004	,260
PP04: dolor	,224	,027*	1,251	1,026	1,525
Nota. N:235; * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$					

El modelo de regresión que se generó obtuvo un buen ajuste para el Test de Hosmer Leveshow ($\chi^2=3,144 p=.925$). El proceso de selección de las variables finalizó en 3 pasos. La primera variable introducida en el modelo fue la inducción, seguida por el miedo al dolor y por último finaliza el proceso la variable parto anterior. En la ecuación tanto la inducción como el miedo al dolor actúan como factores de riesgo para ponerse la epidural, y tener partos previos actúa como factor de protección.

Las gestantes con parto inducido multiplican sus probabilidades de ponerse la analgesia epidural (OR=13,723) que las que inician el parto de manera espontánea. Además, al aumentar una unidad en PP04: miedo al dolor, se aumenta las probabilidades de usar la epidural (OR= 1,251). Sin embargo, tener partos anteriores actúa en la ecuación como factor de protección, las gestantes con partos previos tienen muchas menos probabilidades de ponerse la epidural que las primíparas (OR=0,033).

8.3.1.6 Tipo de alumbramiento: manual/espontáneo.

A continuación, en la Tabla 17 se muestran los resultados del análisis de regresión logística binaria para establecer las variables que predicen las probabilidades de tener un alumbramiento manual que es una de las complicaciones más frecuentes en la última fase del parto (González Merlo et al., 2006).

Tabla 17 Regresión logística binaria para el alumbramiento: manual/espontáneo.

	B	P	O.R.	I.C.95% para O.R.	
Paso 1				Inferior	Superior
ASI	,072	,000***	1,074	1,036	1,114

Nota. N:235; *p<,05 **p<,01 ***p<,001

El modelo de regresión que se generó obtuvo un buen ajuste para el Test de Hosmer Leveshow ($\chi^2=7,028$ $p=.426$). El proceso de selección de las variables sólo mostró una variable introducida para el tipo de alumbramiento.

En la ecuación el Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI) actúa como factor de riesgo del alumbramiento manual. Por cada unidad que aumenta ASI se eleva el riesgo de tener alumbramiento manual (OR=1,074). Decir también que la ecuación no mostró ningún factor de protección.

8.3.2 Resultados materno-fetales.

8.3.2.1 Complicación en el parto.

Las principales complicaciones del parto en la muestra de gestantes son: la sospecha de pérdida de bienestar fetal (89% N=82), la retención de placenta (8,5% N=82) y desgarros graves (2,4% N=82). Así, para establecer los factores de riesgo de sufrir una de estas complicaciones en el parto se volvió a aplicar el análisis de regresión logística binaria, como se muestra en la Tabla 18. Como covariables se introdujeron en el modelo: las respuestas de ansiedad a estudio; los factores de preocupación con correlaciones estadísticamente significativas con la complicación en el parto: preocupación apoyo profesional ($r= .141$, $p<.05$); propia salud ($r= -.159$, $p<.05$); y las variables clínicas del parto que la literatura asocia con mayor riesgo de complicaciones en el parto: epidural, inducción, duración del parto, edad y patología en la gestación (NICE, 2014).

8. Resultados

Tabla 18: Regresión logística binaria para sufrir complicación durante el parto.

	B	P	O.R.	I.C.95% para O.R.	
				Inferior	Superior
Paso 6					
Inducción	,844	,008**	2,325	1,246	4,336
Epidural	2,115	,040*	8,292	,997	68,992
Hospital	-,648	,040*	,523	,282	,971
Parto anterior	-,667	,030*	,513	,262	1,003
PP07:Apoyo profesional	,188	,002**	1,207	1,070	1,362
PP11:propia salud	-,209	,001**	,811	,715	,921

Nota. N:235; *p<,05 **p<,01 ***p<,001

El modelo de regresión que se generó obtuvo un ajuste para el Test de Hosmer Leveshow ($\chi^2=8,596$ $p=.378$), por lo que puede corroborar que el modelo calculado se ajusta a los datos usados para estimarlo. El proceso de selección de las variables finalizó en 6 pasos. La primera variable introducida en el modelo fue Inducción, seguida de epidural, Hospital (1 codificado hospital Móstoles), parto anterior, preocupación por el apoyo profesional y por último finaliza el proceso la preocupación por la propia salud.

En el modelo de regresión aparecen como factores de riesgo para tener complicaciones en el parto: la inducción; la epidural y puntuaciones elevadas en PP07: apoyo profesional. Como factores de protección nos encontramos: tener partos anteriores, el hospital de Móstoles y PP11: preocupación por la propia salud.

A la luz de los resultados obtenidos, podemos decir que en las gestantes con inducción de parto, el riesgo de sufrir una complicación está incrementado (OR=2,325). Ocurre lo mismo con la epidural, las gestantes con analgesia epidural incrementan considerablemente las probabilidades de tener una complicación durante el parto (OR=8,292). Respecto a la ansiedad, parece que puntuaciones elevadas en preocupación por el apoyo profesional aumentan las probabilidades de tener complicaciones durante el parto (OR= 1,207).

Por el contrario, los factores protectores son: tener partos anteriores, que disminuyen la probabilidad de tener una complicación durante el parto (OR= 0,513); el tipo de hospital donde se produzca el parto, en las gestantes del hospital de Móstoles la

probabilidad de tener una complicación disminuye del grupo de Guadalajara (OR=0,523) y tener preocupación por la propia salud. Un valor de PP11, preocupación por la propia salud elevado, está relacionado con la disminución de la probabilidad de tener una complicación durante el parto (OR=0,811).

8.3.2.2 Resultado en el test de Apgar del recién nacido.

Para realizar el estudio predictivo del test de Apgar, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple, como se muestra en la Tabla 19.

Como queda descrito en el Capítulo de Método, la medición del test de Apgar es relevante al primer minuto y a los cinco minutos de vida. A priori, las variables predictivas las preocupaciones al parto cuya correlación lineal con Apgar al primer minuto se mostraron significativas: preocupación por el apoyo profesional ($r = -.125, p < .05$); salud bebé ($r = .150, p < .01$) y cesárea ($r = .154, p < .01$). También se incluyeron en el análisis las variables influyentes sobre los resultados obstétricos considerados anteriormente por la literatura (NICE; 2014). El hospital de estudio no fue incluido como covariable en el estudio predictivo ya que en la diferencia de medias para test de Apgar no obtuvo significación estadística.

Tabla 19: Regresión lineal múltiple del test de Apgar en el primer minuto de vida.

	B	β	R ² ajustado	Cambio R ²	F
1 PP16: cesárea	,071	,154*	,020	,024	5,692*
2 PP16: cesárea	,087	,187**			
PP07: apoyo profesional	-,062	-,163*	,041	,025	6,008**
3 PP16: cesárea	,062	,135*			
PP07: apoyo profesional	-,079	-,209**			
PP10: salud bebé	,068	,171*	,061	,023	6,032**
4 PP16: cesárea	,062	,135*			
PP07: apoyo profesional	-,068	-,179**			
PP10: salud bebé	,076	,191**			
ASI	-,017	-,140*	,075	,018	5,738***

Nota. N:234; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

El resultado del análisis de regresión ($F=5,738, p < .001$) reveló que las 4 variables de ansiedad con mayor correlación tienen además capacidad predictiva significativa con respecto al test de Apgar. La ecuación de regresión que se obtiene para el test de Apgar al primer minuto es:

$$\text{Apgar}=8,155 + 0,062.PP16 - 0,068.PP07 + 0,076.PP10 - 0,017.ASI$$

Sin embargo, esta ecuación explica un 7,5% de la variabilidad total. Las variables de ansiedad con significación predictiva sobre Apgar son: la preocupación por cesárea ($\beta= .135, p<.05$); la preocupación por el apoyo profesional ($\beta= -.179, p<.01$); la preocupación por la salud del bebé ($\beta= .191, p<.01$); y finalmente el Índice de sensibilidad a la ansiedad de la gestante ($\beta= .140, p<.05$). Por lo que podemos concluir que la ansiedad tiene escaso valor predictivo sobre el test de Apgar del recién nacido al primer minuto explicando solamente un 7,5% de su varianza. Donde la preocupación por cesárea explica un 2%; el apoyo profesional 2,5%; el miedo a la salud del bebé un 2,3% y el Índice de sensibilidad a la ansiedad de la gestante 1,8%.

De la misma manera, para establecer las variables predictivas del Apgar a los cinco minutos se realiza de nuevo el análisis de regresión múltiple, como se muestra en la Tabla 20. Teniendo en cuenta que en los factores de preocupación sólo se encuentran correlaciones significativas con PP7: apoyo profesional ($r= -.138, p<.05$).

Tabla 20: Regresión lineal múltiple del test de Apgar a los 5 minutos de vida.

	B	β	R ² ajustado	Cambio R ²	F
1 ASI	-,011	-,170**	,025	,029	6,967**
Nota. N:234; * $p<.05$ ** $p<.01$					

Con respecto al Test de Apgar a los 5 minutos de vida, la única variable predictiva incluida en la ecuación de regresión ($F=6,967, p<.01$) es el Índice de sensibilidad de ansiedad ($\beta= .170, p<.01$) pero sólo explica el 2,5% de su varianza. La ecuación de regresión que se obtiene toma la siguiente forma:

$$\text{Apgar a los cinco minutos} = 9,899 - 0,011.ASI$$

Por lo que podemos concluir que, en términos generales las respuestas de ansiedad tienen escaso valor predictivo en el test de Apgar, presentando significación estadística solamente la sensibilidad a la ansiedad en las dos mediciones de Apgar y el miedo a la cesárea, el apoyo profesional y la salud del bebé, en Apgar al primer minuto.

8.3.2.3 pH de sangre de cordón.

Las respuestas de ansiedad que mostraron correlaciones significativas con el pH de la sangre de cordón se utilizaron *a priori* como predictoras para realizar el

modelo de regresión lineal múltiple fueron: Respuesta fisiológica de ansiedad ($r = -.136$ $p < .05$), Respuesta motora de ansiedad ($r = -.129$ $p < .05$), e Índice de sensibilidad a la ansiedad, ASI ($r = -.155$ $p < .05$). Sobre los factores de preocupación, ninguno de ellos mostró relaciones significativas con el resultado del pH de sangre de cordón. En relación a las variables clínicas del parto que la literatura marca como influyentes, sólo la duración del parto presenta una correlación significativa ($r = -.193$ $p < .01$). El hospital, sexo del recién nacido y tener partos anteriores no mostraron significación estadística en la comparación de las medias, por lo que no se incluyeron en la ecuación. A continuación, se expone el resultado del análisis de regresión en la Tabla 21.

Tabla 21: Regresión lineal múltiple del pH sangre de cordón.

	B	β	R ² ajustado	Cambio R ²	F
1 Duración parto	-,002	-,193**	,033	d	8,898***
2 Duración parto	-,002	-,203**			
ASI	-,002	-,167*	,057	,028	7,980***

Nota. N:232; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

El análisis de regresión generó dos modelos, incluyendo en el segundo las dos variables con significación estadística ($F = 7,980$, $p < .001$): la duración del parto ($\beta = -.203$, $p < .01$); y el Índice de sensibilidad de ansiedad ($\beta = -.167$, $p < .05$). La ecuación de regresión que se obtiene toma la siguiente forma:

$$\text{pH de sangre de cordón} = 7,298 - 0,002 \cdot \text{Duración parto} - 0,002 \cdot \text{ASI}$$

Esta ecuación permite explicar el 5,7% de la variabilidad en el pH. La variable que mayor impacto tiene en el pH es la duración del parto que explica un 3,3% de su varianza, seguida de ASI que explica un 2,8%. Por lo que podemos concluir que las respuestas de ansiedad tienen escaso valor predictivo en el valor de pH.

8.3.2.4 Test de Reanimación neonatal.

A continuación, se muestran las variables predictivas del tipo de reanimación neonatal en la Tabla 22.

8. Resultados

Tabla 22: Regresión lineal múltiple de la Reanimación neonatal.

	B	β	R ² ajustado	Cambio R ²	F
1 Apgar 1min	-,452	-,619***	,380	,383	122,944***
2 Apgar 1 min	-,398	-,546***			
pH	-1,757	-,193**	,409	,032	69,856***

Nota. N:199; *p<,05**p<,01 ***p<,001

El análisis de regresión generó dos modelos, incluyendo en el segundo las dos variables con significación estadística (F= 69,856, $p<.001$). Como se puede observar, el 40,9% de la variabilidad en el tipo de reanimación queda explicado por el test de Apgar ($\beta= -.546$, $p<.001$); y el valor de pH de cordón ($\beta= -.193$, $p<.001$). La ecuación de regresión que se obtiene toma la siguiente forma:

$$\text{Reanimación neonatal} = 16,523 - 0,398.\text{Apgar} - 1,757.\text{pH}$$

Esta ecuación permite explicar el 40,9% de la varianza de la reanimación neonatal, suponiendo un porcentaje de la varianza adecuado en relación a esta variable. El Apgar al primer minuto explica el 38% y el valor de pH el 3,2%. Los coeficientes nos indican que valores elevados tanto de pH y Apgar disminuyen las necesidades de reanimación neonatal. La ecuación de regresión no incluyó ninguna respuesta de ansiedad como predictiva, tampoco las correlaciones se mostraron significativas a priori.

8.3.3 Resumen final de resultados del Objetivo 2: Analizar la influencia entre las respuestas de ansiedad y los resultados obstétricos materno-fetales.

En esta investigación queda demostrado que las variables predictivas principales que definen las características del parto son:

- Tipo de parto: *Índice de sensibilidad a la ansiedad elevado; edad avanzada y parto prolongado* actúan como factores de riesgo aumentando las posibilidades de parto distócico y de cesárea. Sin embargo, *partos anteriores* y parir en el *Hospital de Móstoles* actúan como factores protectores por lo que disminuyen las probabilidades de ambos.
- Parto inducido/espontáneo: Tanto *la ansiedad Cognitiva* como el *Hospital de Móstoles* actúan como factores de riesgo del parto inducido, sin embargo tener *partos previos* actúa como factor de protección.

- Duración del parto: La variable que mayor impacto tiene en la duración del parto es tener *partos previos*, que explica un 13,5% de su varianza, seguida de la *inducción* que explica un 8%, *el miedo a la cesárea* 2,7%; *el hospital* 1,7% y el *Rasgo de ansiedad* 1,9%.
- Edad gestacional: El *Rasgo de ansiedad* elevado y el miedo al *parto instrumental* hacen que aumenten las semanas de gestación relacionándose con gestaciones prolongadas. Ocurre lo contrario con la preocupación por la *pérdida de control*, que disminuye las semanas de gestación a las que se desencadena el parto.
- Uso de epidural: La *inducción* y el miedo al *dolor* actúan como factores de riesgo para ponerse la epidural, tener *partos previos* actúa como factor de protección.
- Complicaciones en el parto: la *inducción*; la *epidural* y puntuaciones elevadas en preocupación por *apoyo profesional*, están asociados a la existencia de complicaciones. Tener *partos anteriores*, el *hospital de Móstoles* y preocupación por la *propia salud*, actúan como factores de protección
- Resultados perinatales: El 40,9% de la variabilidad en el tipo de *reanimación* queda explicado por el test de Apgar y el valor de pH de cordón. El 5,7% de la variabilidad en el *pH sangre cordón* queda explicado por la duración del parto y el Índice de sensibilidad de ansiedad.

Por lo tanto, nuestra segunda hipótesis planteada que era: *Tanto la preocupación, como la ansiedad previa al nacimiento, predicen las características clínicas del parto*, queda verificada, puesto que la ansiedad y los factores de preocupación actúan tanto como factores de riesgo o protección para el desarrollo clínico del parto.

A la luz de los resultados obtenidos queda demostrado que las principales dimensiones de la ansiedad que se relacionan con resultados desfavorables durante el parto son: el Índice de sensibilidad a la ansiedad, la ansiedad cognitiva y el Rasgo de ansiedad. El primero se comporta como variable predictiva para el parto distócico, la cesárea y valores de pH en sangre de cordón disminuidos. La ansiedad cognitiva lo hace para el parto inducido y por último el Rasgo de ansiedad, se relaciona con partos y gestaciones prolongadas.

De la misma manera, entre los factores de preocupación que predicen resultados desfavorables durante el parto se encuentran: la cesárea y el parto instrumental, que se relacionan con partos y gestaciones prolongadas, respectivamente. El miedo al dolor, con el riesgo de ponerse la epidural y la preocupación por el apoyo profesional, con complicaciones durante el parto. Sin embargo, existen otras preocupaciones que actúan como factores de protección durante el desarrollo clínico del parto como pueden ser: el control o la preocupación por la salud.

Por lo tanto, el esquema de la verificación de hipótesis para el Objetivo 2 queda configurado de la siguiente manera:

Objetivo 2:	Hipótesis	Contenido	Verificación
Analizar la influencia entre las respuestas de ansiedad y los resultados obstétricos materno-fetales	Hipótesis 2.	Tanto la preocupación, como la ansiedad previa al nacimiento, predicen las características clínicas del parto.	✓

Nota. En Verde: hipótesis verificada; *: hipótesis parcialmente verificada; X: hipótesis no verificada.

8.4 Objetivo 3: Establecer una comparativa entre los hospitales de estudio sobre ansiedad y resultados obstétricos obtenidos en las gestantes a término.

A continuación, para poder contrastar la Hipótesis 3: Existirán diferencias significativas sobre respuestas de ansiedad y resultados materno-fetales en función del Área sanitaria de estudio. Como queda explicado en el Capítulo de Método, se realizarán comparaciones de medias y porcentajes de todas las variables para comparar los grupos de ambos hospitales. En los resultados significativos se determinará el riesgo de sufrir una complicación según el hospital de procedencia con el parámetro Riesgo Relativo (Aedo, et al., 2010). Además se realizarán correlaciones entre la ansiedad y los factores de preocupación previa al parto respecto al hospital de procedencia para establecer si existen perfiles diferentes de ansiedad previa al parto en función del Área sanitaria.

8. Resultados

8.4.1 Comparativa en ansiedad entre las gestantes del Hospital de Móstoles y Guadalajara.

A continuación, en la Tabla 23 y Tabla 24 quedan descritos los estadísticos y el análisis de las diferencias de medias en ansiedad y preocupación al parto en función del Hospital.

Tabla 23: Estadísticos descriptivos y diferencias entre hospitales en ansiedad.

	Móstoles		Guadalajara		T.	U	Z
	Media	D.T.	Media	D.T.			
STAI-E gestantes antes parto	26,09	5,838	26,02	5,059	,108		
STAI-R gestantes antes parto	27,58	5,280	26,89	4,752	1,055		
ISRA-C gestantes antes parto	9,85	4,931	8,91	5,159	1,440		
ISRA-F gestantes antes parto	7,56	6,389	8,72	7,299	-	6359	-1,046
ISRA-M gestantes antes parto	6,21	3,836	5,90	3,669	,627		
ASI gestantes antes parto	13,43	8,398	14,67	8,862	-	6291	-1,176

Nota. N Guadalajara:118; N Móstoles:117

Tabla 24: Estadísticos descriptivos y efecto del Hospital en la preocupación en el parto.

	Móstoles		Guadalajara		T.	U	Z
	Media	D.T.	Media	D.T.			
Preocupación proceso parto.	6,19	2,255	5,99	2,278	,832		
Preocupación acudir hospital a tiempo.	4,60	2,630	5,14	2,566	-1,610		
Preocupación por inducción.	5,72	2,939	5,81	2,553	-	6832	-,137
Preocupación dolor.	6,48	2,572	6,28	2,525	,598		
Preocupación pérdida de control.	5,53	2,521	5,32	2,614	,620		
Preocupación duración del parto.	6,31	2,673	5,74	2,489	1,693		
Preocupación apoyo recibido por profesional.	4,97	2,869	5,32	2,673	-	6370	-1,030
Preocupación apoyo recibido por pareja.	3,52	3,059	4,14	3,306	-1,498		
Preocupación salud de bebé.	8,77	1,936	8,43	2,232	-	6428,5	-,991
Preocupación salud propia.	7,41	2,509	7,36	2,772	,133		
Preocupación información sobre evolución.	6,23	2,854	6,30	2,652	-,183		
Preocupación sobre medicamentos.	5,07	2,635	5,25	2,562	-,523		
Preocupación epidural.	5,76	2,747	6,08	2,704	-,911		
Preocupación episiotomía.	6,71	2,646	6,42	2,570	,840		
Preocupación sobre cesárea.	7,53	2,437	7,38	2,389	,472		
P. parto instrumental.	8,32	2,180	8,08	2,384	-	6678	-,453

Nota. N Guadalajara:118; N Móstoles:117; Mínimo:1; Máximo:10; *p<.05 **p<.01 *** p<.001

A la luz de los resultados obtenidos, podemos concluir que a pesar de que las medias de ansiedad previa al parto sean en general más elevadas en las gestantes del

hospital de Móstoles, ninguna de las diferencias de medias resultó significativa. Por lo que no se puede concluir que la diferencia observada se deba al área sanitaria de procedencia.

Respecto a los factores de preocupación antes del parto, ocurre lo mismo que con la ansiedad, todos ellos puntuaron más elevado en Móstoles, pero no se obtuvo significación estadística en la comparación de medias. Las medias más altas se obtuvieron en ambos grupos para preocupación por la salud del bebé; parto instrumental seguidas de cesárea y salud propia.

8.4.2 Perfiles en preocupación y ansiedad previa al parto de cada Área sanitaria.

En este apartado, se presentan las correlaciones entre ansiedad y preocupación al parto distribuyendo a la población en los dos grupos a estudio, con el fin de establecer si existen perfiles diferentes de ansiedad previa al parto entre cada uno de ellos.

8.4.2.1 Hospital de Guadalajara.

En la Tabla 25 y Tabla 26 se muestran la relación entre los factores de preocupación y la ansiedad previa al parto para las gestantes pertenecientes al área de Guadalajara.

Tabla 25: Correlación de Pearson entre los factores de preocupación del parto y las respuestas de ansiedad en las gestantes del Hospital de Guadalajara.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M
Preocupación por parto.	,016	,205*	,324***	,260**
Preocupación acudir hospital.	,042	,135	,169	,157
Preocupación dolor.	,007	,005	,205*	,068
Preocupación pérdida de control.	,022	,191*	,342***	,155*
Preocupación duración del parto.	-,035	-,028	,262**	,052
Preocupación apoyo pareja.	,008	,050	,224*	,244**
Preocupación salud propia.	,030	,062	,310**	,144
Preocupación información.	,066	,028	,179	,241**
Preocupación medicamentos	,035	,244**	,288**	,191*
Preocupación epidural.	,089	,092	,327***	,207*
Preocupación episiotomía.	,129	,163	,211*	,125
Preocupación cesárea.	,047	-,060	,117	,081

Nota. N:118; *p<.05 **p<.01 *** p<.001

8. Resultados

Tabla 26: Correlación de Spearman entre las variables de preocupación del parto y las respuestas de ansiedad en las gestantes del Hospital de Guadalajara.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M	ISRA-F	ASI
Preocupación inducción.	,080	,026	,205*	,065	,183*	,200*
Preocupación apoyo profesional.	-,020	,051	,235*	,240**	,261**	,209*
Preocupación salud bebé.	-,024	,002	,171	,059	,012	,058
Preocupación parto instrumental	,090	,136	,149	,113	,095	,103
Preocupación parto.					,162	,333***
Preocupación acudir hospital.					,121	,238**
Preocupación dolor.					,048	,282**
Preocupación pérdida de control.					,103	,291**
Preocupación duración del parto.					,098	,248**
Preocupación apoyo pareja.					,215*	,186*
Preocupación salud propia.					,106	,164
Preocupación información.					,112	,116
Preocupación medicamentos.					,175	,225*
Preocupación epidural.					,222*	,245**
Preocupación episiotomía.					,065	,309**
Preocupación cesárea.					,024	,202*

Nota. N:118; *p<.05 **p<.01 ***p<.001

En el conjunto de gestantes del Hospital de Guadalajara las variables de preocupación donde se dieron correlaciones más altas con la ansiedad fueron: el control, la preocupación por el apoyo profesional, la inducción, los medicamentos y la epidural. En contraposición, las correlaciones más bajas se dieron en las variables: acudir al hospital a tiempo, el dolor, la salud propia, parto instrumental y la cesárea. Además, para las gestantes de Guadalajara, la única variable que no presentó ninguna relación significativa con la ansiedad fue la salud del bebé, seguida por la cesárea.

La respuesta de ansiedad con correlaciones más altas en Guadalajara fue la respuesta Cognitiva, en contraposición la ansiedad Estado que no presentó ninguna relación estadísticamente significativa para la preocupación previa al parto. La ansiedad Cognitiva presentó correlaciones altas con la preocupación por el parto, por la pérdida de control, por los medicamentos y la epidural.

8.4.2.2 Hospital de Móstoles.

A continuación, en la Tabla 27 y Tabla 28 se presentan las correlaciones entre la preocupación al parto y la ansiedad de las gestantes pertenecientes al Área de Móstoles.

8. Resultados

Tabla 27: Correlación de Pearson entre las variables de preocupación del parto y las respuestas de ansiedad en las gestantes del Hospital de Móstoles.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M
Preocupación por parto.	,048	,236*	,393***	,325***
Preocupación acudir hospital.	,145	,255**	,309**	,279**
Preocupación dolor.	,063	,214*	,313**	,307**
Preocupación pérdida de control.	,042	,230*	,309**	,224*
Preocupación duración del parto.	,067	,225*	,317**	,282**
Preocupación apoyo pareja.	-,055	,033	,189*	,200*
Preocupación salud propia.	,269**	,224*	,263**	,107
Preocupación información.	,115	,310**	,408***	,306**
Preocupación medicamentos.	-,046	,115	,222*	,213*
Preocupación epidural.	,079	,172	,246**	,221*
Preocupación episiotomía.	-,214*	,076	,224*	,122
Preocupación cesárea.	-,055	,122	,069	-,038

Nota. N:117; *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tabla 28: Correlación de Spearman entre las variables de preocupación del parto y las respuestas de ansiedad en las gestantes del Hospital de Móstoles.

	STAI-E	STAI-R	ISRA-C	ISRA-M	ISRA-F	ASI
Preocupación inducción.	-,009	,256**	,246**	,202*	,335***	,279**
Preocupación apoyo profesional.	-,045	,176	,407***	,319***	,295**	,255**
Preocupación salud bebé.	,010	,115	,305**	,183**	,244**	,318***
Preocupación parto instrumental	-,154	,083	,193*	,069	,124	,129
Preocupación parto.					,379***	,411***
Preocupación acudir hospital.					,289**	,332***
Preocupación dolor.					,280**	,348***
Preocupación pérdida de control.					,357***	,280**
Preocupación duración del parto.					,336***	,399***
Preocupación apoyo pareja.					,120	,184*
Preocupación salud propia.					,211*	,314**
Preocupación información.					,381***	,371***
Preocupación medicamentos.					,298**	,169
Preocupación epidural.					,224*	,228*
Preocupación episiotomía.					,215*	,172
Preocupación cesárea.					,054	,132

Nota. N:117; *p<.05 **p<.01 ***p<.001

En general las gestantes del Hospital de Móstoles mostraron un mayor número de relaciones significativas en la preocupación al parto que las gestantes de Guadalajara, tanto en cantidad como en correlaciones significativamente más altas.

Por ejemplo, la ansiedad Estado, que en el grupo de Guadalajara no presentó ninguna correlación, en el grupo de Móstoles mostró relaciones significativas para la variable salud propia ($r=.269, p<.01$) y episiotomía ($r=.214, p<.05$).

La ansiedad Rasgo en Móstoles, presentó relaciones significativas el doble de factores de preocupación que en Guadalajara. La ansiedad rasgo obtuvo correlaciones altas con el parto, acudir hospital, inducción, dolor, control, duración, salud propia, información, frente a sólo cuatro del grupo de Guadalajara: parto, inducción, control y medicamentos.

Lo mismo sucedió para la respuesta de ansiedad Cognitiva del grupo de gestantes de Móstoles donde se obtuvieron un mayor número de correlaciones más altas. Presentando significación al nivel de .001 para preocupación por el parto ($r=.393, p<.001$); apoyo profesional ($r=.347, p<.001$); e Información ($r=.408, p<.001$).

En Móstoles, la respuesta de ansiedad Motora presentó relaciones significativas con todos los factores de preocupación excepto la salud propia, la episiotomía y la cesárea. Aun así, el número de correlaciones también fue mayor que para el grupo de gestantes de Guadalajara.

Sobre los factores de preocupación, las variables con correlaciones más altas en Móstoles fueron la preocupación por: acudir al hospital a tiempo, la información, la inducción, el apoyo profesional y la salud del bebé. Los factores de preocupación con correlaciones más bajas fueron: el parto instrumental, que sólo mostró relaciones con la ansiedad cognitiva y de nuevo al igual que para el grupo de Guadalajara, la preocupación por la cesárea no presentó relación estadísticamente significativa con ninguna respuesta de ansiedad.

La variable preocupación por la salud del bebé, sí presentó en Móstoles relaciones significativas en contraposición a las gestantes de Guadalajara donde no se mostró ninguna relación de esta variable con la ansiedad. Sin embargo, la preocupación por la cesárea se comportó igual que en el grupo de Guadalajara, donde no se obtuvo ninguna relación significativa.

Se puede afirmar a modo de conclusión, que, en la comparación de hospitales en preocupación previa al parto, se obtienen valores de medias más altos en

las gestantes de Móstoles, pero las diferencias no son significativas, por lo que podrían deberse al azar.

A pesar de esto, las gestantes del Hospital de Móstoles muestran un mayor número de correlaciones significativas en miedo al parto que la muestra de Guadalajara. Las correlaciones más altas se dan en preocupación por la inducción, el control y la epidural para las gestantes de Guadalajara. Acudir al hospital a tiempo, información y apoyo profesional, son los factores de preocupación que mayor número de relaciones presentan en Móstoles.

El factor de preocupación que menos relación tiene con la ansiedad en Guadalajara es la salud del bebé y en Móstoles, el miedo a la cesárea. La variable preocupación por la salud del bebé sí presenta relaciones significativas en Móstoles, contrariamente a Guadalajara donde no muestra ninguna relación con la ansiedad. Sin embargo, el miedo a la cesárea se comporta igual en ambos grupos, no presentando ninguna relación con las respuestas de ansiedad.

8.4.3 Comparativa de los resultados obstétricos materno-fetales de las parturientas del Hospital de Móstoles y Guadalajara.

8.4.3.1 Tipo de parto.

A continuación, se exponen las principales diferencias para grupos de hospitales respecto al tipo de parto en la Tabla 29.

Tabla 29: Diferencia de porcentajes entre hospitales en tipo de parto: eutócico; fórceps; ventosa; cesárea programada y cesárea urgente.

	Móstoles		Guadalajara		χ^2	p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Parto eutócico.	87	74,4	74	62,7	9,792	,044*
Fórceps	9	7,7	12	10,2		
Ventosa	5	4,3	1	,8		
Cesárea programada	3	2,6	10	8,5		
Cesárea urgente.	13	11,1	21	17,8		

Nota. N Guadalajara:118; N Móstoles:117; *p<,05

Los resultados de la tabla de frecuencias muestran que la gran mayoría de los partos en ambos hospitales son eutócicos o normales (74,4% en Móstoles frente al

8. Resultados

62,7% en Guadalajara), siendo las diferencias observadas significativas a favor del hospital de Móstoles ($\chi^2= 9,792$, $p<.05$).

Respecto a todos los tipos de partos distócicos (fórceps; ventosa y cesárea), la tabla de frecuencias nos muestra peores cifras en el hospital de Guadalajara respecto a Móstoles excepto en los partos por ventosa. En Móstoles se realizan un 7,7% de fórceps respecto a 10,2% de Guadalajara; sin embargo, un 4,3% de ventosas respecto a un 0,8% de Guadalajara. Las cesáreas siguen el mismo patrón, mostrando un porcentaje mucho más alto en Guadalajara: 8,5% programadas y 17,8% urgentes, respecto a 2,6% programadas y 11,1% urgentes de Móstoles, diferencias que se mostraron significativamente estadísticas ($\chi^2= 9,792$, $p<.05$).

Para establecer el Riesgo Relativo que tiene el grupo de gestantes de Guadalajara frente al de Móstoles se realizó la tabla de frecuencia agrupando los tipos de parto en sus categorías nominales dicotómicas. Los resultados se muestran a continuación en la Tabla 30.

Tabla 30: Diferencia de porcentajes y riesgo entre hospitales en tipo de parto: eutócico/distócico y vaginal /cesárea.

	Móstoles		Guadalajara		χ^2	p	RR.	I.C.95% R.R.
	Frecuencia	%	Frecuencia	%				
Parto eutócico.	87	74,4	74	62,7	3,694	,055	1,454	0,987-2,142
Parto distócico.	30	25,6	44	37,3				
Parto vaginal.	101	86,3	87	73,7	5,826	,016*	1,921	1,112-3,318
Parto cesárea.	16	13,7	31	26,3				

Nota. N Guadalajara:118; N Móstoles:117; * $p<.05$

La incidencia de parto distócico en Móstoles fue de 25,6% frente al 37,3% en Guadalajara. El mismo patrón muestra la incidencia de cesárea que en Móstoles fue del 13,7% respecto al 26,35% en Guadalajara.

A la luz de los resultados, podemos afirmar que existen diferencias significativas a favor del hospital de Móstoles para el parto vaginal frente a la cesárea ($\chi^2= 5,826$, $p<.05$). Las gestantes de Guadalajara tienen casi el doble de riesgo de sufrir una cesárea (RR=1,92) que las de Móstoles y multiplican en 1,45 veces el riesgo de un parto distócico frente al grupo de Móstoles.

8.4.3.2 Características clínicas del parto.

A continuación, en la Tabla 31 se exponen las principales diferencias para grupos de hospitales respecto a todas las variables obstétricas relevantes en el parto (NICE, 2014).

Tabla 31: Diferencia de porcentajes y riesgo entre hospitales en inducción, epidural y alumbramiento.

	Móstoles		Guadalajara		χ^2	p	RR.	I.C.95%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%				
Parto espontáneo.	49	41,9	73	61,9	9,399	,002**	0,656	0,498-0,865
Parto inducido.	68	58,1	45	38,1				
Epidural no.	7	6,0	15	12,7	3,135	,077		
Epidural si	110	94,0	103	87,3				
Alumbramiento espontáneo	97	82,9	89	75,4	1,993	,158		
Alumbramiento manual	20	17,1	29	24,6				

Nota. N Guadalajara:118; N Móstoles:117; *p<,05**p<,01

La incidencia de partos inducidos en Móstoles es de un 58,1% frente al 38,1% en Guadalajara, encontrándose diferencias significativas a favor del Hospital de Guadalajara frente al de Móstoles ($\chi^2= 9,399$, $p<.01$). El hospital de Guadalajara actúa como factor de protección para la inducción, las gestantes de Guadalajara tienen un 35% menos de probabilidades de sufrir una inducción que sus compañeras de Móstoles. El riesgo de parto inducido en Móstoles es de 1,4 veces mayor que en Guadalajara.

Respecto al uso de la analgesia epidural, la incidencia en Móstoles fue de un 94%, frente al 87% de Guadalajara, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre un grupo a favor de otro ($\chi^2= 3,135$, $p>.05$), pudiendo deberse las diferencias en los porcentajes al azar.

Sobre el alumbramiento ocurre lo mismo, la incidencia en Guadalajara fue de un 24,6% en alumbramiento manual frente al 17,1% de Móstoles, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas de un grupo frente a otro ($\chi^2= 1,993$, $p>.05$).

Respecto a la duración del parto, también existen diferencias según el tipo de hospital como se puede comprobar en la Tabla 32.

8. Resultados

Tabla 32: Diferencia de medias entre hospitales en duración del parto, etapas del parto y semanas de gestación.

	Móstoles		Guadalajara		T.	P
	Media	D.T.	Media	D.T.		
Duración total parto (horas)	11,69	8,400	8,48	4,759	3,584	,000***
Duración de la dilatación.	8,52	7,644	6,53	4,261	2,381	,018*
Duración del expulsivo.	1,892	1,3148	1,298	,9791	3,581	,000***
Semanas de gestación.	40,098	1,5384	40,134	1,3186	-,191	,849

Nota. N Guadalajara: 118; N Móstoles: 117; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Se encontraron diferencias significativas para partos más prolongados en Móstoles respecto a los de Guadalajara ($t = 3,584$, $p < .001$) en todas las etapas. En cada etapa del parto volvieron a mostrarse diferencias significativas en dilataciones más prolongadas ($t = 2,381$, $p < .05$) y expulsivos más largos ($t = 3,581$, $p < .001$) en Móstoles en comparación con la duración de estas etapas de los partos de Guadalajara.

En las semanas de gestación a las que se inicia el parto, no se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

8.4.3.3 Resultados perinatales.

A continuación, en la Tabla 33 y Tabla 34 se muestran las diferencias en medias y porcentajes de resultados perinatales en ambos grupos.

Tabla 33: Diferencia de medias entre hospitales en Apgar, pH de sangre de cordón y tipo de reanimación neonatal.

	Móstoles		Guadalajara		T.	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
Apgar 1 minuto	8,77	,923	8,51	1,160	1,906	,058
Apgar 5 minutos.	9,74	,604	9,75	,510	-,030	,976
pH sangre de cordón.	7,2617	,09135	7,2436	,06903	1,711	,088
Reanimación neonatal.	,32	,839	,42	,683	-,907	,366

Nota. N Guadalajara: 118; N Móstoles: 117;

Tabla 34: Diferencia de porcentajes entre hospitales en complicación al parto.

	Móstoles		Guadalajara		χ^2	p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Complicación no.	80	68,4	73	61,9	1,097	,295
Complicación sí.	37	31,6	45	38,1		

Nota. N Guadalajara: 118; N Móstoles: 117;

En general, existen peores resultados materno-fetales tanto en porcentaje como en medias en Guadalajara respecto a Móstoles, pero las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas.

En el test de Apgar, la media de puntuación al primer minuto es más alta en Móstoles (M=8,77) respecto a Guadalajara (M=8,51), así como el pH de la sangre de cordón, donde también se obtienen mejores medias en Móstoles (M=7,2617), respecto a Guadalajara (M=7,2436), pero las diferencias no son estadísticamente significativas. Ocurre lo mismo sobre el riesgo de complicación materna en el parto, la incidencia de complicaciones en el parto en Guadalajara es de un 38,1% respecto al 31,6% de Móstoles, pero la diferencia entre grupos no es estadísticamente significativa.

8.4.4 Resumen final de resultados del Objetivo 3: Establecer una comparativa entre los hospitales de estudio sobre ansiedad y resultados obstétricos obtenidos en las gestantes a término

Respecto a las diferencias en ansiedad y preocupación al parto de ambos hospitales:

- Las medias de preocupación y ansiedad previa al parto son en general más elevadas en las gestantes del hospital de Móstoles que las de Guadalajara. Sin embargo, estas diferencias no resultan significativas, por lo que no podemos afirmar que la diferencia pueda deberse al Área sanitaria de procedencia.
- A pesar de esto, las gestantes del Hospital de Móstoles muestran un mayor número de correlaciones en todas las dimensiones de la ansiedad previa al parto que la muestra de Guadalajara.
- La respuesta de ansiedad cognitiva, el apoyo profesional, el control y la inducción y acudir al hospital a tiempo, son las que presentan correlaciones más altas en general. El miedo a la cesárea se comporta igual en ambos grupos, no presentando ninguna relación con las respuestas de ansiedad.

Respecto a resultados obstétricos materno-fetales podemos decir que:

- Existen diferencias significativas a favor del hospital de Móstoles para: el parto vaginal versus cesárea; parto eutócico versus distócico. Las gestantes de Guadalajara tienen casi el doble de riesgo de sufrir una cesárea y multiplican en 1,45 veces el riesgo de un parto distócico frente al grupo de Móstoles.

- Sin embargo, el hospital de Guadalajara actúa como factor de protección para la inducción, las gestantes de Guadalajara tienen un 35% menos de probabilidades de sufrir una inducción que las de Móstoles.
- Con respecto a la duración del parto se encontraron diferencias significativas para partos más prolongados en Móstoles respecto a los de Guadalajara en todas las etapas.
- Peores resultados perinatales tanto en porcentaje como medias en Guadalajara respecto a Móstoles, pero las diferencias entre grupos no resultaron estadísticamente significativas, pudiendo deberse estas diferencias al azar.

Por lo tanto, nuestra tercera hipótesis planteada que era: Existirán diferencias significativas sobre respuestas de ansiedad y resultados materno-fetales en función del Área sanitaria de estudio, queda comprobada, puesto que sí que se establecen perfiles diferentes en ansiedad previa al parto para cada Área sanitaria, a pesar de que las diferencias de medias no resulten significativas, y resultados perinatales distintos según el hospital donde se desarrolle el parto.

A la luz de los resultados obtenidos, se puede concluir que se obtiene un perfil en preocupación al parto distinto en función del Área sanitaria de estudio. Quedando demostrado que las preocupaciones que presentan correlaciones más altas con la ansiedad son: acudir al hospital a tiempo, la información y apoyo profesional, para las gestantes de Móstoles. En contraposición al miedo a la pérdida de control, la inducción y la epidural, para las de Guadalajara.

Sobre los resultados obstétricos materno-fetales, se observa una gran variabilidad entre los centros en relación al tipo de parto y el riesgo de cesárea, sobre todo. No obstante, para las gestantes de la muestra, la preocupación por la cesárea se comporta igual en ambos grupos, no presentando ninguna relación con las respuestas de ansiedad.

Por lo tanto, el esquema de la verificación de hipótesis para el Objetivo 3 queda configurado de la siguiente manera:

Objetivo 3:	Hipótesis	Contenido	Verificación
Establecer una comparativa entre los hospitales de estudio y los resultados obstétricos obtenidos en gestantes a término	Hipótesis 3.	Existirían diferencias significativas sobre las respuestas de ansiedad y resultados materno-fetales en función del área sanitaria.	✓

Nota. En Verde: hipótesis verificada; *: hipótesis parcialmente verificada; X: hipótesis no verificada.

8.5 Objetivo 4: Analizar el grado de influencia existente entre la asistencia a cursos de Educación prenatal y el proceso de parto.

Finalmente, para poder contrastar la últimas Hipótesis planteadas en la investigación:

- Hipótesis 4.1. *La asistencia de las gestantes a los cursos de Educación prenatal repercute en la disminución de la ansiedad previa al parto.*
- Hipótesis 4.2. *Las gestantes que han acudido al programa de Educación prenatal, tienen resultados clínicos más favorables en su proceso de parto.*

Se pretende determinar el grado de influencia la asistencia a los cursos de Educación prenatal, en la disminución tanto de la ansiedad previa al parto como de las complicaciones del mismo. Para determinar está influencia, se ha dividido a la muestra en dos grupos, las gestantes que acudieron durante el embarazo a las clases de preparación al parto y las que no lo hicieron, y se compararon las medias y porcentajes de todos los resultados obstétricos como queda establecido en el Capítulo de Método. Además, la literatura establece que la Educación prenatal funciona como factor de protección para disminuir la ansiedad de la gestante y las complicaciones, relacionándose con partos más favorables (Hodnett et al., 2013). Por lo tanto, se volverá a establecer el Riesgo Relativo como medida de asociación entre la exposición y el evento tomando en cuenta la incidencia en cada grupo (Sócrates Aedo, et al., 2010).

8.5.1 Repercusión de la Educación prenatal en la ansiedad de las gestantes.

A continuación, en la Tabla 35 se establece la comparación de medias en ansiedad y preocupación al parto respecto a la asistencia de Educación prenatal.

8. Resultados

Tabla 35: Diferencia de medias en ansiedad según asistencia a Educación prenatal.

	No Ed. prenatal		Sí Ed. prenatal.		T.	U	Z
	Media	D.T.	Media	D.T.			
STAI-E gestantes antes parto	25,93	5,665	26,13	5,343	-,265		
STAI-R gestantes antes parto	27,88	5,345	26,87	4,816	1,476		
ISRA-C gestantes antes parto	9,70	5,001	9,20	5,098	,731		
ISRA-F gestantes antes parto	9,14	7,567	7,59	6,411	-	5712,5	-1,263
ISRA-M gestantes antes parto	6,46	4,143	5,82	3,503	1,262		
ASI gestantes antes parto	15,29	10,114	13,36	7,646	-	5931	-,824
Preocupación proceso parto.	6,06	2,351	6,11	2,222	-,150		
Preocupación acudir hospital a tiempo.	5,36	2,660	4,60	2,546	2,143		
Preocupación por inducción.	5,71	2,980	5,79	2,617	-	6260,5	-,164
Preocupación dolor.	6,52	2,543	6,30	2,550	,651		
Preocupación pérdida de control.	5,56	2,672	5,35	2,509	,596		
Preocupación duración del parto.	6,24	2,582	5,90	2,599	,956		
Preocupación apoyo recibido por profesional.	5,74	2,859	4,82	2,676	2,456*		
Preocupación apoyo recibido por pareja.	4,52	3,349	3,45	3,048	2,497*		
Preocupación salud de bebé.	8,77	2,096	8,50	2,091	-	5531	-1,767
Preocupación salud propia.	7,83	2,643	7,14	2,613	1,944		
Preocupación información sobre evolución.	6,68	2,791	6,03	2,707	1,733		
Preocupación sobre medicamentos.	5,40	2,593	5,02	2,594	1,090		
Preocupación epidural.	6,05	2,625	5,85	2,784	,521		
Preocupación episiotomía.	6,27	2,466	6,73	2,676	-1,283		
Preocupación sobre cesárea.	7,46	2,417	7,45	2,413	,042		
P. parto instrumental.	8,11	2,405	8,25	2,219	-	6303,5	-,081

Nota. N Sí Ed.prenatal: 151; No Ed.prenatal 84. *p<,05

En general, las puntuaciones de ansiedad tanto en respuestas como en preocupación previa al parto, son más elevadas para el grupo que no acude a las clases de Educación prenatal frente a las que acuden. Pero estas diferencias de medias sólo se muestran estadísticamente significativas al comparar ambos grupos respecto a la dimensión del apoyo: PP7 (apoyo profesional) y PP8 (apoyo de pareja).

Las gestantes que acuden a la preparación al parto, muestran una menor preocupación por el apoyo recibido por los profesionales (M=4,82) frente a las que no han acudido a los cursos (M=5,74), siendo esta diferencia de medias estadísticamente significativa a favor del grupo de preparación al parto ($t= 2,676$, $p<.05$).

De la misma manera, las gestantes que acuden a los cursos de Educación prenatal, muestran una menor preocupación por el apoyo recibido por la pareja

8. Resultados

(M=3,45) que las gestantes que no han asistido (M=4,52), encontrándose de nuevo estas diferencias de medias estadísticamente significativas a favor del grupo de Educación prenatal ($t= 2,497$, $p<.05$).

8.5.2 Grado de influencia de la Educación prenatal en los resultados del parto.

8.5.2.1 Características del parto.

Respecto los resultados del parto y sus características, se estudiarán las diferencias en porcentajes y medias en las variables clínicas del parto más influyentes comparando los dos grupos: las gestantes que han acudido durante el embarazo a preparación al parto frente a las que no lo han hecho.

Tabla 36: Diferencia de porcentajes en indicadores del parto según asistencia a Educación prenatal.

	No Ed. prenatal		Sí Ed. prenatal		χ^2	p	RR.	I.C.95%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%				
Parto eutócico.	64	76,2%	97	64,2 %	3,574	,049*	1,502	0,712-0,998
Parto distócico.	20	23,8%	54	35,8%				
Parto vaginal.	68	81%	120	79,5%	,074	,785		
Parto cesárea.	16	19%	31	20,5%				
Parto espontáneo.	43	51,2%	79	52,3%	,027	,868		
Parto inducido.	41	48,8%	72	47,7%				
Epidural no.	12	14,3%	10	6,65%	3,735	,043*	1,089	0,209-1,027
Epidural si	72	85,7%	141	93,4%				
Alumbramiento espontáneo	69	82,1%	117	77,5%	,710	,399		
Alumbramiento manual	15	17,9%	34	22,5%				

Nota. N Sí Ed.prenatal: 151; No Ed.prenatal 84; * $p<.05$

El grupo que asistió a Educación prenatal mostró una incidencia mayor de parto distócico 35,8% frente al 23,8% del grupo que no acudió. Estas diferencias fueron significativas, estableciéndose un riesgo 1,5 veces mayor de parto distócico en las gestantes que acudieron a la Educación prenatal.

Ocurre lo mismo en relación al riesgo de administrarse la analgesia epidural, las mujeres que asistieron a la Educación prenatal mostraron 1,08 veces más de probabilidades de usar la epidural de las que no asistieron, datos que concuerdan con las incidencias de ambos grupos donde el 93,4% del grupo de educación prenatal optó por la analgesia epidural frente al grupo que no asistió a la preparación al parto, donde

8. Resultados

se la puso un 85,7%. Estas diferencias también fueron estadísticamente significativas ($\chi^2= 3,735$, $p<.05$).

Por lo tanto, en general, indicadores más desfavorables para el grupo que acudió a Educación prenatal. Sin embargo, es preciso analizar si este resultado podría conllevar un sesgo intrínseco intra-grupo que pueda deberse a la paridad. Es decir, habitualmente a la preparación al parto acuden más mujeres primíparas que multíparas, por lo tanto, habría diferencias importantes entre ambos grupos, y podría explicar que el Riesgo Relativo para el parto distócico y epidural esté aumentado en el grupo de Educación prenatal, ya que las primíparas tienen un mayor riesgo de partos complicados. Esta apreciación, se analiza a continuación en la Tabla 37.

Tabla 37: Diferencia de porcentajes entre grupos de Educación prenatal en paridad.

	No Ed. prenatal		Sí Ed. prenatal		χ^2	p	RR.	I.C.95%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%				
Primíparas.	30	35,7%	111	73,5%	32,126	,000***	1,850	1,441-2,376
Multíparas.	54	64,3%	40	26,5%				

Nota. N Sí Ed.prenatal: 151; No Ed.prenatal: 84; * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

La incidencia de primíparas que acuden a la Educación prenatal es un 73% frente al 26% de multíparas. En contraposición al grupo de “no Educación prenatal” que está mayoritariamente compuesto por gestantes multíparas, un 64% frente al 35% de primíparas, por lo que la explicación del sesgo de la paridad en los resultados de la Tabla 37 podría ser cierta. Efectivamente, se mostraron diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos ($\chi^2= 32,126$, $p<.001$).

Además, los datos nos arrojan que el grado de asistencia de las gestantes primíparas es 1,85 mayor a las clases de preparación al parto, que las que han tenido hijos.

8. Resultados

Tabla 38: Diferencia de medias entre grupos de Educación prenatal en duración del parto; etapas del parto y semanas de gestación.

	No Ed. prenatal		Sí Ed. prenatal		T.	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
Duración total parto (horas)	8,44	6,610	11,03	7,073	-2,743	,007**
Duración de la dilatación.	6,44	5,923	8,15	6,422	-1,952	,052
Duración del expulsivo.	1,246	1,1588	1,805	1,1858	-3,194	,002**
Semanas de gestación.	40,087	1,4540	40,132	1,4199	-,234	,815

Nota. N Sí Ed.prenatal: 151; No Ed.prenatal 84; *p<,05**p<,01 ***p<,001

La media de duración del parto para el grupo que asiste a Educación prenatal fue de 11 horas frente a las 8,4 de las del grupo que no acudió a las clases ($t = -2,743$, $p < .01$). De la misma manera, la media en duración para el expulsivo fue de 1,8 horas en el grupo de preparación al parto frente a 1,2 en el grupo de no preparación, mostrándose también significativa la diferencia entre éstas ($t = -3,194$, $p < .01$).

Por lo tanto, la diferencia de medias entre grupos, tanto en la duración total del parto, como la duración del expulsivo, muestran diferencias estadísticamente significativas a favor de las gestantes que no acudieron a Educación prenatal de las que acudieron, resultados que podría tener idéntica explicación que la tesis anterior: el grupo de educación prenatal está formado mayoritariamente por primíparas frente al grupo de “no Educación prenatal” compuesto por múltiparas principalmente.

8.5.2.2 Resultados perinatales.

Por último, en la Tabla 39 y Tabla 40 se muestran las diferencias obtenidas entre grupos en relación a resultados perinatales.

Tabla 39: Diferencia de medias entre grupos de Educación prenatal en: Apgar, pH de sangre de cordón y tipo de reanimación neonatal.

	No Ed. prenatal		Sí Ed. prenatal		T.	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
Apgar 1 minuto	8,49	1,275	8,72	,903	-1,634	,104
Apgar 5 minutos.	9,68	,624	9,78	,515	-1,359	,176
pH sangre de cordón.	7,2569	,07407	7,2503	,08513	,600	,549
Reanimación neonatal.	,43	,840	,34	,720	,872	,384

Nota. N Sí Ed.prenatal: 151; No Ed.prenatal: 84; *p<,05**p<,01 ***p<,001

8. Resultados

Las medias en el test de Apgar tanto al minuto como a los cinco minutos, fueron mayores en el grupo de Educación prenatal, pero los resultados no mostraron significación estadística. La reanimación neonatal también mostró resultados más favorables en el grupo de Educación prenatal, pero sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Tabla 40: Diferencia de porcentajes según Educación prenatal en complicación.

	No Ed. prenatal		Sí Ed. prenatal		χ^2	p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Complicación no.	60	71,4%	93	61,6%	2,300	,129
Complicación sí.	24	28,6%	58	38,4%		

Nota. N Sí Ed.prenatal: 151; No Ed.prenatal 84

El grado de complicaciones intra-parto fue un 38,4% en el grupo de Educación maternal frente al 28,6% del grupo que no acudió. Sin embargo, aunque estos resultados también podrían ser congruentes con el sesgo de paridad, estas diferencias no se mostraron significativas.

Por último, comentar, que se volvió a realizar el análisis estadístico de frecuencia, como se muestra en la Tabla 41, eliminando de los grupos las múltiparas y dejando exclusivamente las primíparas, para poder solventar el sesgo de paridad, y no se establecieron diferencias significativas a favor de la asistencia a Educación prenatal para ninguno de los indicadores: complicación, cesárea, parto distócico y uso de la analgesia epidural.

8. Resultados

Tabla 41: Diferencia indicadores para primíparas según Educación prenatal.

	No Ed. prenatal		Sí Ed. prenatal		χ^2	p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Parto eutócico.	21	70%	65	58,6%	1,2999	0,54
Parto distócico.	9	30%	46	41,4%		
Parto vaginal.	24	80%	87	78,4%	0,37	0,84
Parto cesárea.	6	20%	24	21,6%		
Epidural no.	0	0%	1	0,9%	0,272	0,602
Epidural si	30	100%	110	99,1%		
Complicación no	15	50%	64	57,7%	0,562	0,453
Complicación si	15	50%	47	42,3%		

Nota. N Sí Ed.prenatal: 111; No Ed.prenatal: 30

8.5.3 Resumen final de resultados del Objetivo 4: Analizar el grado de influencia existente entre la asistencia a cursos de Educación prenatal y el proceso de parto.

Sobre el grado de influencia que ejerce la asistencia a los cursos de Educación prenatal en las gestantes respecto a la ansiedad previa al parto se puede decir:

- En general las puntuaciones de ansiedad son más elevadas para el grupo que no acude a las clases de educación prenatal frente a las que acuden. Pero estas diferencias de medias sólo se muestran estadísticamente significativas en la dimensión del Apoyo: *Preocupación por apoyo recibido por profesional y apoyo recibido por la pareja.*

Sobre la repercusión que tiene la asistencia a los cursos de Educación prenatal sobre los resultados clínicos del parto, se puede concluir que:

- En general, indicadores más desfavorables en el grupo de Educación prenatal, mostrándose significativos para el parto distócico, epidural y duración del parto.
- Estos resultados podrían deberse a que existe un sesgo de paridad entre los grupos cuyas diferencias en paridad se mostraron significativas para ambos grupos. Integrándose principalmente en el grupo de preparación al parto gestantes nulíparas, con mayor riesgo de complicaciones obstétricas, respecto al grupo que no asistencia compuesto principalmente por múltiparas.

8. Resultados

- Queda también establecido que, las primíparas tienen 1,85 veces más probabilidad de acudir a las clases de Educación prenatal, que las que han tenido algún hijo previo.

Por lo tanto, la Hipótesis 4.1. *La asistencia de las gestantes a los cursos de Educación prenatal repercute en la disminución de la ansiedad previa al parto.* Queda parcialmente verificada, ya que solamente en la dimensión del *apoyo* es donde la asistencia a la Educación prenatal muestra una clara disminución en la ansiedad previa al parto. Tanto la preocupación por el apoyo percibido por el profesional y el apoyo de la pareja son las dimensiones donde la Educación prenatal ejerce un efecto directo sobre la ansiedad.

Sin embargo, la Hipótesis 4.2. *Las gestantes que han acudido al programa de Educación prenatal, tienen resultados clínicos más favorables en su proceso de parto,* no queda verificada. No pudiendo concluirse que la Educación prenatal mejore los resultados obstétricos materno-fetales de la muestra de gestantes, por lo que en esta investigación no quedan claros los beneficios que produce la Educación prenatal sobre la evolución del parto.

Así, el esquema de la verificación de hipótesis para el Objetivo 4 queda configurado de la siguiente manera:

Objetivo 4:	Hipótesis	Contenido	Verificación
Analizar el grado de influencia existente entre la asistencia a los cursos de Educación prenatal y el proceso de parto.	Hipótesis 4.1.	La asistencia de las gestantes a los cursos de Ed. prenatal repercute en la disminución de la ansiedad previa al parto.	*
	Hipótesis 4.2.	Las gestantes que han acudido al programa de Ed. prenatal tienen resultados clínicos más favorables en su proceso de parto.	X

Nota. En Verde: hipótesis verificada; *: hipótesis parcialmente verificada; X: hipótesis no verificada.

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN.

“Para cambiar el mundo, es necesario cambiar la forma de nacer.”

Michel Odent.

El presente estudio ha permitido ampliar el conocimiento que hasta ahora se tiene sobre el perfil de la ansiedad en gestantes a término en España, no sólo reuniendo toda la evidencia bibliográfica disponible, sino analizando los patrones de ansiedad y parto en el conjunto de gestantes de la muestra. Hasta la fecha, los estudios de ansiedad en embarazadas trataban el concepto de forma unidimensional, tomando la ansiedad de manera unitaria. En este estudio se enfoca el concepto de forma multidimensional (Fernández-Abascal et al., 1999), desglosando la ansiedad en todas sus dimensiones y respuestas, y valorando la repercusión que tienen cada una sobre el proceso de parto.

De forma general, los resultados encontrados en este trabajo permiten afirmar, que la ansiedad previa al parto influye de una manera desfavorable en los resultados obstétricos. Las características de la ansiedad están condicionadas por el ambiente cultural que rodea a la gestante, encontrándose patrones de correlaciones diferentes para cada área sanitaria de estudio, además, de factores de preocupación y variables predictivas distintas.

Además, muchos de los factores de preocupación previa al parto obtenidos, presentan una marcada influencia de Género, por lo que serán analizados con detenimiento en este Capítulo desde una perspectiva de Género rigurosa. A continuación, se exponen de manera detallada la discusión de cada uno de los resultados llevados a cabo que constituyen esta tesis doctoral. La discusión se organiza atendiendo a las hipótesis planteadas.

9.1 Hipótesis 1.

La primera hipótesis de esta investigación tenía como objetivo analizar los factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto en gestantes a término. Hipótesis 1: *Existen determinados factores de preocupación que se relacionan positivamente con la ansiedad previa al parto*

A la luz de los resultados obtenidos podemos afirmar que la Hipótesis 1 se verifica parcialmente. Puesto que algunos de los factores de preocupación analizados apenas presentan relaciones estadísticamente significativas con la ansiedad.

La discusión de dicha conclusión se realizará separando los dos conceptos principales englobados en la hipótesis: factores de preocupación previos al parto (Sección 9.1.1) y la ansiedad de las gestantes a término (Sección 9.1.2). Estas discusiones se centrarán a su vez en los factores de preocupación que tienen una marcada influencia de Género.

9.1.1 Factores de preocupación previa al parto.

Como se describió con anterioridad en el marco teórico, en la mayoría de países europeos se encuentran factores de ansiedad previa al parto similares en todas las gestantes a término. A raíz de nuestro estudio podemos concluir, que este resultado es congruente con lo encontrado en la muestra española, con algunos matices a destacar en las hipótesis planteadas que serán desarrollados a continuación.

Los factores de preocupación previa al parto que muestran correlaciones más altas con la ansiedad son: pérdida de *control*, *salud propia*, *apoyo profesional* y *acudir al hospital a tiempo*. En contraposición: *el dolor*, *la salud del bebé* y *la cesárea obtienen las más bajas*. Por lo tanto, dentro de la justificación de este conjunto de factores, nos centraremos en aquellos que tienen una marcada influencia de género tanto por su presencia como por su ausencia en el conjunto de preocupaciones previas al parto de la muestra de gestantes. En primer lugar, la cesárea (Sección 9.1.1.1), después, la salud (Sección 9.1.1.2), y finalmente, el control y el apoyo externo o institucional (Sección 9.1.1.3).

9.1.1.1 La cesárea y los medios de comunicación.

En este estudio, las preocupaciones previas al parto más características (mayor puntuación de media) son: *la salud de bebé*, *la salud propia*, *la cesárea* y *el parto instrumental*. Datos que concuerdan con las investigaciones previamente realizadas (Petersen, et al., 2009; Redshaw et al., 2009; Dencker et al., 2010). Sin embargo, en nuestra muestra de gestantes, estas preocupaciones (excepto la preocupación por la salud propia), muestran correlaciones con poca significación estadística con la ansiedad, es más, en el caso de la cesárea no muestra ninguna

correlación estadísticamente significativa. Resulta paradójico, por tanto, que la cesárea y el parto instrumental sean los factores que menos correlación presentan con la ansiedad de todas las preocupaciones en torno al parto (a pesar haber obtenido las medias más altas en nuestra muestra de gestantes), en contraposición de la tesis planteada por Green y cols. (2003).

Esta peculiaridad que se presenta en las gestantes españolas podría deberse a la influencia mediática que está ejerciendo la publicidad y los medios de comunicación de nuestro país en la idea de la cesárea. Varias organizaciones oficiales españolas tanto de profesionales como de madres (SEGO; FAME; El Parto es Nuestro), llevan ya unos años denunciando públicamente en redes sociales y de una manera oficial al Ministerio de Sanidad, la falta de rigor informativo que se realiza en los medios de comunicación sobre la cesárea, sus implicaciones y riesgos (Observatorio del servicio madrileño de Salud, 2015; El Parto es Nuestro, 2016; CIMS, 2016).

Es habitual ver en la televisión a famosas programando la cesárea de sus hijos, para posteriormente salir en los medios después de su cesárea y de una cirugía estética de reducción de grasa abdominal realizada inmediatamente. Esta interpretación del nacimiento, hace que se banalice en la prensa lo que implica una cesárea a nivel clínico y reproductivo (Larrañeta, 2013; Sevillano, 2013; BBC, 2015). Es paradójico que en una sociedad como la nuestra, caracterizada por la sobre-información, se puedan plantear conceptos tan erróneos clínicamente que sólo son fruto de intereses sociales y económicos (Sevillano, 2013; BBC, 2015).

Esta imagen que se presenta en los medios de la cesárea como “cirugía leve o inocua”, que se puede programar *a la carta*, y asociada posteriormente a una cirugía estética, tiene su origen en una profunda desigualdad de Género, basada en la institucionalización de la salud de las mujeres y manipulación de la información que utiliza el cuerpo de la mujer de una manera pública, con fines estéticos y lucrativos (El Parto es Nuestro, 2016). Por lo tanto, la imagen actual y oficial que se establece en la sociedad de la cirugía por cesárea, establecería una relación directa con la instrumentalización de la salud de las mujeres en una sociedad patriarcal, ya que responde a la manipulación de la información que afecta a la salud de las mujeres, con fines económicos y estéticos, poco alejados a la clínica, la salud y la evidencia.

La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de partos normales, con secuelas para la madre y los recién nacidos cuando se realiza de manera electiva (Ministerio de Sanidad, 2012). Es más, la tasa de cesáreas se considera un buen indicador de calidad de la atención materna y perinatal de un país (OMS, 1985), siendo un 15% el nivel máximo recomendado (OMS, 2015; Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud, 2015).

En España, el número de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable 22.02%, que supone superar en 7 puntos el estándar establecido por La OMS (2009). Estableciéndose grandes diferencias entre el sector público y privado. Por lo tanto, el Ministerio de Sanidad, en su último documento de recomendaciones en las prácticas obstétricas (2012), insta a las instituciones hospitalarias, organizaciones profesionales y agentes sociales a tomar conciencia de esta problemática, y ejercer en la población un papel catalizador de educación sanitaria, sustentada en la clínica basada en la evidencia, además de implementar estrategias de racionalización en las tasas de cesáreas dentro de los hospitales.

9.1.1.2 La salud.

El segundo factor de preocupación previa al parto que más relevancia tiene en el estudio es la preocupación por la salud tanto de la madre como del recién nacido. A la vista de los resultados obtenidos podemos concluir que:

- La preocupación por *la propia salud*, presenta correlaciones más altas con todas respuestas de ansiedad. No obstante, no ocurre lo mismo con la preocupación por *la salud del bebé* que apenas presentan correlaciones significativas con la ansiedad a pesar de haber obtenido la media más alta en puntuación.

Resulta paradójico que el miedo a la salud del bebé, obtenga la media más alta en ansiedad para las gestantes de la muestra, pero posteriormente no presente correlaciones significativas con la ansiedad. Esta peculiaridad podría ser explicada en la línea argumental propuesta por la antropóloga Imaz en 2010, cuando habla del discurso políticamente correcto y culturalmente aceptado para la mujer embarazada española que no tiene por qué corresponder con su sentimiento real. A la luz de nuestros resultados se puede concluir que las embarazadas tienen realmente miedo a sufrir durante el parto

algún problema en su propia salud, aunque la versión cultural aceptada sea *la preocupación por la salud de su bebé*, por eso puntúa más alta en media.

Por un lado, se enfrenta el discurso explícito en las gestantes españolas y fruto de la representación cultural del embarazo como escisión: *miedo a la salud del bebé*, frente al sentimiento implícito real: *miedo a mi propia salud* menos aceptado en términos sociales. La mujer que decide ser madre, renuncia a su individualidad y con ella a su integridad corporal, sacrificando el *yo* a favor de la especie animal (Imaz, 2010).

Este resultado e interpretación también va en concordancia con la tesis de “seres para otros” de Lagarde (1997) donde la mujer construye su identidad según las relaciones sociales que le rodean: su pareja, sus hijos, su familia, etc., por lo que el factor de preocupación *salud del bebé* se ajusta perfectamente a este argumento. Construir la identidad gestante en torno al otro: el bebé. Un bebé al que aún no conoce, y cuya identidad hace que se diluya con la propia: *gestación como invasión* (Imaz, 2010).

9.1.1.3 El control y el apoyo externo institucional.

El último factor de preocupación al parto que presenta relaciones significativas con la ansiedad, engloba tres conceptos relacionados: *pérdida de control*, *apoyo profesional* y *acceso a la institución*, concretamente:

- Las correlaciones más altas con la ansiedad se obtienen con: pérdida de control, preocupación por el parto, apoyo profesional y acudir al hospital a tiempo.

La idea de control, y la preocupación que tienen las gestantes a su pérdida durante el parto, concuerda con la imagen atribuida por todos los autores al género femenino en la socialización. “*Estar en el lugar que nos corresponde*” (Smulders et al., 2009). “*Control sobre nuestro cuerpo...nuestra figura...nuestro peso*” (Imaz, 2010).

Tanto el control interno (Green et al., 2003; Cheung et al., 2007; Smulders et al., 2009) como el autocontrol social fruto de la cultura patriarcal, hacen que se produzca una pérdida de autonomía y confianza característica de las parturientas actuales. El miedo al descontrol, como un mecanismo de regulación social sobre la vida de las mujeres, hace que interioricemos el autocontrol como necesario a través del proceso de socialización.

Control con nuestra figura, nuestra sexualidad, etc. El miedo a no ser capaz de estar en el lugar que le atribuyen los otros, a llamar la atención o a perder el “recato” (Imaz, 2010, pág. 262), hace que se perciba una enorme sensación de falta de control durante el parto. Es muy característica de la representación del *parto como deriva* que atribuyen muchas gestantes al final del embarazo.

En consecuencia, la idea de *no controlar*, hace que la mujer deposite el control de su parto en la Institución, los profesionales o en el azar, lo que tiene total congruencia con los factores de preocupación obtenidos en el estudio: *altas correlaciones entre la ansiedad y la preocupación por el apoyo por el profesional y a acudir al hospital a tiempo*.

Resultados que se podrían explicar con planteamientos psicoanalistas como los de Laura Gutman (2007), la falta de confianza de las capacidades intrínsecas para parir que sufrimos las mujeres de nuestra generación, hacen que deleguemos toda la responsabilidad del proceso en la Institución hospitalaria y los profesionales sanitarios, y en congruencia nuestras principales preocupaciones ante el parto sean, acudir al hospital a tiempo y preocupación por el apoyo profesional.

Gutman afirma que la mayoría de las mujeres atraviesan la experiencia de parir con muy poca conciencia del fenómeno que están viviendo, no siendo conscientes de las capacidades biológicas intrínsecas que tienen. Además, el entorno institucionalizado en el que se desarrolla el proceso de nacimiento en nuestro país, propicia a que los sentimientos de autonomía y confianza de la mujer desaparezcan (Ruiz Vélez-Frías, 2010), calificando el parto como “peligroso y estresante” (Regina Rodrigues, et al., 2004; Bailham, et al., 2004; Dennis et al., 2008:), por lo que resulta congruente la paradoja obtenida en el estudio:

- La variable *acudir al hospital a tiempo* muestra la media más baja del perfil descriptivo, pero sin embargo obtiene una relación significativamente muy intensa con todas las respuestas de ansiedad.

Esta institucionalización del parto, convierte un evento sexualmente crucial en la vida de una mujer, en un proceso pasivo asociado a falta de control interno (Cheung et al., 2007) y con alta probabilidad de complicación (Gutman, 2007). A pesar de que nuestro discurso consciente no reconozca la pasividad que tenemos en el

proceso, sí se obtiene una correlación muy alta con la ansiedad, fruto de un miedo aprendido y anticipado respecto a nuestra falta de confianza en las capacidades propias para parir.

En respuesta a esta problemática, cada vez hay más organismos oficiales en nuestro país (Ministerio Sanidad, FAME y Asociaciones de mujeres: Vía Láctea; El Parto es Nuestro, Plataforma pro Derechos del Nacimiento, La Liga de la Leche; Red Activas, Prematura, Umamanita, Fedalma; Acpam; Amamanta y La Buena Leche), que hablan de la necesidad de obtener un mayor empoderamiento femenino en la población española y educar en la participación y corresponsabilidad de las mujeres.

El Ministerio de Sanidad (2012, p.44) propone como línea estratégica número 2: “la participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones”. Para ello insta a las instituciones sanitarias a promover y favorecer la toma de decisiones durante todo el proceso, facilitando la formación e información que cada mujer precise para ello en cada momento, buscando su implicación y protagonismo. Los puntos que resumen dicha estrategia son:

- Garantizar acceso y comprensión de las mujeres de la información basada en evidencia.
- Desarrollar programas de educación sanitaria que propicien la participación activa en el proceso, y el conocimiento de las embarazadas y sus parejas.
- Dar a conocer experiencias positivas de parto no medicalizado (vídeos, testimonios).
- Establecer mecanismos para garantizar a todas las usuarias hacer uso de su derecho a tomar decisiones en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios.
- Respetar las decisiones que tome la mujer (plan de parto) dentro del marco de seguridad y calidad de la atención.
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales que dificultan la participación de las mujeres.
- Facilitar la colaboración de asociaciones y grupos de apoyo madre a madre.
- Comprometer a las y los profesionales a capacitar a la ciudadanía.

La Asociación de mujeres, El parto es Nuestro, en su campaña: “Conoce tus derechos, la voz es nuestra” (2016) también aborda esta problemática y plantea la estrategia de actuación como respuesta al problema de la pasividad de la usuaria en el parto. *“Una campaña informativa cuya intención es la de ayudar a tomar las riendas del propio parto mostrando, con la ley en la mano, cuáles son nuestros derechos como usuarias de los servicios de salud. También pretende animarnos a agradecer el buen hacer de los profesionales sanitarios ya que, para un profesional, un agradecimiento es un aliciente para seguir haciendo las cosas bien y estimula el esfuerzo de todo el personal por mejorar en el futuro.”* (El Parto es Nuestro, 2016). Al igual que el Ministerio, esta asociación promueve en sus líneas de trabajo el empoderamiento femenino, la toma de decisiones y corresponsabilidad basada en la información. Y exige a las Instituciones que cumplan los derechos de las mujeres centrándose en varios puntos de reivindicación:

- Actuación clínica de acuerdo con la evidencia científica en el parto.
- Derecho a conocer los nombres de los/las profesionales que atienden a las usuarias.
- Derecho a la libre elección y a la presencia del acompañante.
- Derecho a ser informadas y, por último, derecho al respeto de nuestra intimidad.

Todas estas medidas, pretenden tomar conciencia del problema de la alta institucionalización del proceso de parto en España que delega toda la responsabilidad y toma de decisiones en la propia Institución Hospitalaria (FAME, 2007; Ministerio Sanidad, 2012; El Parto es Nuestro, 2016). Por lo que resulta congruente para las gestantes de nuestro estudio la preocupación por acudir al hospital a tiempo sea una de las variables que presente relaciones muy potentes estadísticamente con todas las respuestas de ansiedad. Por lo tanto, se podría afirmar que esta importante y prioritaria preocupación hacia el proceso de parto en las gestantes españolas es consecuencia de fenómeno de Institucionalización que vivimos en nuestro país.

Después de haber analizado el conjunto de factores de preocupación previa al parto en gestantes y sus relaciones con el género dentro del contexto cultural de nuestro país. Se procederá al análisis de la ansiedad en gestantes desde el punto de vista multidimensional en todas sus respuestas y dimensiones.

9.1.2 La ansiedad en las gestantes a término.

En primer lugar, la respuesta cognitiva, es la dimensión de la ansiedad más característica en las gestantes del estudio y la que obtiene correlaciones más altas con los factores de preocupación. Estos resultados presentan concordancia con el enfoque cognitivo-conductual, que sitúa a las variables cognitivas como determinantes en la forma de interpretar y afrontar las situaciones problemáticas (Lazarus y Folkman, 1986).

Los procesos cognitivos son fundamentales, porque intervienen en el reconocimiento de una señal aversiva como podría ser el parto, y posteriormente activan la respuesta cognitiva de ansiedad de la embarazada. Los síntomas cognitivos del estado de ansiedad se refieren a los pensamientos, ideas e imágenes de carácter subjetivo en torno al parto, así como su influencia sobre las funciones superiores. La preocupación, el miedo, los pensamientos de inferioridad, inseguridad o la sensación de desorganización o descontrol encontrada en la muestra, serían característicos de los aspectos cognitivos de la ansiedad en la embarazada, que va en congruencia con las tesis actuales donde los procesos cognitivos tanto desde el ámbito de la ansiedad como la preocupación se configuran como fundamentales en la estrategia de solución de problemas (Borkovec, et al., 1983; Prados Atienza, 2005).

Vuelve a cobrar importancia principal en la ansiedad cognitiva la idea de *control*. Un control emocional impuesto por la cultura como “Reglas Regulativas” (Levy, 1973), que rigen las maneras de manifestar una emoción dentro de una cultura determinada para que sea aceptada y entendida por el colectivo social. Por tanto, el control adquiere un papel funcional, con carácter instrumental (Fernández-Abascal y Palmero, 1999), ya que su objetivo último es comunicar de una manera efectiva las emociones individuales y en consecuencia, a partir de este control emocional la mujer irá desarrollando su propio estilo de afrontamiento en el parto.

Se puede afirmar por tanto, que los resultados del estudio presentan congruencia con la Teoría previa de Conceptualización del Proceso Emocional expuesta por Fernández-Abascal y colaboradores (1999), en la que se ha basado el diseño de la investigación desde el punto de vista teórico, donde la modificación sobre el patrón prototípico de las emociones viene marcada por dos filtros principales: la Evaluación Valorativa y el Aprendizaje-Cultura. Estos filtros son los responsables tanto de la

adaptación como de la disfuncionalidad de las emociones a una situación externa como es el parto.

En el primer filtro de Evaluación Valorativa, se produce un proceso de *evaluación cognitiva* de estímulos, proceso que adquiere mucha importancia en los resultados de nuestra investigación. Este proceso está enfocado a la significación, la relevancia, las expectativas, o el afrontamiento como poder/capacidad, es decir, el grado de control que percibe el individuo sobre una situación determinada (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). La evaluación cognitiva que realiza la gestante, tendrá una influencia determinante en el parto, tanto las expectativas, como el grado de control percibido por ella misma hará que la evaluación e interpretación de la situación genere respuestas de afrontamiento más o menos adaptativas en el parto.

Por ejemplo, la actitud de huida, los movimientos de resistencia muscular, luchar con cada contracción, o el sentimiento de pérdida de control percibido como desagradable o vergonzoso harán que la parturienta adopte un afrontamiento poco adaptativo y disfuncional para el parto. Sin embargo, respuestas afectivas como la ilusión por la llegada del parto, el agrado de encontrarse con el bebé o la sensación de poder, empoderamiento, autonomía y confianza en una misma durante el proceso, harán que la mujer adopte comportamientos mucho más adaptativos y favorables para el afrontamiento del parto. Gritar o cantar, acompañando a la contracción, buscar activamente movimientos que permitan confort, dejarse llevar por la situación sin planificar y sin sentir sensación de vergüenza social, constituyen comportamientos mucho más funcionales dentro de un *estilo de afrontamiento* mucho más *activo* en el proceso (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

Además, en esta investigación, existe una diferencia de puntuaciones entre los tres sistemas de respuesta, siendo en la respuesta cognitiva donde se obtiene la media más alta y en la respuesta motora donde se obtiene la más baja. Esta diferencia obtenida en puntuaciones entre los sistemas de respuesta va en sintonía con la idea de *discordancia* apuntada por Cano-Vindel en 2002. Ya se ha hecho alusión a que los tres niveles de respuesta que engloba la ansiedad (Miguel-Tobal y Casado, 1999): el cognitivo-subjetivo (la experiencia), el fisiológico (los cambios corporales) y el motor (conductual-observable), son patrones relacionados pero que pueden funcionar a veces de forma independiente (Cano-Vindel, 2002).

Esta explicación concuerda con los resultados del estudio, donde se muestra una diferencia de puntuaciones en cada sistema de respuesta en el que la embarazada puntúa alto en ansiedad cognitiva y bajo en ansiedad motora, resultados que podríamos explicar con el fenómeno denominado por los autores como: *discordancia entre los tres sistemas* (Cano-Vindel, 2002), donde no siempre existe una relación directa en un aumento de ansiedad cognitiva y fisiológica con la ansiedad motora, aunque sí se produce al contrario.

Esto se debe a que el ser humano posee un mayor grado de control voluntario sobre los músculos por lo que es más fácil controlar la expresión motora de la ansiedad que sobre los procesos mentales, las vísceras o los procesos hormonales, por lo que se podría afirmar que el mantenimiento consciente y controlado de la conducta motora (control que se puede aprender) suele favorecer unos niveles bajos de ansiedad en los otros sistemas, pero no siempre es así, existiendo una discordancia entre los canales de respuesta como ocurre en el presente estudio (Cano-Vindel, 2002).

- Respecto al nivel de ansiedad en gestantes, el *Rasgo de ansiedad* obtiene los valores máximos más altos en la muestra.

Estos resultados que concuerda con los estudios previos realizados en ansiedad en gestantes donde el factor con más peso predictor de la ansiedad relacionada con el embarazo es la presencia del rasgo elevado (Hurtado et al., 2003). Los autores afirman que hasta un 28,3% de las embarazadas pueden mostrar puntuaciones elevadas en rasgo de ansiedad.

Este fenómeno podría encontrar su explicación con los diferentes estudios de Género ya realizados en torno a la ansiedad, donde en general las mujeres puntúan más alto en rasgo que los hombres (Carrasco Galán y Espinar Fellmann, 2008). Estos argumentos se basan en las diferencias de género atribuibles a la socialización que ambos sexos reciben culturalmente. Debido a la adaptación de ambos géneros a los estereotipos, la forma de expresión externa es muy diferente, así las mujeres registramos un mayor nivel en rasgo y en respuesta cognitiva que los hombres, acentuándose las diferencias a medida que aumenta la edad (Brody y Hall, 1993).

Sánchez López y colaboradoras (2006) defienden que la variable actividad laboral es fundamental para establecer las diferencias en ansiedad entre

hombres y mujeres. En el caso de ansiedad cognitiva los varones trabajadores puntúan menos que todos los grupos de mujeres (amas de casa, trabajadoras, en paro). Sin embargo, en el caso de las personas en paro, no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en sus índices de salud. Lo que sí parece confirmarse es que, en el caso de las personas trabajadoras, las mujeres trabajadoras presentan mayor número de visitas al médico y más ansiedad cognitiva que los varones en la misma situación (Sánchez López, et al., 2006).

No ocurre lo mismo en la respuesta motora, donde según Brody y Hall (1993), los hombres presentan un mayor número de procesos de comportamiento agresivos que las mujeres, por lo que los resultados obtenidos en respuesta motora en las gestantes del estudio están también en concordancia con las investigaciones de Género.

La salud física de las mujeres está más relacionada con la salud psicológica que en los hombres (Cardenal Hernáez, Aparicio García, Dresch y Sánchez López, 2005; Sánchez López, et al., 2006), especialmente en el caso de la ansiedad, que explica entre el 15-44% de la varianza en dolencias físicas y salud auto percibida (Sánchez López, et al., 2006). En base a sus investigaciones, las mujeres amas de casa es en las que se encuentra más disminuida la salud auto percibida y puntúa más alto en ansiedad que los hombres.

Siguiendo esta línea, también hay estudios que relacionan un mayor nivel de ansiedad en mujeres cuidadoras con respecto a hombres en la misma situación (Manso Martínez, 2012), además de una disminución en autoconcepto por parte de las mujeres (Amezcu Membrilla y Picardo Martínez, 2000). Sin embargo, aunque estas investigaciones se hayan realizado en diferentes grupos de mujeres con perfiles distintos al nuestro (mujeres embarazadas a término), concuerdan en sus conclusiones sobre la existencia de una diferencia en ansiedad explicada desde la perspectiva de Género.

En consecuencia, se podría concluir que los resultados de nuestro estudio se muestran en congruencia con los estudios de Género realizados al respecto sobre la ansiedad, donde las mujeres como grupo puntúan más alto en los test de ansiedad rasgo o nivel general de ansiedad basal que los hombres, además de registrar una mayor respuesta cognitiva. Por lo que, la mayor parte de los trastornos de ansiedad se dan en

una proporción de dos a tres veces mayor en el colectivo femenino (Carrasco Galán y Espinar Fellmann, 2008).

También se podría afirmar que las puntuaciones elevadas en rasgo y ansiedad cognitiva obtenidos en el estudio de gestantes están en la misma línea que las investigaciones desarrollados por Brody y Hall (1993) donde las niñas presentan mayores niveles de emoción como variable de personalidad que los niños, situándose en consonancia con el enfoque de rasgos de Spielberger y las teorías interactivas de la ansiedad (Endler y Okana, 1975) que defienden la existencia de áreas situacionales específicas ligadas a diferencias en cuanto al rasgo de ansiedad. Es más, en relación al miedo, también se ha demostrado que en la población infantojuvenil las niñas suelen informar mayores niveles de miedo, incluida la dimensión social (Sandín, Chorot y McNally, 2001; Sandín, et al, 2005).

Ya se ha comentado que el rasgo de ansiedad se conforma como variable intrapsíquica de la persona, relativamente estable, que explica y predice el comportamiento de los individuos para reaccionar de forma ansiosa (Spielberger, et al., 2002). Pero este rasgo debe ser entendido de forma multidimensional, dentro de un contexto cultural y situacional determinado. Es aquí donde entra la aportación del Enfoque Interactivo, que explica la ansiedad en función de las características personales, las condiciones de la situación, y principalmente la interacción de cada persona con una situación particular. Es decir, toda reacción de ansiedad dependerá de una interacción entre el rasgo del sujeto y las características estresantes de una “situación ambiental” (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002), y esta interacción debe ser congruente con la situación amenazante (Endler, et al., 1977).

Esta diferencia en los estilos de afrontamiento que desarrollamos las mujeres, está en contraposición con la idea de proporcionalidad en el estímulo de ansiedad desarrollada por Miguel Tobal y Casado (1999). Para algunas mujeres el parto puede significar un peligro hacia la integridad física, desproporcionado y para otras un suceso neutro teniendo una significación positiva, como algo sencillo, no dañino, natural o sexualmente positivo (Gutman, 2007). Por lo tanto, la idea de “proporcionalidad del estímulo” en la interpretación del proceso de parto no se cumpliría, debido a que tanto la evaluación cognitiva como la *cultura* y el *género* son determinantes fundamentales. No sería la peligrosidad objetiva entonces, sino *la*

percepción subjetiva de peligrosidad la desencadenante de la reacción (Casado, 1994) y esta percepción subjetiva viene muy condicionada por la cultura.

Así, Endler y Magnusson (1976) señalan que los elementos básicos de la interacción persona- situación son: la conducta actual, el individuo como agente activo, los factores cognitivos y motivacionales como determinantes y el significado psicológico que la situación tiene para el sujeto. Es decir, que la situación influirá en la conducta dependiendo de la interpretación y la percepción del sujeto, por lo que las diferencias individuales en el comportamiento serán derivadas de la conjunción persona-situación.

Cuanto más definida sea una situación en términos culturales, mayor determinación tendrá el comportamiento individual, pasando las características personales a un segundo plano. Pero, sin embargo, a medida que la situación tenga una mayor ambigüedad y menor precisión, las características personales serán las que mejor expliquen el comportamiento del sujeto (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002). Por lo tanto, la interacción persona-situación-cultura será determinante a la hora de desarrollar las respuestas de ansiedad. Las consecuencias de esta situación ambiental, materializadas en este estudio en las diferentes áreas sanitarias, serán analizadas posteriormente (Sección 9.3).

A modo de resumen, después de lo argumentado en este apartado respecto a la discusión de la primera hipótesis se puede concluir:

1. Que existen factores de ansiedad previa al parto similares en todas las gestantes a término y este resultado es congruente con lo encontrado en nuestro estudio sobre población española (Green et al., 2003; Petersen, et al., 2009; Dencker et al., 2010).
2. Respecto del estudio correlacional, se confirman que el *control*, el *apoyo* y el peligro para la *salud*, son los tres factores de preocupación ante el parto que presentan correlaciones más altas con todas las respuestas de ansiedad (Cheung et al., 2007; Smulders et al., 2009) Factores con una clara influencia de género dentro de nuestro contexto cultural (Imaz, 2010).

3. La *cesárea* es el único factor del estudio que no relaciona con ninguna dimensión de la ansiedad, consecuencia de la idea socialmente atribuida en los medios de información sobre ésta cirugía (Sevillano, 2013; BBC, 2015).
4. La preocupación por *acudir al hospital a tiempo* muestra relaciones significativamente muy altas con la ansiedad, presentando congruencia con el alto proceso de Institucionalización del parto que existe en nuestro país (FAME, 2007; Ministerio Sanidad, 2012; El parto es Nuestro, 2016).
5. Se comprueba también que el *canal cognitivo* de respuesta y el *rasgo* de ansiedad son las dimensiones más representativas de la ansiedad en gestantes (Brody y Hall, 1993; Hurtado et al., 2003).
6. Estos resultados presentan congruencia con los estudios de Género previamente realizados sobre otros grupos de mujeres (Cardenal Hernández, et al., 2006; Sánchez López, et al., 2006; Carrasco Galán y Espinar Fellmann, 2008).

9.2 Hipótesis 2.

La segunda hipótesis de esta investigación tenía como objetivo el análisis de la influencia entre las respuestas de ansiedad y los resultados obstétricos materno-fetales. Hipótesis 2: *Tanto la preocupación, como la ansiedad previa al nacimiento, predicen las características clínicas del parto.* El resultado del estudio predictivo permite concluir que la Hipótesis 2 queda verificada. Sin embargo, a la hora de generalizar esta conclusión es necesario tener en cuenta algunas matizaciones que se contemplarán a continuación en este apartado.

En primer lugar, se puede afirmar que la ansiedad es un importante predictor del parto y de todas sus características clínicas. En este sentido, hay determinadas dimensiones de la ansiedad y factores de preocupación que se relacionan con resultados más desfavorables que otros en el parto.

Con respecto a la ansiedad: el Rasgo, la respuesta Cognitiva y el Índice de sensibilidad a la ansiedad son las dimensiones que presentan una mayor correlación y capacidad predictiva sobre el proceso de parto. Entre los factores de preocupación aparecen: el miedo a la cesárea, el parto instrumental, la pérdida de control, el dolor y el apoyo profesional. De esta manera, se puede afirmar que tanto la ansiedad como los factores de preocupación explican aproximadamente un 8-10% de la varianza del parto.

En segundo lugar, el resto de la varianza del proceso de parto parece que queda explicado por otros factores tanto de índole clínico, como socio-demográfico, como puedan ser: la edad, la paridad, el uso de la epidural, la duración del parto o el tipo de hospital donde se desarrolla.

La discusión de dicha conclusión se realizará separando los dos conceptos principales englobados en la hipótesis: las variables psicosociales y obstétricas predictivas del parto (Sección 9.2.1) y la repercusión de la ansiedad en el parto (Sección 9.2.2). A continuación, se exponen los resultados de forma detallada en relación con la evidencia empírica disponible.

9.2.1 Variables psicosociales y obstétricas predictivas del parto y sus resultados perinatales.

La mayoría de los resultados obtenidos en la investigación, principalmente los de índole clínico, muestran congruencia con los estudios realizados previamente sobre las características clínicas del parto, por lo que de manera detallada se expondrán a continuación los resultados en función de los estudios realizados previamente.

En primer lugar, se ha afirmado en numerosas investigaciones que tener *partos previos* es la variable clínica que mejor predice un parto sin complicaciones (Carrera Macia, et al., 2006; Cañete Palomo y Cabero Roura, 2007; Ministerio Sanidad, 2014). En nuestra investigación, queda demostrado que tener partos anteriores es un factor de protección para: parto distócico, cesárea, inducción, complicaciones en el parto y uso de epidural.

- Las mujeres que tienen partos anteriores la probabilidad de sufrir un parto distócico está disminuida en comparación de las que no los tienen (OR=0,258). Además, queda demostrado en el análisis de regresión que tener partos anteriores, disminuye la probabilidad de sufrir una complicación durante el parto (OR= 0,513).

Este resultado es congruente con estudios de González Merlo (2006) que afirma que las mujeres con partos previos presentan tres veces menos probabilidad de parto distócico y complicaciones generales. Para Trujillo Hernández y cols. (2000) las principales indicaciones de una cesárea son: las distocias (39%); las cesáreas previas (23%) y el sufrimiento fetal (11%), siendo los factores de riesgo más importantes los antecedentes de cesárea previa (OR=12,7) y la nuliparidad (OR=6,6), por lo que el parto previo actuaría como factor de protección ante la cesárea (Trujillo Hernández, Tene Pérez y Río Silva, 2000), de manera similar a los resultados de esta investigación:

- Tener partos anteriores actúa disminuyendo las probabilidades de sufrir una inducción (OR=0,408) y usar la analgesia epidural (OR=0,033).

Tanto la epidural como la inducción son variables altamente relacionadas con partos distócicos y riesgo de cesárea respectivamente. Las revisiones previas (Anim-Somuah, Smyth R y Howell, 2009) afirman que existe una relación directa entre la analgesia epidural y los partos instrumentales (RR=1,38), además de otras

complicaciones como: hipotensión; bloqueo motor; fiebre o retención urinaria (Leanne, Mohammad, Therese, Zarko, 2012; Ministerio de Sanidad, 2010). Sin embargo, estas diferencias no son significativas para la cesárea, la lumbalgia, Apgar y pH disminuido (Sng, Leong, Zeng, Siddiqui, y Assam, 2014).

Por otro lado, la inducción del parto se trata de un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas por medios mecánicos, médicos o ambos. La inducción puede ser electiva o terapéutica cuando la continuación del embarazo suponga un riesgo para la madre o el feto (SEGO, 2003). Pero la inducción no está exenta de riesgos, por lo que su uso debe estar justificado tras una evaluación ajustada entre el riesgo/beneficio (Ministerio de Sanidad, 2012). En cualquier caso, siempre que se decida finalizar un embarazo mediante una inducción es necesario determinar correctamente la indicación, elegir cuidadosamente el momento y el método y establecer una cuidadosa relación riesgo-beneficio para madre y feto, ya que los riesgos de parto instrumental y cesárea se encuentran claramente incrementados (González Merlo et al., 2006).

Todos estos estudios muestran congruencia con los resultados del modelo de regresión de esta investigación donde aparecen como factores de riesgo para tener complicaciones en el parto: la inducción, la epidural y puntuaciones elevadas apoyo profesional.

- En las gestantes con inducción de parto el riesgo de sufrir una complicación está incrementada (OR=2,325). Ocurre lo mismo con la epidural, las gestantes con analgesia epidural multiplican considerablemente las probabilidades de tener una complicación durante el parto (OR= 8,2929).

La literatura obstétrica actual señala que tener partos anteriores actúa como factor de protección para la inducción y la analgesia epidural (Trujillo Hernández, et al., 2000). Y tanto la inducción, como el uso de la epidural están relacionados con mayores tasas de partos distócicos y cesáreas (Anim-Somuah, et al., 2009; Leanne, et al., 2012; Ministerio de Sanidad, 2012). Por ello resulta coherente concluir que las mujeres con partos anteriores tendrán un riesgo disminuido de cesárea y partos distócicos (OR=0,258), tal y como queda demostrado en este estudio.

En segundo lugar, el resultado del estudio predictivo permite afirmar que el tipo de parto (eutócico versus distócico) está directamente relacionado con la *edad materna*. Por cada año que aumenta la edad de la parturienta se incrementan las probabilidades de tener un parto distócico (OR= 1,074).

Datos que concuerdan con las investigaciones actuales que relacionan de una manera directa la edad materna con el riesgo obstétrico y resultados adversos en el parto. En un estudio reciente donde se analizaron a casi 37.000 nulíparas divididas por franjas de edad (Vaughan, Cleary, y Murphy, 2014), se llega a la conclusión de que la edad materna mayor de 39 años incrementa el riesgo de cesárea (OR=3,24); ingresos en las unidades neonatales (OR=1,35) y anomalías congénitas (OR=1,71). En este estudio se concluye que por cada año que aumenta la edad de la mujer incrementa el riesgo de cesárea significativamente (OR=1,057) resultado muy similar al valor predictivo que tiene la edad materna sobre el tipo de parto en este estudio.

En otro estudio americano (Salazar, Pacheco, Scanglia, Lama y Munaylla, 1999), se recogen los datos de 10.500 partos y se comparan los resultados del parto y la morbilidad materno-perinatal dividiendo a las gestantes en dos grupos: mayores y menores de 35 años. Se concluye que hubo significativamente más partos distócicos en el grupo de las gestantes añosas (19,2%) que en las jóvenes (10,6%). Las gestantes mayores de 35 años presentan 1,61 veces más de tener un parto distócico que las que tienen menos de 35 (RR=1,61), datos bastante similares a nuestro estudio predictivo, además de sufrir más anomalías en las presentaciones: podálica (RR=2,43) y transversa (RR=4,52). La tasa de mortalidad materna también se encuentra incrementada con la edad, 397 frente a 41 por 100000 nacimientos vivos, donde el riesgo incrementado para la mortalidad materna se sitúa en casi 10 veces mayor (RR=9,8), la mortalidad neonatal temprana (RR=1,81) y la mortalidad perinatal es 1,59 veces mayor que las gestantes de menos de 35 años.

Finalmente, en nuestro país, Heras Pérez y colaboradores (2011) analizan 1455 historias clínicas concluyendo que las gestantes mayores de 35 años tienen un riesgo incrementado de cesárea de 1,6 veces mayor que el grupo control, siendo resultados muy similares a nuestro estudio. Los autores relacionan también la edad materna con las posibilidades de sufrir una inducción (RR=1,42), morbilidad materna (RR=1,63) debido a mayor tendencia a sufrir patología gestacional, como diabetes,

metrorragias y estados hipertensivos del embarazo (Heras Pérez, Gobernado Tejedor, Mora Cepeda y Almaraz Gómez, 2011). Señalamos también, que la edad materna mayor de 30 años está asociada con una segunda etapa del parto más larga, especialmente en nulíparas (Albers, 1999).

En tercer lugar, se abordará la *duración del parto*, que es una de las variables clínicas con mayor relevancia dentro del proceso. Para ello, es fundamental definir los límites que distinguen lo que se acepta como duración normal, de lo que puede considerarse una duración anormal. Estos márgenes de tiempo se consideran fundamentales para diagnosticar posibles distocias y complicaciones (Ministerio de Sanidad, 2010).

Queda demostrado en esta investigación que la variable con mayor influencia sobre la duración del parto es la existencia de partos previos (explica un 13,5% de la varianza en la duración total del parto y el 18,4% de la duración del expulsivo), seguido por la inducción de parto (explica un 8% de la varianza).

Datos en concordancia con los protocolos nacionales e internacionales que delimitan dos márgenes de tiempos de seguridad para todas las etapas del parto en función de la paridad (gestante nulípara o multípara) y si el parto es espontáneo o inducido (González Merlo, et al., 2006; FAME, 2007; SEGO, 2008).

La evidencia actual marca como tiempos generales establecidos que la mayoría de las mujeres nulíparas alcanza la segunda etapa del parto dentro de las primeras 18 horas y las multíparas en 12 horas sin intervenciones (Ministerio de Sanidad, 2010). Pero es importante definir los tiempos del parto en función de sus periodos clínicos, para poder diagnosticar posibles distocias y riesgos perinatales dentro del parto (NICE, 2007).

En el estudio de las fases del parto de forma independiente, el 18,5% de la variabilidad en la *duración de la dilatación* queda explicado por la existencia de partos anteriores que explica un 10% de su varianza; la inducción de parto que explica un 5,4% y el miedo a la cesárea, un 3,8%.

En 1978, Friedman ya consideró que el periodo de dilatación para la nulípara se sitúa entre 12-14 horas y para la multípara en 6-9 horas, con pequeñas

variaciones, por lo tanto se puede concluir que la paridad determina directamente los tiempos de dilatación (NICE, 2007), como ocurre con los resultados de esta investigación.

El periodo de dilatación a su vez, se subdivide en dos fases. Una primera caracterizada por una evaluación lenta donde principalmente se produce las modificaciones cervicales, denominada fase latente. Y otra segunda fase denominada la dilatación activa, que corresponde al parto clínico propiamente dicho y termina con la dilatación cervical completa (González Merlo et al., 2006). El Ministerio de Sanidad (2012) y la guía NICE (2014) evidencian que no es posible establecer la duración de la fase latente de la primera etapa del parto debido a la dificultad de determinar el comienzo del parto y las variaciones individuales para cada mujer. Sin embargo, la duración de la fase activa del parto también es variable entre las mujeres dependiendo de la paridad, pero su progreso no es necesariamente lineal. En cambio, los márgenes de tiempo sí que están establecidos por la comunidad científica para asegurar que el proceso de parto cursa sin complicaciones. Se asume como normal 8 horas de duración para las nulíparas y 5-6 horas para las multíparas aproximadamente (NICE; 2007; Ministerio de Sanidad, 2010).

Respecto a la *duración del periodo expulsivo* en nuestra investigación, el 27,6% queda explicado por tener partos anteriores (que explica un 18,4% de su varianza), hospital donde se desarrolla el parto (que explica en un 3,2%), la ansiedad Rasgo y el miedo a la cesárea.

El periodo expulsivo comienza con la dilatación cervical completa, y finaliza con el nacimiento del feto. En este periodo se produce la máxima actividad uterina y tiene lugar el descenso del feto por la pelvis materna (González Merlo, et al., 2006). La paridad y la epidural son las variables con mayor influencia en la variación del tiempo (NICE, 2007). Datos congruentes con los resultados de este estudio.

La duración media en mujeres sin anestesia epidural 54 minutos (límite superior: 142 min) en las nulíparas y de 18 minutos (límite superior: 60 min) en las multíparas (Kilpatrick y Laros, 1989; Albers, Schiff, y Gorwoda, 1996; Albers, 1999). Pero los protocolos nacionales consideran una duración normal de la segunda etapa del parto hasta 4 horas para nulíparas con anestesia epidural, hasta 3 horas en nulíparas sin

anestesia y multíparas con anestesia, y hasta un máximo de 2 horas en multíparas sin anestesia epidural (Ministerio de Sanidad, 2010). Por lo tanto, dependiendo de si la mujer tiene la epidural o no, si es su primer parto o tiene partos previos, los protocolos establecen tiempos concretos de la duración media de la 2ª etapa de parto (SEGO, 2008), datos que concuerdan con los coeficientes obtenidos en esta investigación (se disminuye 0,7 horas el expulsivo por cada parto previo, en las gestantes del hospital de Guadalajara los tiempos de expulsivo están disminuidos 0,4 horas, y el tiempo del expulsivo aumenta 0,7 horas si se utiliza la analgesia epidural).

La guía NICE (2007) empleó 16 estudios para definir la duración del periodo expulsivo. El de más trascendencia fue un estudio transversal realizado en EEUU que incluía a 15.759 mujeres que investigó la prolongación de la duración de la segunda etapa (más de 4 horas) y sus consecuencias (Cheng, Hopkins, y Caughey, 2004). La regresión logística realizada evidenció la asociación entre una segunda etapa del parto prolongada y la corioamnionitis (OR=1,79); laceraciones de 3º o 4º grado (OR=1,33); cesáreas (OR= 5,65); partos vaginales instrumentados (OR=2,83) y puntuación de Apgar<7 a los 5 minutos (OR= 0,45).

En nuestro estudio, partos prolongados multiplican las probabilidades de tener una cesárea (OR= 1,034). Estos resultados son compatibles con las investigaciones de Cheng y colaboradores (2004), aunque estos asignan un valor de OR mucho mayor para la cesárea (OR=5,65), además de investigaciones previas donde se revisaron 1432 partos mostrando una asociación directa entre una segunda etapa del parto prologada y mayores índices de cesárea y partos instrumentales (Moon, Smith, y Rayburn, 1990).

Otro de los estudios que se tomaron en cuenta en la elaboración de las recomendaciones de NICE (2007) fue el desarrollado en Alemania en que se incluyeron 1200 mujeres con fases de expulsivo prolongadas. Los resultados mostraron una asociación entre expulsivos prolongados y hemorragias postparto, Apgar y pH de cordón bajos; y fiebre materna (Janni, Schiessl, y Peschers, 2002).

En esta investigación, la variable que mayor impacto tuvo en el pH de sangre de cordón fue la duración del parto, que explica un 3,3% de su varianza. Datos en congruencia con la literatura (Janni et al., 2002). Donde existe evidencia de asociación entre una segunda etapa del parto prolongada y complicaciones perinatales

como: corioamnionitis; desgarros perineales de 3-4° grado; cesáreas; partos instrumentales y valores bajos de apgar y pH. Tal y como arrojan algunos de los resultados de este estudio (Cheng, et al., 2004).

Ya se ha comentado que la duración del parto, principalmente la segunda etapa tiene una relación directa con el uso de la epidural. Y una prolongación del expulsivo tiene relación directa con resultados adversos perinatales (NICE, 2007), por lo que en cuarto lugar se procederá al abordaje con detenimiento de esta variable clínica dentro de este estudio.

La analgesia epidural es la alternativa farmacológica actual para el alivio del dolor con mayor efecto analgésico en el parto. En los últimos años, se ha extendido el uso de esta técnica eficaz, aunque invasiva y no exenta de riesgos, que obliga a una mayor vigilancia y dificulta la movilidad y la percepción de la sensación de pujo, por lo que relega a las mujeres a un papel más pasivo (Ministerio de Sanidad, 2010). Sin embargo, la implementación de otros métodos de alivio del dolor de reconocida eficacia y seguridad y que interfieren menos con la fisiología del parto y el protagonismo de las mujeres, ha sido escasa (Ministerio de Sanidad, 2012). Por eso, las mujeres deben estar informadas de los efectos, tanto positivos como adversos para ellas como para sus recién nacidos de los diferentes métodos de control del dolor (Leanne, et al., 2012).

- En esta investigación, las gestantes con analgesia epidural multiplican las probabilidades de tener una complicación durante el parto (OR= 8,2929).

En las últimas revisiones (Anim-Somuah, et al., 2009) establecen relaciones muy claras entre epidural y partos instrumentales (RR=1,38) y la prolongación del periodo expulsivo: 20,89 minutos mayor (Sng, et al., 2014) y aumento del riesgo de utilización de oxitocina (RR=1,31) (Anim-Somuah, et al., 2009), además de otras complicaciones como hipotensión, bloqueo motor, fiebre mayor de 38° o retención urinaria (Leanne, et al., 2012). No parece que haya asociación significativa entre la epidural y las tasas de cesárea general, el Apgar y valores de pH de cordón, aunque sí que parece que las mujeres presentaron mayor número de cesáreas por sospecha de pérdida de bienestar fetal (Leanne, et al., 2012). Los bloqueos nerviosos con anestesia local parece que están relacionados con vértigo materno, sudoración y hormigueo además de frecuencias fetales disminuidas.

- La inducción y el miedo al dolor actúan como factores de riesgo para ponerse la epidural, tener partos previos actúa como factor de protección (OR=0,033).

Ya se ha establecido en los estudios previos que el dolor en el trabajo de parto es intenso pero se puede incrementar si se asocia a tensión, ansiedad y miedo (Smith, Collins, Cyna, y Crowther, 2008) por lo que dependiendo de las representaciones y expectativas que tiene para cada mujer el dolor, las necesidades analgésicas serán diferentes (Smulders, y Croon, 2009).

- Por cada punto que aumenta el factor de preocupación por el dolor (PP04) se incrementan las posibilidades de ponerse la epidural (OR=1,251).

El significado que tenga la utilidad del dolor en el parto para cada mujer, estará directamente relacionada con la preocupación que le produzca el efecto del dolor antes del parto, y este aspecto tiene una clara influencia de género. Si una mujer considera el dolor como algo inútil, que debe ser eliminado, posiblemente la preocupación por el dolor será alta, y en consecuencia tendrá más posibilidades de usar la analgesia farmacológica durante el parto (Smulders, y Croon, 2009).

La Guía NICE (2007) afirma textualmente: “El deseo de analgesia y la elección del método se ven influenciados por muchos factores, entre ellos las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor. Para muchas mujeres el dolor del parto es severo, y la mayoría requiere algún tipo de alivio del dolor. El dolor extremo puede dar lugar a traumas psicológicos para algunas mujeres, mientras que, para otras, los efectos secundarios indeseables de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento. Las formas eficaces de alivio del dolor no están necesariamente asociadas a una mayor satisfacción con la experiencia del parto y, a la inversa, el fracaso del método elegido puede conducir a la insatisfacción.”

Por lo tanto, la eliminación completa del dolor no significa necesariamente que la experiencia del parto sea más satisfactoria para la mujer (Smith, et al., 2008). Es necesario por tanto, individualizar el tratamiento efectivo y satisfactorio del dolor para cada mujer (Ministerio de Sanidad, 2010).

El uso de la analgesia epidural en nuestro país se encuentra en niveles muy altos con un 72,2%, y obedece no solo a las indicaciones clínicas, sino que también

está influido por la oferta originada desde los servicios sanitarios y su reflejo en la demanda de las gestantes (Ministerio Sanidad, 2012).

Muchas mujeres desearían no tener que emplear técnicas farmacológicas en el trabajo de parto, por eso cada vez es más habitual el uso de los métodos alternativos para el tratamiento del dolor como los masajes, la movilidad, la inmersión en agua, la acupuntura, la reflexología o la hipnosis. Sobre esto, el Ministerio concluye en su documento de evaluación de las recomendaciones en el parto en el año 2012 que los métodos alternativos no farmacológicos se mencionan en el 67% de los protocolos totales, pero este dato debería ser contrastado para conocer la accesibilidad real y la diversidad de técnicas que se ofertan en los hospitales de nuestro país. También se indica cierta invisibilidad o desconocimiento sobre los riesgos y consecuencias para la madre y la criatura, durante el parto, en el posparto y la lactancia sobre la analgesia epidural. Observando una sobre/infratilización del uso de la epidural en la población española (Ministerio de Sanidad, 2012).

En relación a los métodos no farmacológicos de alivio del dolor, en el último metaanálisis al respecto se incluyeron 1448 mujeres que utilizaron diferentes formas de tratamiento del dolor. Los ensayos de acupuntura mostraron una disminución en la necesidad de alivio del dolor (RR= 0,70; n=288 mujeres). En las mujeres a las que se les enseñó autohipnosis disminuyó la necesidad de analgesia epidural (RR=0,30; n=749) y estaban más satisfechas con su tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. No se observaron diferencias para las mujeres que recibieron otros tratamientos alternativos (Smith, et al., 2008).

Por lo tanto, como ya concluyeron algunos autores, la experiencia de parto está influenciada por varios factores tales como las expectativas, nivel de preparación, situación y complicación del parto y el grado de dolor experimentado (Hodnett, 2002; Hodnett, et al., 2013).

Otra de las variables que pueden condicionar el uso de la analgesia farmacológica es la situación en la que se inicia el parto. En esta investigación queda demostrado que las gestantes con parto inducido incrementan considerablemente las probabilidades de ponerse la analgesia epidural que las que inician el parto de manera espontánea (OR=13,723). Por lo que las complicaciones y situaciones de parto pueden

ser determinantes a la hora de decidir una forma de analgesia u otra (González Merlo, 2006; Hodnett, et al., 2013).

Parece claro, que en lo que se refiere al alivio del dolor, el uso de la analgesia epidural es el mecanismo que ha demostrado una mayor efectividad. Las mujeres con analgesia neuroaxial combinada intradural-epidural administrada en bomba controlada por ellas alcanzan mayor satisfacción con el alivio del dolor durante el parto que las que reciben apoyo continuo por la matrona más otras formas de analgesia (petidina, Entonox y métodos no farmacológicos). Sin embargo, en lo que se refiere a la satisfacción global con la experiencia del parto y nacimiento es similar en mujeres de ambos grupos, no siendo mayor en el grupo de analgesia epidural (Dickinson, Paech, y McDonald, 2003; Hodnett, et al., 2013).

Parece por tanto que la satisfacción con la experiencia del parto está relacionada con cuatro aspectos claves: el grado y tipo de dolor, el alivio del dolor, la participación de la mujer, cuidado estructurado y el control en la toma de decisiones (Ministerio de Sanidad, 2010). Por lo tanto, será fundamental incluir estos cuatro aspectos en el cuidado que realizamos las matronas durante el parto.

De esta manera, sería recomendable conocer previamente los deseos y creencias que tiene la embarazada sobre el dolor en el parto, para poder ajustarse al máximo posible a sus expectativas. La epidural es un instrumento más que tenemos las mujeres en el parto, pero no es determinante en la satisfacción global de la experiencia de parto (Dickinson, et al., 2003; Hodnett, et al., 2013), por lo que su uso debería estar indicado a las mujeres que la idea del dolor les produce un efecto negativo o poco adaptativo para proceso, y no de manera indiscriminada como se viene haciendo en nuestro medio (Ministerio de Sanidad, 2012). Por lo tanto, las matronas tenemos que esforzarnos en nuestro trabajo diario para ofrecer todos los mecanismos intrínsecos que posee cada mujer, potenciarlos y mejorar su sentimiento de control y corresponsabilidad, lo que es lo mismo, empoderarlas en el parto.

El sentimiento del control personal influye positivamente en la satisfacción de las mujeres durante el parto (Hurtado, et al., 2003) pero la actitud y el comportamiento de los/as cuidadores/as es el factor que más influyente en la satisfacción materna, por lo que el cumplimiento de las expectativas es el factor que

más se relaciona con la satisfacción (Christiaens y Bracke, 2007). Datos congruentes con nuestro estudio donde el control y el apoyo muestran un papel fundamental a la hora de establecer las principales preocupaciones de todo el conjunto de miedos en las gestantes ante el parto.

Esta idea de apoyo, expectativa materna y cuidado estructurado, está en la línea de las diferencias en los protocolos de actuación que siguen cada hospital en concreto. Ya que las guías de actuación difieren de una a otra institución. En esta línea, la última variable a comentar sobre las características clínicas del parto, será la varianza del proceso de parto que dependa del *tipo de hospital*, ya que representa el protocolo y el cuidado estructurado necesario que indica el Ministerio de Sanidad (2012) para alcanzar altos grados de satisfacción materna y buenos resultados perinatales.

En esta investigación el estudio predictivo mostró que el tipo de hospital donde se produce el parto es altamente representativo en la varianza del parto. En las gestantes del hospital de Móstoles la probabilidad de tener una complicación disminuye del grupo de Guadalajara (OR=0,523), también disminuye la probabilidad de tener un parto distócico disminuye (OR=0,483) y de sufrir una cesárea también (OR=0,336).

Estos datos muestran congruencia con la idea que establece el Ministerio sobre la importancia del “Cuidado estructurado” que se desarrolla en cada institución (2012). Y que es determinante a la hora de establecer diferencias entre los resultados perinatales y en satisfacción debidas directamente a cada protocolo de actuación. Por lo tanto la variable tipo de hospital, se analizará de una manera más detallada en la Sección 9.3, donde se hará alusión a cada resultado perinatal concreto fruto de los protocolos y guías clínicas de actuación específicas en cada hospital (NICE, 2014).

Después de haber analizado el conjunto de variables psicosociales y obstétricas directamente relacionadas con la evolución del parto. Se procederá, a continuación, a la discusión del papel que ejerce la ansiedad y los factores de preocupación previos al parto sobre la varianza del trascurso del mismo.

9.2.2 El valor predictivo de la ansiedad durante el parto.

El resultado del estudio permite concluir que la ansiedad y la preocupación frente al parto tienen un papel predictivo en las características y resultados perinatales del parto. La ansiedad explica alrededor de un 8-10% de la varianza en el

proceso de parto. Este resultado es fundamental, ya que la ansiedad es un proceso psicológico que se podría tratar previamente en el periodo preconcepcional mediante el aprendizaje de habilidades conductuales y cognitivas entrenadas (Hurtado, et al., 2003).

Además, la ansiedad materna durante el embarazo ha sido relacionada por la teoría de programación prenatal con importantes consecuencias en la aparición de problemas en el desarrollo psicomotor posteriormente en los niños: problemas de conducta, déficit de atención, hiperactividad y trastornos emocionales, por lo que disminuir la ansiedad materna en el embarazo, podría tener un efecto protector preventivo no sólo en el parto, sino también en la salud mental infantil (O'connor, Heron, Golding y Glover, 2003).

El Rasgo de ansiedad, el canal cognitivo y el índice de sensibilidad son las principales dimensiones de la ansiedad que dan cuenta del 5% aproximadamente de la varianza en el parto. La influencia de los factores de preocupación es un poco menor, oscilando entre el 3-4%. La variabilidad en las características del parto quedaría explicada por el miedo a la cesárea, parto instrumental, la propia salud y la del bebé, la pérdida de control, el apoyo profesional y el dolor, como se ha comentado con anterioridad en el caso de la epidural.

En primer lugar, queda constatado que el *Rasgo de ansiedad* tiene una relación directa sobre determinadas características clínicas del parto muy influyentes en los resultados perinatales. Por ejemplo en aspectos como la duración, que explica un 3,3% de la duración del expulsivo, así como el miedo a la cesárea explica un 3,8% de la duración de la dilatación.

Además, se demuestra que tanto el Rasgo de ansiedad elevado como miedo al parto instrumental hacen que aumenten las semanas de gestación a las que se produce el parto, relacionándose con gestaciones prolongadas.

Estos datos vienen a confirmar lo reflejado en estudios precedentes donde las mujeres con partos prolongados, inducidos o complicados así como gestaciones prolongadas, suelen manifestar mayores niveles de ansiedad rasgo durante el tercer trimestre, deficientes estrategias de afrontamiento y escaso apoyo social, que las mujeres que tienen partos satisfactorios (Rizzardo, Magni, y Andreoli, 1985; Ryding, Wijma., Wijma y Rydhstrom, 1998; Hurtado, et al., 2003; Saisto y Halmesmaki, 2003).

En este sentido ya se ha comentado que el rasgo de ansiedad fue la dimensión más significativa en las gestantes a término. Hurtado y colaboradores (2003) estudiaron a 138 mujeres intraparto concluyendo que el 44,9% tenía niveles marcados de ansiedad rasgo y el 5,1% muy elevados, llegando esta cifra hasta el 7% durante el tercer trimestre.

Parece que el Rasgo de ansiedad también tiene un efecto directo en la resistencia que presenta la arteria uterina en la gestación, medición fundamental en el control del embarazo, ya que un mal funcionamiento es indicativo de posibles riesgos o complicaciones en la gestación motivo de inducción de parto (SEGO, 2008). Teixeira y colaboradores (1999), encontraron una asociación significativa entre el Índice de resistencia de la arteria uterina y la ansiedad estado-rasgo de Spielberger ($r_s = 0,31$; $p < 0,002$ y $r_s = 0,28$; $p < 0,005$, respectivamente). Las mujeres con las puntuaciones de ansiedad estado mayores de 40 tuvieron una media del índice de resistencia más alta de la arteria uterina que aquellos con puntuaciones de menores de 40. Del mismo modo, las mujeres con las puntuaciones de ansiedad rasgo mayores de 40, tuvieron un índice de resistencia media más alta que aquellos con puntuaciones menores o iguales de 40, aunque en menor medida que para el estado. Además, el patrón de forma de onda producida por el flujo sanguíneo de la arteria uterina se encontró alterado en 4 de 15 mujeres (27%) con las puntuaciones de ansiedad alto en comparación con 4 de 85 (5%) con bajas puntuaciones ($p < 0,02$) (Teixeira, Fish, y Glover, 1999).

Respecto a los resultados perinatales, trabajos como el de Ryding y colaboradores (1998) indican que las mujeres que manifiestan miedo ante el parto, ansiedad generalizada y precarias estrategias de afrontamiento ante el estrés durante el tercer trimestre, incrementan el riesgo de sufrir una cesárea de emergencia.

En investigaciones como las de Rizzardo (1985), en el que estudiaron una muestra de 319 gestantes mediante una batería de cuestionarios, se concluye que ninguna de las variables psicológicas ni clínicas tomadas aisladamente, producen diferencias entre el grupo normal y el grupo con problemas respecto a complicaciones en la gestación. Pero cuando se considerarán los efectos combinados de dos o más variables, emergen algunas interacciones significativas. Las variables más influyentes son los acontecimientos vitales, el estado de ansiedad, el estilo de afrontamiento y la ansiedad como rasgo (Rizzardo, et al., 1985).

En otro estudio se examinaron mediante análisis de regresión múltiple las principales medidas relacionadas con la aparición de ansiedad relacionada con el embarazo y del miedo al parto vaginal, distintos rasgos de personalidad, la satisfacción vital y la relación de pareja. Encontraron que las mujeres embarazadas que manifestaron mayores niveles de ansiedad relacionada con el embarazo y miedo al parto, fueron aquellas que reflejaron en los cuestionarios mayores tasas de ansiedad Rasgo, neuroticismo, vulnerabilidad, depresión, baja autoestima, insatisfacción con su relación de pareja y bajo apoyo social. Siendo los predictores con mayor peso en la contribución a la aparición del miedo al parto tanto la ausencia de apoyo social como 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 (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, y Halmesmaki, 2001). Por lo que, de nuevo, el Rasgo de ansiedad está directamente relacionado con la preocupación en el parto.

En segundo lugar, al igual que el rasgo, ya se ha comentado con anterioridad que la *respuesta Cognitiva* de ansiedad es la más característica de la embarazada a término y como queda también demostrado en este estudio explica parte de la varianza de las características del parto, por cada unidad que aumenta una gestante en ISRA-cognitivo se incrementa el riesgo de tener una inducción de parto (OR=1,063).

Se ha comprobado que el nivel de ansiedad cognitiva está significativamente aumentado en las diabéticas gestacionales respecto a la población diabética general (Aguilar Figueroa y Morales Carmona, 1995). La diabetes gestacional es uno de los motivos principales de inducción de parto en España (SEGO, 2008). Estos datos mostrarían congruencia con nuestro estudio.

Otro estudio sobre la respuesta cognitiva en gestantes y su valor predictivo en el parto, en concreto en relación al vínculo después del parto, concluye tras el análisis correlacional, que los niveles de ansiedad cognitiva son más representativos en las madres embarazadas que en los varones. El porcentaje sobre la varianza que explica el vínculo prenatal es del 37,6%, teniendo una mayor vinculación prenatal con el feto y posteriormente al parto las mujeres que presentaban un menor nivel de ansiedad cognitiva (Regina Rodrigues, et al., 2004).

La última variable a estudio son las semanas de gestación a las que se desencadena el parto, en relación a esta variable en esta investigación queda comprobado que las variables de ansiedad predictivas que permiten explicar el 5,2% de la varianza en la edad gestacional son: *preocupación por la pérdida de control*, la *preocupación por el parto instrumental*, y el Rasgo de ansiedad.

Hasta ahora en la literatura obstétrica, la ansiedad sólo aparecía relacionada con el parto prematuro y el bajo peso (Hedeegar, Heriksen y Sabroe, 1993) que podría ser debido a un incremento en la resistencia en la arteria uterina (Teixeira, et al., 1999). Incluso la ansiedad relacionada con acontecimientos vitales graves durante el primer trimestre tendría relación con alteraciones congénitas graves (Hansen, Lou y Olsen, 2000).

Sin embargo, en esta investigación también quedan verificados que existen otros factores de preocupación, que tendrían repercusión en la disminución de las semanas de gestación a las que se produce el parto, como son el miedo a la *pérdida de control*, aspecto importante debido a la aportación original que conlleva, hasta ahora no estudiada.

- El Rasgo de ansiedad elevado y el miedo al parto instrumental hacen que aumenten las semanas de gestación a las que se produce el parto, relacionándose con gestaciones prolongadas. Ocurre lo contrario con el miedo a la pérdida de control, que disminuye las semanas de gestación a las que se desencadena el parto.

En un estudio en el que evaluaron 5.337 partos midiendo la ansiedad de las embarazadas a través del cortisol en plasma, los resultados relacionaron significativamente el cortisol elevado con el parto prematuro, teniendo el doble de riesgo las mujeres con ansiedad relacionada con el embarazo (Kramer, et al., 2009), datos que concuerdan con los obtenidos en el estudio.

Otra investigación desarrollada con una muestra de 688 mujeres concluyó que la ansiedad del embarazo es predictivo de la edad gestacional a la que se desarrolla el parto. Mujeres con puntuaciones elevadas en ansiedad tenía tendencia a partos prematuros o disminución de las semanas de gestación. De hecho, si la ansiedad Rasgo empezaba a elevarse antes de las 18 semanas y continuaba durante el tercer trimestre

estaba asociado a gestaciones más cortas (Roesch, Dunkel, Wo, y Hobel, 2004), resultados que serían contrarios a nuestro estudio. Sin embargo, estos autores sí concluyen que la ansiedad experimentada en el curso del embarazo es un buen predictor de la edad gestacional.

En relación a las gestaciones prolongadas, o también conocidas como gestaciones postérmino, son aquellas que se extienden hasta la semana 42 de gestación o más allá de ella. Su frecuencia es aproximadamente de 7%, y constituye una condición clínica que causa importantes compromisos maternos y fetales, por lo que se considera de alto riesgo. Las complicaciones fetales incluyen: insuficiencia útero-placentaria, síndrome de aspiración de meconio, infecciones intrauterinas, incremento de muerte perinatal (la cual es el doble a la semana 42 en comparación con embarazos en semana 40), distocia del trabajo de parto y macrosomía, así como la duplicación de la tasa de cesáreas (González Merlo, et al., 2006). Los factores de riesgo más comúnmente identificables son la primiparidad y un embarazo postérmino previo, la obesidad, edad materna, hidrocefalia o desproporción pélvica (Hernández Parra y Nachón García, 2005).

Parece que ya hay estudios que relacionaban las gestaciones prolongadas con el estrés producido por el trabajo nocturno a turnos (Kitlinski, Kallen, Marsal y Olofsson, 2003; Hernández Parra y Nachón García, 2005), pero no se encuentra en la literatura relación con el rasgo de ansiedad o cualquier otro factor de miedo al parto, tal y como establece nuestra investigación.

Por otro lado, en este estudio también queda verificado que el *Índice de Sensibilidad a la ansiedad* posee un valor predictivo importante en la variabilidad de los resultados perinatales del parto.

- En esta investigación, por cada unidad que se incrementa **ASI** se aumentan las probabilidades de tener un parto distócico (OR= 1,055) y una cesárea (OR= 1,090).

Tras el análisis correlacional se confirmó que el *Índice de Sensibilidad a la ansiedad* se correlacionó prácticamente con la totalidad de los factores de miedo al parto en las gestantes a término, y el porcentaje de varianza en el parto que dependía de esta dimensión de la ansiedad fue generalizado para los indicadores del mismo. Por

ejemplo, respecto al tipo de alumbramiento: por cada unidad que se incrementa ASI se produce un aumento del riesgo de tener un alumbramiento manual (OR=1,036). El pH de sangre de cordón: queda explicado por la duración del parto y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad que explica un 2,8%. Además, en la puntuación de Apgar, el Índice de sensibilidad a la ansiedad de la gestante explica un 1,8% del Apgar al primer minuto y un 2,5% del Apgar a los 5 minutos.

Como ha quedado comentado, el concepto de Sensibilidad a la ansiedad (SA) es un aspecto central de la teoría de expectativa de la ansiedad, y consiste en el miedo a los síntomas de ansiedad, el cual se supone estar debido a la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones poseen consecuencias peligrosas o dañinas (Sandín, et al., 2005).

Sobre las características predictivas de la Sensibilidad a la ansiedad en el parto, se ha demostrado que la Sensibilidad a la ansiedad desempeña un papel significativo en la percepción de las mujeres respecto al dolor de parto (Lang, Sorrell, Rodgers, et al., 2006; Curzik, y Jokic-Begic, 2011), no sólo en la expectativa de dolor, sino también en la experiencia del dolor (Keogh, y Cochrane, 2002; Ocañez, et al., 2012). Lo que presenta congruencia con los estudios encontrados en la literatura sobre el importante papel de Sensibilidad a la ansiedad en la experiencia del dolor (Keogh, y Cochrane, 2002; Gedney, y Logan, 2006; Zvolensky, Goodie, y McNeil, 2001; Ocañez, et al., 2012).

En esta línea, las investigaciones con embarazadas muestran que la Sensibilidad a la ansiedad está asociada con el miedo al parto (Spice, Jones, Hadjistavropoulos, 2009), y una mayor intensidad del dolor percibido durante el parto (Lang, et al., 2006; Curzik, y Jokic-Begic, 2011).

Por lo tanto, se considera fundamental el impacto que tiene la Sensibilidad a la ansiedad sobre el dolor de parto (Gedney y Logan, 2006). En concreto, las investigaciones han sugerido, que el Rasgo de ansiedad está más relacionado con las *expectativas de dolor*, mientras que la Sensibilidad a la ansiedad está estrechamente relacionado con el *dolor experimentado* durante el trabajo de parto (Lang, et al., 2006; Curzik, y Jokic-Begic, 2011).

En un estudio con realizado en 2014, para las mujeres nulíparas se encontró que el miedo al parto era más elevado para las mujeres que esperaban mayor intensidad de dolor, además de puntuaciones elevadas en ansiedad Rasgo y en la dimensión física de la Sensibilidad a la ansiedad. Sin embargo, para las multíparas, el miedo al parto era el más alto sólo cuando se esperaba un dolor intenso (expectativa de dolor) y cuando las puntuaciones en la dimensión SA-física eran también altas (Jokic-Begic, Zigic, y Nakic-Rados, 2014).

A la luz de esta investigación (Jokic-Begic, et al., 2014), se podría argumentar que una durante el primer parto se existe un condicionamiento, donde las mujeres con altos niveles de SA- física son más sensibles hacia sus propias sensaciones corporales durante el parto. Este procesamiento del dolor, se queda retenido en la memoria convirtiéndose en un poderoso recuerdo predictor a largo plazo de la expectativa del dolor intenso sobre partos futuros (Gedney, y Logan, 2006). Por lo tanto, en embarazos consecutivos, estas mujeres esperan una mayor dolor en el parto y consecuentemente intensifican el miedo al parto.

La SA-física también ha sido relacionada con el dolor en el parto en otros estudios (Curzik, y Jokic-Begic, 2011), llegando a la conclusión que aquellas mujeres con alta Sensibilidad a la ansiedad, interpretarán de una forma exagerada las sensaciones fisiológicas de la ansiedad, provocadas por la anticipación o la exposición previa a una situación dolorosa, como evidencia de daño inminente (el dolor). Estas interpretaciones de las sensaciones corporales, pueden conducir a respuestas de evitación de situaciones asociadas, por lo tanto respuestas de evitación en el afrontamiento del parto. Por lo tanto, la anticipación del dolor y la evitación del dolor parecen ser importantes factores de riesgo al considerar el papel de la Sensibilidad a la ansiedad en el dolor de parto.

A nivel general, las personas sanas con alta Sensibilidad a la ansiedad demostraron un mayor sesgo interpretativo y experiencias de dolor más negativo con respecto a personas con baja sensibilidad a la ansiedad. Por lo tanto, en el contexto del parto, las mujeres con altos niveles de Sensibilidad a la ansiedad tienen más probabilidad de tener sesgos interpretativos negativos, tanto para el dolor como para otras sensaciones corporales interpretadas como peligrosas. En consecuencia, esto

puede conducir a comportamientos de evitación durante el transcurso del parto (Gedney, y Logan, 2006; Curzik, y Jokic-Begic, 2011).

Además, otras investigaciones demostraron que las mujeres más propensas al dolor anticipado, no sólo experimentaron un mayor nivel de dolor de parto, sino que tuvieron una peor recuperación física y emocional postparto (Flink, Mroczek, Sullivan, et al., 2009).

En conclusión, parece que está ampliamente relacionada la Sensibilidad a la ansiedad y la experiencia, percepción y anticipación, del dolor en el parto (Keogh, y Cochrane, 2002; Lang, et al., 2006; Curzik, y Jokic-Begic, 2011). Sin embargo, hasta ahora no se había concretado la repercusión de esta dimensión de la ansiedad, en el valor predictivo de los resultados perinatales, debido a que los estudios con embarazadas respecto a Sensibilidad en ansiedad son relativamente recientes (Jokic-Begic, et al., 2014), en contraposición de otras dimensiones como el Estado-Rasgo ampliamente estudiadas en el ámbito hospitalario (Curzik, y Jokic-Begic, 2011). Por lo tanto, este trabajo supone una extensión del estudio de la SA y la importancia que tiene este nuevo constructo psicológico sobre la predicción y evolución del parto.

Como ocurre con otras dimensiones de la ansiedad como el Rasgo, las investigaciones apuntan a que las mujeres puntúan más elevado en Sensibilidad a la ansiedad que los varones (Taylor, 1991; Sandín, et al., 2002), si bien, en consonancia con los resultados de Stewart y colaboradores (1997), no existen diferencias entre ambos sexos en las dimensiones social de SA, aunque sí en su dimensión física y cognitiva, como ocurre con la respuesta cognitiva de ansiedad. Además, los valores de los percentiles son superiores en todos los niveles en las mujeres respecto de los varones (Sandín, et al., 2005).

Por último, como parte final de este apartado, se procederá a la discusión de los factores de preocupación antes del parto y su relación con la varianza del mismo. Ya se ha comentado que la influencia de estos factores oscila entre el 3-4%. En concreto, la variabilidad en las características del parto quedaría explicada principalmente por: el miedo a la cesárea, parto instrumental, la propia salud y la del bebé, la pérdida de control, el apoyo profesional y el dolor.

En el modelo de regresión aparecen como factores de riesgo para tener complicaciones en el parto: la inducción, la epidural y puntuaciones elevadas en PP07 (apoyo profesional). Parece que puntuaciones más altas en *preocupación por apoyo profesional* dan lugar a partos más delegados en la Institución, y por tanto con mayor uso de técnicas médicas y farmacológicas como la epidural (FAME, 2007; El parto es Nuestro, 2016). Estos datos del estudio, muestra congruencia con la idea de que el *miedo al dolor* y el apoyo de los profesionales constituyen las variables que muestran una mayor repercusión en la forma de enfrentarse al parto para cada mujer como queda expuesto en el estudio, donde las gestantes con puntuaciones elevadas en miedo al dolor, tienen más probabilidad de usar la epidural (OR=1,251) y puntuaciones elevadas en preocupación por el apoyo profesional incrementan las probabilidades de tener complicaciones durante el parto (OR=1,207).

Varias investigaciones ya han comentado que el apoyo profesional es determinante para la disminución de los niveles de ansiedad y el buen progreso del parto (Engle et al., 1999; Lally, Murtagh, Macphail y Thomson, 2008; Hodnett, et al., 2013). Un estudio prospectivo de cohortes llevado a cabo en EEUU, examinó el efecto del contacto físico con fin terapéutico durante el parto. Las mujeres del grupo experimental recibieron contacto de la matrona (ej. coger de la mano, gestos de aprobación y ánimo) por un periodo de 10 segundos después de cada expresión verbal de ansiedad al final de la primera etapa del parto (dilatación de 8–10 cm). El grupo control recibió «cuidado habitual» (Ministerio de Sanidad, 2010). A pesar del aparente corto periodo de intervención, la ansiedad materna (medido mediante presión sanguínea, expresión verbal y puntuaciones de ansiedad notificados por la mujer) se redujo significativamente en el grupo experimental, comparado con el grupo control ($p<0.05$). La evidencia sugiere que el masaje y el tacto tranquilizador reducen el dolor y la ansiedad expresada durante el parto (Lally, et al., 2008).

Ya se ha comentado con anterioridad que el apoyo continuo durante el trabajo de parto se ha convertido en nuestro país en la excepción en lugar de la norma (Hodnett, et al., 2013). Este hecho ha planteado inquietudes acerca de la “deshumanización” (Gutman, 2010) consiguiente de las experiencias de parto de las mujeres. La atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto.

La atención de apoyo durante el trabajo de parto puede incluir apoyo emocional, medidas de alivio, información y técnicas de control del dolor. Esta atención puede mejorar el proceso normal de trabajo de parto, así como el sentimiento de control y competencia de las mujeres y, por lo tanto, reducir la necesidad de intervención obstétrica (Ministerio de Sanidad, 2012).

En el último metaanálisis sobre el Apoyo profesional, que incluyó 16 ensayos de 11 países, con más de 13.000 mujeres en una amplia diversidad de ámbitos y circunstancias hospitalarias (Hodnett, et al., 2013), las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de dar a luz de manera espontánea, con menores tasas de cesáreas o instrumentales. Además, estas mujeres tenían menor probabilidad de recibir analgésicos, tenían mayor probabilidad de sentirse satisfechas y pasaban por un trabajo de parto levemente más corto.

Ya en el estudio realizado por Engle y colaboradores (1990) las mujeres referían que los aspectos más importantes del apoyo profesional incluían: explicar e informar de los acontecimientos de parto (reconocido como muy importante para el 90% de la muestra): saber acerca de los medicamentos utilizados (89%); actitud empática (76%); ser amigable (73%) y ser educado (63%). Además, este estudio también relacionó variables como el test de Apgar y el apoyo profesional, resultados congruentes a esta investigación:

- El apoyo profesional también posee valor predictivo sobre el test de Apgar del recién nacido al primer minuto explicando el 2,5% de su varianza. El 7,5% restante queda explicado por la preocupación por cesárea explica un 2%; el miedo a la salud del bebé un 2,3% y el Índice de sensibilidad a la ansiedad de la gestante 1,8%.

El test de Apgar es la primera valoración que se realiza al bebé nada más nacer. Según el tipo de reanimación necesaria esta valoración será realizada por la comadrona que atiende el parto o por el pediatra. El 40,9% de la variabilidad en el tipo de reanimación queda explicado por el test de Apgar y el valor de pH de cordón.

Es importante destacar el papel fundamental que tiene la comadrona en nuestro país en la atención al parto normal y el cuidado del recién nacido sano.

En la última revisión de la literatura obstétrica sobre la atención el apoyo profesional en la atención al parto normal (Sandall, Soltani, Gates, Shennan y Devane, 2016), se argumenta la idea de que la filosofía de la atención por comadronas está basada en la normalidad del proceso fisiológico del parto y la continuidad de la atención (que el trabajo de parto sea atendido por la misma comadrona durante un periodo prolongado de tiempo). Se hace énfasis en la capacidad natural de las mujeres de tener su parto con una intervención mínima.

El Ministerio señala a las comadronas como el personal sanitario experto en la atención del parto normal y fisiológico, y por tanto más idóneo en la atención al mismo para ofrecer seguridad dentro de una mínima intervención. Aspecto que no se cumple en muchos centros sanitarios de nuestro país, sobre todo los pertenecientes a la red privada, hecho que podría tener su explicación en intereses económicos, o aspectos que tienen relación con la desigualdad de género (El parto es Nuestro, 2016).

Se identificaron 13 estudios que incluyeron 16.242 mujeres con bajo y alto riesgo de complicaciones. La atención por comadronas se asoció con varios efectos beneficiosos para las madres y recién nacidos y no se identificaron efectos adversos en comparación con los modelos de atención por médicos y de atención compartida. Los efectos beneficiosos principales fueron la reducción del uso de epidurales (OR=0,83), así como menos episiotomías o partos instrumentales (OR=0,83). También aumentaron las probabilidades de que la paciente un parto vaginal espontáneo sin necesidad de oxitocina (OR=1,05). No hubo diferencias en el número de partos por cesárea.

La revisión concluye por tanto que dentro del apoyo profesional institucionalizado a la mayoría de las pacientes se les debería ofrecer la atención por comadronas (Sandall, et al., 2016).

Finalmente, señalamos que la preocupación por la salud es el único factor de preocupación que constituye un factor de protección durante el proceso de parto, relacionándose con partos más favorables:

- Tener *preocupación por la propia salud* está relacionado con la disminución de la probabilidad de tener una complicación durante el parto (OR=0,811).

Las mujeres que tienen preocupación por su salud suelen tener un mayor cuidado de una misma durante el embarazo, hábitos de vida más saludables, ganan un peso ponderal adecuado con cuidado de su alimentación, ejercicio, etc. En general embarazos más saludables y menores factores de riesgo en el parto (Carrera Macia, et al., 2006, FAME, 2007). Este aspecto también tiene una marcada influencia de Género, ya que el “cuidarse” en el embarazo, vendría muy relacionado con la idea de *embarazo como escisión* de Imaz (2010), donde la idea de “feto-individuo” con más derechos que la propia embarazada, que se convierte en una mera espectadora de su propio embarazo, ya que este pertenece al “bien común” de la comunidad, se refuerza con la idea de que es necesario cuidar la salud durante el embarazo para que el feto tenga menor probabilidad de complicación.

De la misma manera que se ha realizado para la Hipótesis 1, se podría concluir de forma general y después de lo argumentado en este segundo apartado de discusión de Hipótesis 2:

1. Tener *partos previos* constituye la variable clínica que mejor predice un parto sin complicaciones (OR= 0,513), menor probabilidad de parto distócico (OR=0,258); de inducción (OR=0,408) y usar la epidural (OR=0,033). Resultados congruentes con la literatura (Carrera Macia, et al., 2006; Cañete Palomo y Cabero Roura, 2007; Ministerio Sanidad, 2014).
2. El resultado del estudio predictivo permite concluir que el tipo de parto está directamente relacionado con la *edad materna* como concluyen las investigaciones (Heras Pérez et al., 2011; Vaughan, et al., 2014). Por cada año que aumenta la edad de la parturienta se incrementan las probabilidades de tener un parto distócico (OR= 1,074).
3. Las gestantes con *analgesia epidural* multiplican las probabilidades de tener una complicación durante el parto (OR= 8,2929), resultado congruente con la evidencia actual (Anim-Somuah, et al., 2009; Leanne, et al., 2012; Sng, et al., 2014).
4. El tipo de *cuidado estructurado* desarrollado en cada hospital tiene repercusión directa en la varianza del parto (NICE, 2014; Ministerio de Sanidad, 2012), tesis que queda demostrada en nuestra investigación, en las gestantes del hospital de Móstoles la probabilidad de tener una complicación disminuye (OR=0,523); de

- parto distócico (OR=0,483) y de sufrir una cesárea (OR=0,336) también, en comparación con el grupo de Guadalajara.
5. Queda constatado que el *Rasgo de ansiedad* tiene una relación directa sobre las características clínicas del parto: duración del expulsivo y gestaciones prolongadas, aspectos muy influyentes en los resultados perinatales (Rizzardo, et al., 1985; Ryding, et al., 1998; Hurtado, et al., 2003; Saisto y Halmesmaki, 2003).
 6. La *respuesta Cognitiva* de ansiedad es característica de la embarazada a término y tiene repercusión en la inducción del parto, resultado congruente con la literatura (Aguilar Figueroa y Morales Carmona, 1995; Rodrigues, et al., 2004).
 7. El *Índice de Sensibilidad a la ansiedad* posee un valor predictivo importante en la variabilidad del parto. Aumenta las probabilidades de tener un parto distócico (OR= 1,055), de cesárea (OR= 1,090), y de alumbramiento manual (OR=1,036), tienen un valor predictivo en el pH de sangre de cordón y en el Apgar. No se ha encontrado evidencia en la literatura sobre esta dimensión sobre los resultados perinatales, a pesar de quedar ampliamente documentada su relación con la percepción y expectativa del dolor en el parto (Jokic-Begic, et al., 2014).
 8. Entre las variables de preocupación con repercusión en la varianza del parto, actuando como factores de riesgo se encuentran: el *miedo a la cesárea*, que explica un 3,8% de la duración de la dilatación. El *miedo al parto instrumental* con un valor predictivo del 2,3% sobre la edad gestacional y relacionado con gestaciones prolongadas. La *pérdida de control* que explica también 1,8% de esta variable relacionándose con gestaciones más cortas (Roesch, et al., 2004). y finalmente el *miedo al dolor* que aumenta la probabilidad de usar la epidural (OR=1,251), resultados compatibles con otros estudios (Hodnett, 2002; Hodnett, et al., 2013).
 9. La preocupación por el *apoyo profesional* constituye un factor de riesgo para sufrir complicaciones en el parto (OR= 1,207), aspecto similar a los estudios analizados (Engle et al., 1999; Lally, Murtagh, et al., 2008; Hodnett, et al., 2013).
 10. Entre las variables de preocupación al parto que actúan como factores de protección en el parto: la preocupación por *la propia salud* está relacionado con la disminución de complicaciones durante el parto (OR=0,811) (Carrera Macia, et al., 2006, FAME, 2007).

9.3 Hipótesis 3.

La tercera hipótesis de esta investigación tenía como objetivo establecer una comparativa entre los hospitales de estudio sobre ansiedad y resultados obstétricos obtenidos en las gestantes a término. Hipótesis 3: *Existirán diferencias significativas sobre respuestas de ansiedad y resultados materno-fetales en función del área sanitaria de estudio.* El resultado del estudio predictivo permite concluir que la Hipótesis 3 queda verificada. Por lo el contexto social que rodea a la embarazo tiene una influencia determinante en el perfil de la ansiedad y en los resultados perinatales.

Respecto a la ansiedad, ya se ha comentado que la idea de proporcionalidad del estímulo (Miguel Tobal y Casado, 1999) resulta fundamental en la interpretación del proceso de parto, y principalmente se debe a la evaluación cognitiva del individuo dentro del contexto cultural y social. Toda reacción de ansiedad dependerá de una interacción entre el rasgo del sujeto y las características estresantes de una situación ambiental (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002), y esta interacción debe ser congruente con la situación amenazante (Endler, et al., 1977). La percepción subjetiva de peligrosidad será la desencadenante de la reacción (Casado, 1994) y esta percepción subjetiva vendrá muy condicionada por las reglas regulativas que se rigen en el contexto cultural y social.

También se ha llegado a la conclusión de que la varianza del proceso de parto parece que queda explicada por factores de tanto de índole clínico como socio-demográfico, como puedan ser la edad, la paridad, el uso de la epidural, la duración del parto o el tipo de hospital donde se desarrolla. En esta investigación, los hospitales estudiados pertenecen a dos áreas sanitarias muy distintas, con diferentes características culturales y demográficas. Respecto a esto, ya en la literatura queda confirmado la tesis de la existencia de diferencias significativas en relación al perfil y respuestas de ansiedad debido al área sociocultural de residencia y al género (Madruga, et al., 2012).

Por lo tanto, estas matizaciones se contemplarán a continuación en este apartado, estableciéndose la discusión del papel que desarrolla el área sanitaria respecto a la ansiedad y preocupación previa parto (Sección 9.3.1), y los resultados obstétricos y perinatales (Sección 9.3.2.) en función de la evidencia disponible.

9.3.1 Diferencias entre hospitales en ansiedad previa al parto.

Existe un perfil de ansiedad y preocupación previa al parto diferente para cada área sanitaria de estudio. Esta diferencia en el perfil de ansiedad entre ambos hospitales se podría encontrar relacionada con la idea de que existen diferencias atribuibles a cada área sanitaria y sociocultural entre las diferentes poblaciones según sus situaciones socio-demográficas diferentes (Nummela y Sulander, 2007; Oguzturk, 2008). En nuestro estudio, Las gestantes del Hospital de Móstoles muestran un mayor número de relaciones significativas en miedo al parto que la muestra de Guadalajara.

Como ha quedado descrito en las variables de estudio, el área de Móstoles se configura como una población más urbana que la población de Guadalajara. Por lo que estas diferencias en ansiedad tanto en medias como en correlaciones encontradas en el estudio entre ambas áreas de población, podrían tener su explicación en las diferencias sobre los perfiles de salud entre zonas con marcadas diferencias socio-demográficas ya encontradas en estudios previos (Weeks y Kazis, 2004; Marcellini y Giuli, 2007; Nummela y Sulander, 2007; Oguzturk, 2008).

Algunas investigaciones concluyen que la población con características menos urbanas padece mayores síntomas depresivos y niveles de ansiedad, menor nivel de autoestima y un mayor sentimiento de soledad, que la poblaciones que presentan mayores rasgos urbanos socialmente hablando, y esto puede repercutir de forma significativa en su calidad de vida (Lau y Morse 2008; Oguzturk, 2008; Dong y Simon, 2010). Sin embargo, para Buena-Casal (2006) en la comparativa de resultados entre las poblaciones con marcadas diferencias socio-demográficas en depresión y ansiedad, la prevalencia de trastornos de este tipo es menor en la segunda, especialmente en el caso de las mujeres, datos que presentan congruencia con los resultados de nuestro estudio.

Parece que desde el punto de vista del lugar de residencia y el género, las mujeres de ámbito rural tienen una puntuación superior en salud mental que las de ámbito urbano (Madruga, Prieto, Parraca y Gusi, 2012). Además, las mujeres de ámbito rural puntúan más elevado en el bienestar psicológico que las de ámbito urbano (Cancela y Ayán, 2008). Madruga y colaboradores (2012) en sus estudios con población española afirman que las personas de población urbana muestran mejores niveles de salud general y rol emocional, pero puntuaciones inferiores en la dimensión salud

mental, hecho que podría explicarse parcialmente por la presencia de mayores niveles de estrés en la población urbana (Lau y Morse, 2008).

Aunque los resultados de los estudios previos entre poblaciones con marcadas diferencias socio-demográficas no son concluyentes, parece que todos confirman la existencia de diferencias significativas debido al área sociocultural de residencia y al género (Madruga et al., 2012).

Ocurre lo mismo respecto a las respuestas de ansiedad del estudio, en la comparativa por hospitales los resultados obtenidos mostraron que la ansiedad Rasgo en Móstoles y la respuesta Cognitiva en Móstoles, presenta correlaciones con el doble de factores de preocupación.

Resultados que muestran congruencia con los aspectos mencionados anteriormente sobre la ansiedad Rasgo y respuesta Cognitiva como dimensiones de ansiedad más representativas en las mujeres (Brody y Hall, 1993). Además, teniendo en cuenta las situaciones demográficas diferentes de cada área sanitaria, es congruente que tanto el rasgo como la respuesta Cognitiva tengan mayor número de correlaciones en Móstoles que en Guadalajara (Madruga et al., 2012).

Por último, añadir sobre los factores de ansiedad más característicos de cada área sanitaria, paradójicamente el miedo a la cesárea no presenta ninguna relación con la ansiedad ni en Guadalajara ni en Móstoles, resultado que confirma la problemática anteriormente argumentada sobre la falta de concienciación en la población española en relación a la seriedad y potencial gravedad de la cirugía por cesárea (Sevillano, 2013; Recio Alcaide, 2015).

Por otro lado, la variable acudir al hospital a tiempo es el factor de preocupación que presenta una mayor correlación en todas las respuestas de ansiedad en las gestantes de Móstoles, consecuencia del proceso de Institucionalización del parto hospitalario en España mencionado en la Hipótesis 1 (FAME, 2007; Ministerio Sanidad, 2012; El parto es Nuestro, 2016), proceso que podría tener una mayor afectación en las poblaciones con mayores características urbanas.

Por lo tanto, se puede concluir en primer lugar que en esta investigación se obtiene un perfil en miedo al parto distinto para cada área sanitaria de estudio a pesar

de que la comparación de medias no resulta significativa, quedando verificado parcialmente que las marcadas diferencias socio demográficas encontradas entre las dos poblaciones a estudio en la cual mujeres de Móstoles tienen mayor predisposición a sufrir ansiedad previa al parto, si que se configura como una condición importante en el perfil de la ansiedad de la gestante (Madruga et al., 2012).

9.3.2 El cuidado estructurado y el parto. Diferencias entre Hospitales respecto a los resultados perinatales.

Ya se ha comentado con anterioridad que la satisfacción con la experiencia del parto está relacionada con cuatro aspectos claves: el dolor (grado, tipo, y formas de alivio); el control (en la toma de decisiones); la participación de la mujer y el cuidado estructurado (Ministerio de Sanidad, 2012).

Respecto a este último aspecto, el Ministerio de Sanidad en su documento de evaluación concluye que se observa una gran variabilidad entre centros y un amplio margen de mejora en todas las prácticas clínicas, líneas de intervención, sistemas de información y aspectos organizativos de la atención hospitalaria de nuestro país en relación al parto.

Esta variabilidad entre áreas sanitarias queda reflejada y demostrada en los resultados de nuestro estudio, donde las gestantes del hospital de Móstoles en comparación con las de Guadalajara la probabilidad de tener un parto distócico disminuye (OR=0,483), de sufrir una cesárea también (OR=0,336) y tener una complicación una complicación durante el parto disminuye del grupo de Guadalajara (OR=0,523).

El Ministerio (2016), señala que esta variabilidad se muestra objetivamente documentada en los protocolos de actuación clínica de cada centro. En nuestro caso, ambos hospitales presentan una variación significativa en el contenido de sus protocolos clínicos de actuación, y este argumento podría ser la explicación a la variabilidad obtenida en el estudio respecto a los resultados perinatales.

Los protocolos son los instrumentos donde se plasma la política de los centros hospitalarios respecto al parto normal, y constituyen una garantía para homogeneizar la atención, considerando la evidencia científica y el consenso de estándares clínicos, para así facilitar la toma de decisiones adecuadas a nivel

profesional. Los protocolos por tanto se muestran, como la evidencia en que deben fundamentarse las prácticas clínicas y los cuidados. Pero no sólo eso, sino que reflejan la filosofía del centro y la actitud que deben tomar los profesionales ante el Parto Normal (NICE, 2007; Ministerio de Sanidad, 2012).

Los protocolos no deben ser permanentes o estáticos sino que deben ser actualizados en el tiempo de acuerdo a la evidencia científica nueva, las demandas de las mujeres y los resultados perinatales. Por ello son considerados el elemento básico para vehicular los cambios que conlleva la implementación de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al parto Normal en los centros hospitalarios (Ministerio de Sanidad, 2012).

El Ministerio señala que alrededor del 26% de las maternidades de nuestro país no han actualizado sus protocolos desde la implantación de la estrategia al parto normal del 2010, y pone de manifiesto la necesidad de insistir en establecer “protocolos actualizados en la totalidad de los centros hospitalarios”. El documento de evaluación también pone de manifiesto que un 5,8% de maternidades no disponen un protocolo oficial y en cuanto a los centros hospitalarios que sí disponen de Protocolo, el estudio nos muestra un “*bajo nivel global*” de inclusión de las recomendaciones de la Estrategia. Tan sólo el 9% de los centros incorporan en sus protocolos “*todos y cada uno*” de los aspectos considerados en esta evaluación (Ministerio de Sanidad, 2012).

En el estudio de regresión realizado por el Ministerio durante el año 2015 se utilizaron las siguientes variables para evaluar el porcentaje atribuido a la variabilidad en el parto: Nivel de hospital, existencia de Servicio de neonatología, Programa de formación “MIR”, Sistema de acreditación de calidad, Partograma informatizado y Protocolo actualizado y completado. En esta evaluación queda constatado, entre todas estas variables analizadas, la existencia de Protocolos actualizados en los hospitales en base a la Estrategia de parto normal del año 2010 es la que contribuye a una mejor calidad de las prácticas clínicas en la atención al parto.

La presencia de un protocolo completo se relaciona con un mejor cumplimiento de todas las recomendaciones (Ministerio Sanidad, 2016), resultados coherentes a los obtenidos en el estudio donde, las gestantes de Guadalajara multiplican en 1,45 veces el riesgo de un parto distócico frente al grupo de Móstoles. Siguiendo esta

línea, el Hospital rey Juan Carlos de Móstoles es uno de las Instituciones que constituyen este 9% nacional que incorpora cada una de las recomendaciones de la Estrategia al Parto Normal en su totalidad y de una manera literal tanto en su protocolo como otras variables de actuación establecidas por el Ministerio como puedan ser: Sistema de acreditación de calidad y partograma informatizado (Ministerio Sanidad, 2012). Esto se produce en el 2012 durante el primer año de su apertura, realizándose durante el año 2015 una nueva revisión de todos los protocolos de obstetricia.

Esta actualización en el protocolo de actuación ha demostrado también, que aspectos tan importantes como el porcentaje de cesáreas de un centro tienen una causalidad directa en la metodología de trabajo y contenido de los protocolos de cada área (Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud; 2015; Ministerio Sanidad, 2016). Existen diferencias significativas en la investigación a favor del hospital de Móstoles para el parto vaginal frente a la cesárea.

La Tasa de cesáreas en España alcanza un 22,02%, una cifra alta que se mantiene invariable desde 2005. Tanto las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal del Ministerio (2010) y la OMS reiteran su limitación a los casos estrictamente necesarios, plantean que la cifra recomendable para los países desarrollados debería ser inferior al 15%, y plantean la preocupación ante la dificultad existente para reducir esta tasa y adecuarla a estándares clínicos (CIMS, 2016).

La variabilidad existente entre centros y posibles factores no clínicos, son aspectos que requieren continuar siendo estudiados para mejorar este indicador universal de atención obstétrica que se evalúa en todos las Instituciones. El Hospital de Guadalajara actualmente presenta una tasa de cesáreas en torno al 19%, en contraposición, el Hospital de Móstoles sitúa su tasa de cesáreas dentro de las más bajas del territorio nacional, en torno al 13% (Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud; 2015). Este resultado es congruente a la idea anteriormente argumentada de actualización de protocolos de cada centro respecto a la recomendación del Ministerio. Parece que la metodología que se ha mostrado más efectiva en la decisión clínica respecto la indicación de cesárea es el “*Proceso de estandarización de cesáreas*” (Rodríguez Brito, et al., 2011; Ministerio Sanidad, 2016).

Este proceso es una metodología de toma de decisiones que consiste en definir cuáles de estas cesáreas se consideran adecuadas para cada diagnóstico respectivamente, de forma que el 100% de las cesáreas programadas y el 90% de las cesáreas urgentes deben cumplir el estándar establecido, así como la realización de una evaluación constante de resultados, valorando qué porcentaje de cesáreas pueden considerarse adecuadas para poder detectar los fallos con el fin de subsanarlos y mejorar la calidad de la asistencia.

El Hospital de Móstoles incluye la estandarización de cesáreas en su metodología de trabajo y guía en la toma de decisiones en su protocolo desde al año 2013 (Ministerio Sanidad, 2016). La implantación de dicha metodología ha permitido incrementar el porcentaje de cesáreas de urgencias que lo cumplen, pasando de un 55,8 por ciento a un porcentaje que oscila entre el 85 por ciento y el 94% (San Martín, 2015; Redacción Médica, 2016). Por lo tanto, si esta metodología de trabajo es la que se ha mostrado más efectiva para la reducción de la tasa de cesáreas (Rodríguez Brito, et al., 2011; Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud; 2015) resultan coherentes los resultados obtenidos en el estudio de que las gestantes de Guadalajara tienen casi el doble de riesgo de sufrir una cesárea (RR=1,92) que las de Móstoles.

Parece que, en nuestro país, la tasa de cesáreas es menor en los centros cuanto mejor son los resultados de sus indicadores (Ministerio de Sanidad, 2012). Esta tendencia a una menor tasa de cesáreas sí relaciona estadísticamente con que las “buenas prácticas” no se den en aspectos aislados o se distribuyan de forma aleatoria, sino que se identifiquen con una línea de actuación de la organización (protocolo específico), seguramente tendrá también mejores resultados en otros procesos distintos al parto como puedan ser el porcentaje de parto eutócico frente al distócico, la duración del parto, o la inducción. Esta conclusión establecida por el Ministerio, presenta coherencia con los resultados de nuestro estudio.

En una revisión que incluyó siete ensayos con 5390 mujeres americanas (Brown, Paranjothy, Dowswell y Thomas, 2013) muestra que las mujeres que recibieron lo que los autores llaman “paquete de atención de tratamiento activo en el parto” tuvieron una probabilidad ligeramente menor de tener una cesárea (OR=0,77) y un trabajo de parto más corto. El tratamiento activo del trabajo de parto se ha propuesto como una media para reducir los partos distócicos. Esta intervención se refiere a un

paquete de atención que incluye el diagnóstico exacto del trabajo de parto, la amniotomía individualizada a cada caso, la administración de oxitocina si el progreso es lento y el apoyo personalizado durante el trabajo de parto por parte de una matrona (Hodnett, et al., 2013; Sandall et al., 2016), donde es de nuevo la figura de la matrona la que adquiere protagonismo como personal más indicado en la atención al parto normal (FAME, 2017; Ministerio Sanidad, 2014).

Por otro lado, el *Proceso de estandarización de cesáreas* está basado en la revisión y la ampliación del margen de seguridad en tiempo para la indicación clínica de cesárea por no progresión de parto o fracaso de inducción, y esto se muestra directamente relacionado con la variabilidad en los márgenes de tiempo permitidos en cada centro durante las diferentes fases del parto. En este sentido los resultados de nuestro estudio muestran que en las gestantes del hospital de Guadalajara la duración total del parto está disminuida 2 horas en términos totales y se encontraron diferencias significativas para partos más prolongados en Móstoles respecto a los de Guadalajara en todas las etapas.

Ya se ha comentado que partos y expulsivos más prolongados presentan relación directa en valores de pH más desfavorables, mayores necesidades de reanimación neonatal, bajos test de Apgar y peores resultados neonatales (Moon, et al., 1990; Janni, et al., 2002; Cheng, et al., 2004). Parece que esto no queda demostrado en la investigación, no obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en la comparación por centros respecto a estos ítems: pH sangre de cordón, test de Apgar, reanimación neonatal y complicaciones intraparto.

En general, encontramos peores resultados materno-fetales tanto en porcentaje como medias en Guadalajara respecto a Móstoles, pero las diferencias entre grupos tampoco fueron estadísticamente significativas. Otros indicadores como el uso de la epidural, el tipo de alumbramiento y las semanas de gestación, tampoco mostraron diferencias significativas entre un hospital a favor de otro, pudiendo deberse las diferencias en los porcentajes al azar, resultados que concuerdan con la revisión de Brown y colaboradores (2013) que concluye que en el grupo de mujeres que reciben “cuidados estandarizados” respecto a los que los reciben no presentan diferencias en cuanto al uso de analgesia, o las complicaciones maternas o neonatales (pH; Apgar; REA, etc).

Otro aspecto fundamental en la estructuración de los cuidados es en qué momento se produce el ingreso de la madre en la sala de parto. Ya sea como inducción o estimulación de parto, o un parto que se desarrolle espontáneamente. En este sentido, en lo relativo a las tasas de inducción de parto nuestro estudio muestra que este indicador es estadísticamente más favorable para el Hospital de Guadalajara, lo significa que las gestantes del hospital de Móstoles tienen más probabilidades de iniciar el parto de forma inducida que las de Guadalajara (OR=1,922). La incidencia de partos inducidos en Móstoles es de un 58,1% frente al 38,1% en Guadalajara. Encontrándose diferencias significativas a favor del Hospital de Guadalajara que actúa como factor de protección para la inducción, ya que las gestantes de Guadalajara tienen un 35% menos de probabilidades de sufrir una inducción que sus compañeras de Móstoles.

Un estudio realizado con 209 mujeres sobre la inclusión de programas de valoración específicos de ingreso en las salas de parto, dirigido a demorar el ingreso en el hospital hasta el momento del trabajo de parto activo, concluye que este aspecto es crucial en los resultados posteriores del parto y pueden beneficiar a las mujeres con embarazo a término (Lauzon y Hodnett, 2009). Las mujeres que ingresaban en fase activa mostraban partos más cortos (5 horas menor de media), menos intervenidos y con menor uso de oxitocina (OR=0,45) y analgesia epidural (OR=0,36).

A la luz de los resultados obtenidos, sí que se muestra congruencia con la presencia de partos más cortos en el Hospital de Guadalajara, pero el resto de los ítems no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

9.3.2.1 La situación actual de la matrona en los hospitales españoles.

Ya se ha comentado que un aspecto fundamental en transcurso del parto normal y los resultados perinatales es el acompañamiento ejercido por los/las profesionales sanitarios. La OMS señala la figura de la matrona como el profesional sanitario mejor formado y más capacitado para realizar esta atención y acompañamiento (Honnett, et al., 2003).

Todos los organismos españoles (FAME, 2007; SEGO, 2012; Ministerio de Sanidad, 2015) contemplan en sus protocolos la figura y las competencias de la matrona para una óptima atención al parto normal. Además, el Ministerio señala a este profesional como fundamental en el desarrollo de los Cuidados estructurados,

afirmando que aquellas instituciones donde las competencias de la matronas se respetan íntegramente, muestran mejores indicadores de parto y resultados perinatales más favorables (Ministerio Sanidad, 2012), aspecto que queda plasmado en los resultados de este estudio.

Las matronas en los paritorios se ocupan del proceso de atención al parto, en todas sus fases, desde el ingreso de la gestante en fase activa de parto, requisito imprescindible para evitar iatrogenia (Lauzon y Hodnett, 2009), como de la atención y acompañamiento a la mujer durante el mismo, no sólo desde el punto de vista clínico sino también emocional (FAME, 2007).

Actualmente la figura de la matrona en la atención al embarazo, parto y puerperio cada vez coge más relevancia en nuestro país, siendo ya incorporada en todas las reclamaciones por los derechos de las mujeres que realizan las asociaciones españolas (El Parto es Nuestro, La liga de la leche, Plataforma pro Derechos del Nacimiento, etc.). De esta manera, se está produciendo un proceso de sensibilización no sólo en la clase política, sobre la necesidad de establecer la matrona como recurso fundamental para el Sistema de Salud en todos los ámbitos del cuidado de la mujer, sino también en el colectivo médico-ginecológico.

En los paritorios de nuestro país, cada vez son más los/las ginecólogos/as que respetan la total independencia de las competencias de las matronas respecto a la atención del parto normal. Convencidos cada vez más, que el respecto por el trabajo que ejercen las matronas en el parto, tiene consecuencias directas en los buenos resultados perinatales. Este aspecto queda evidenciado de una forma directa en nuestro estudio respecto al Hospital Rey Juan Carlos, que incluye en los Cuidados estructurados de una forma totalmente explícita las competencias, funciones y responsabilidad de la figura de la matrona en todos protocolos sobre la atención al proceso del embarazo y parto normal.

Sin embargo, en nuestro país, aun queda un largo proceso de cambio respecto al Modelo de Parto Dirigido del que parte la formación actual tanto de ginecólogos/as como de matronas y por tanto, del que parte, nuestra filosofía de atención y trabajo en equipo. En consecuencia, se muestra fundamental el desarrollo de investigaciones como la presente, que objetiva de una manera directa las consecuencias

de incluir en los Cuidados estructurados de las instituciones el respeto integro a la independencia en las competencias de la matrona en el cuidado y atención al parto normal.

En conclusión, se puede afirmar que el Cuidado estructurado, instrumentalizado en los protocolos de actuación de cada hospital en las diferentes áreas sanitarias, presenta una variabilidad importante dentro de la geografía española (Ministerio Sanidad, 2012). Este cuidado tiene una repercusión directa en los resultados perinatales y los indicadores de buenas prácticas establecidos por los organismos nacionales e internacionales (CIMS, 2016; Ministerio Sanidad, 2016; Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud, 2015; NICE, 2007).

El Ministerio de Sanidad en su último documento de Evaluación de Estrategia al Parto Normal (2012), evidencian la necesidad de seguir profundizando en la información que nos permitan comprender por qué se obtienen esas diferencias entre áreas, especialmente en aquellos indicadores que muestran una práctica clínica muy alejada de las recomendaciones. Además, insta a todas las maternidades a actualizar sus protocolos clínicos para poder ajustarse mejor a las prácticas recomendadas por la evidencia y de esta manera ajustarse mejor a los estándares establecidos para los países desarrollados (Ministerio de Sanidad, 2012).

Las causas del bajo nivel de cumplimiento de los indicadores asistenciales podrían atribuirse a la falta de conocimientos o actualización de éstos por parte de sus profesionales. Y, por lo tanto, dicha situación podría paliarse en gran medida con la actualización sistemática de los protocolos. Sin embargo, el Ministerio señala que también es frecuente que se dé la situación de protocolos completos y vigentes en cada institución y área sanitaria pero que no se cumplan, porque los hábitos de trabajo expliquen mejor las prácticas profesionales. En una institución hospitalaria, compuesta de equipos humanos muy amplios, a veces es más dificultoso cambiar *viejos hábitos* que protocolos sobre el papel, y esto podría ser la causa del bajo nivel de cumplimiento de los cuidados estructurados.

Esta situación es la que en términos de evaluación se denomina problemas de “*actitud*” y significa que entre los profesionales hay una determinada manera de hacer las cosas basada en la tradición “*siempre se ha hecho así*” y que se

adoptan como referencia, independientemente de los protocolos. Por lo que se requiere no solo la puesta en marcha de actuaciones coordinadas de sensibilización, formación, actualización, etc., sino también un *cambio cultural* tanto a nivel de profesionales, como de usuarias (empoderamiento y corresponsabilidad), no resoluble únicamente con protocolos ni cambios organizativos (Ministerio de Sanidad, 2012; El parto es nuestro, 2015).

De la misma manera que se ha realizado para la Hipótesis anterior, finalmente a modo de resumen se podría concluir después de lo argumentado en este tercer apartado de discusión de Hipótesis 3, que:

1. Se obtiene un perfil en miedo al parto distinto para cada área sanitaria de estudio, quedando verificado que las marcadas diferencias socio demográficas condicionan la predisposición a sufrir ansiedad previa al parto (Madruga et al., 2012).
2. Se observa una *gran variabilidad entre centros* en relación a prácticas clínicas, líneas de intervención y aspectos organizativos de atención hospitalaria en nuestro país en relación al parto (Ministerio de Sanidad, 2012), resultados congruentes a los datos obtenidos en esta investigación respecto a la comparativa de los centros sanitarios estudiados.
3. Queda demostrado que la existencia de *Protocolos actualizados y completados* en los hospitales en base a la Estrategia de parto normal (Ministerio de Sanidad, 2010) es la que contribuye a una mejor calidad de las prácticas clínicas y se relaciona con un mejor cumplimiento de las recomendaciones (Ministerio de Sanidad, 2016). El hospital de Móstoles cumple todos los requisitos instrumentales en relación a estas recomendaciones, quedando demostrado en la investigación que esto tiene causalidad directa respecto a mejores indicadores durante el proceso de parto.
4. El uso de la metodología sistemática del *Proceso de la estandarización de cesáreas* incluida en los protocolos, tiene una repercusión directa en el porcentaje y la reducción de las mismas cada centro (NICE, 2007; Rodríguez Brito, et al., 2011; Observatorio del servicio madrileño de salud, 2015, Ministerio Sanidad, 2016). Esta metodología queda demostrada de una manera contundente en nuestro estudio, donde las gestantes de Guadalajara tienen casi el

- doble de riesgo de sufrir una cesárea (RR=1,92) que las de Móstoles, donde se aplica el proceso de estandarización (Ministerio Sanidad, 2016).
5. La tasa de cesáreas es menor en los centros cuanto mejor son los resultados de sus *indicadores* (Ministerio de Sanidad, 2012). El porcentaje de parto eutócico frente al distócico constituye el segundo indicador en importancia después de la cesárea (Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud, 2015), en nuestra investigación este aspecto también queda demostrado.
 6. El Proceso de Estandarización de cesáreas está basado en la revisión y la ampliación del margen de seguridad de *tiempo permitido* para la indicación clínica de cesárea por no progresión de parto o fracaso de inducción, y esto se muestra directamente relacionado con la variabilidad en los márgenes de tiempo permitidos en cada centro durante las diferentes fases del parto (NICE, 2007; Rodríguez Brito, et al., 2011) En este sentido, los resultados de nuestro estudio demuestran que en los centros que se aplica la Estandarización de cesáreas, la duración del parto en todas sus fases es más prologada: se encontraron diferencias significativas para partos más prolongados en Móstoles respecto a los de Guadalajara ($t= 3,584$, $p<.001$) en todas las etapas.
 7. El grupo de mujeres que reciben cuidados estructurados respecto a los que los reciben no presentan diferencias en cuanto al uso de analgesia; complicaciones neonatales: pH; Apgar disminuidos y necesidades de REA neonatal avanzada (Brown, et al., 2013), conclusiones que muestran concordancia con los resultados de nuestro estudio, donde no se muestran diferencias de medias significativas para ninguno de estos ítems.
 8. El *cuidado estructurado* tiene una repercusión directa en los resultados perinatales y casi todos los indicadores de buenas prácticas establecidos (CIMS, 2016; Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud, 2015; NICE, 2007). Afirmación que queda evidenciada de forma clara en este estudio.
 9. Pero también es necesario un *cambio cultural* tanto a nivel de profesionales (aptitud y tradición), como de usuarias (empoderamiento y corresponsabilidad), no resoluble únicamente con protocolos ni cambios organizativos (Ministerio de Sanidad, 2012; El parto es nuestro, 2015).

9.4 **Hipótesis 4.**

La cuarta hipótesis de esta investigación tenía como objetivo analizar el grado de influencia existente entre la asistencia a cursos de Educación prenatal y el proceso de parto.

Hipótesis 4.1. La asistencia de las gestantes a los cursos de Educación prenatal repercute en la disminución de la ansiedad previa al parto.

Hipótesis 4.2. Las gestantes que han acudido al programa de Educación prenatal, tienen resultados clínicos más favorables en su proceso parto.

El resultado del estudio predictivo permite concluir que la Hipótesis 4.1 queda parcialmente verificada y la Hipótesis 4.2. No queda verificada en esta investigación. La discusión de dicha conclusión se realizará analizando la función que realiza la asistencia a Educación prenatal en base a los dos conceptos principales englobados en las hipótesis: el efecto de la Educación prenatal en la ansiedad (Sección 9.4.1) y en los resultados del parto (Sección 9.4.2).

9.4.1 La ansiedad y la Educación prenatal.

En primer lugar, ya se ha comentado que la Educación prenatal es una metodología basada en la información y contenido sobre parto, para así dotar a la mujer de recursos suficientes con los que pueda enfrentarse al proceso de forma satisfactoria. Esta metodología se basa en varias sesiones realizadas durante el embarazo (Ministerio Sanidad, 2015) que parten de la premisa de que el estado emocional de la ansiedad es modificable a través de la información (Miguel Tobal y Casado, 1999; Cano Vindel, 2002). Además, la Educación prenatal, se ha fundamentado desde su inicio en la idea del condicionamiento (Bandrés y Llavona, 2003). Consiguiendo romper a través de la información la relación de estímulos culteramente negativos que produce el parto, disminuirá el nivel de ansiedad que tienen las gestantes en torno a su proceso de maternidad y esto facilitará el proceso de parto tanto a nivel clínico como emocional. (Hurtado, et al., 2003).

Entre sus objetivos fundamentales destacan: facilitar a la mujer y su pareja una vivencia satisfactoria de la nueva etapa; promover hábitos de vida saludables; proporcionar conocimientos necesarios sobre cuidados de salud; proporcionar un

ambiente de seguridad, responsabilidad y afrontamiento en la función de ser padres. Además de cara al parto, la Educación prenatal actual centra su atención en el conocimiento de los ejercicios físicos y técnicas de respiración para poder usarlos en el momento del parto y mejorar la recuperación física en el posparto (Jané Checa, et al., 2009). Con ellos se pretende disminuir el dolor y molestias derivados del parto. Por lo tanto, la justificación a la asistencia de los cursos de Psicoprofilaxis obstétrica, es la mejora para que las gestantes disminuyan sus respuestas de ansiedad y esto facilite el proceso clínico del parto (Bandrés y Llavona, 2003; Hurtado, et al., 2003).

En lo relacionado a los efectos de la Educación prenatal sobre la dimensión de la ansiedad. Los resultados obtenidos en nuestro estudio concluyen, que en general las puntuaciones de ansiedad tanto en respuestas como en preocupaciones previas al parto son más elevadas para el grupo que no acude a las clases de educación maternal frente a las que acuden. Pero estas diferencias de medias sólo se muestran estadísticamente significativas para la *preocupación por el apoyo recibido por profesional* y *preocupación por el apoyo recibido por la pareja*.

En esta investigación, queda demostrado que solamente en la dimensión del *Apoyo* es donde la Educación prenatal tal y como está planteada en la actualidad ejerce un efecto directo sobre la ansiedad, contrariamente a la tesis de Artieta Pinedo y colaboradores (2007), donde realizaron una cohorte con 641 nulíparas y hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la variable ansiedad encontrando que la proporción de mujeres con puntuación alta en ansiedad es del doble en el grupo que no acude a clases, especialmente en las más jóvenes y de extracción social más baja.

Históricamente se ha dado mucha importancia en la información y el contenido teórico de la metodología. Sin embargo, ya hay algunos autores que defienden que tiene mucha más importancia la posibilidad de trabajar los aspectos afectivos y emocionales que los aspectos cognitivos (Sasmor, 1982). Aunque los aspectos cognitivos resultan indispensables para la disminución del sentimiento de incertidumbre y anticipación de peligro futuro, relacionado con la ansiedad (Miguel Tobal y Casado, 1999; Cano Vindel, 2002).

Parece que esta idea podría ser clave en el cambio de paradigma hacia una nueva metodología de Educación prenatal, donde ya se está cuestionando su utilidad sobre la evolución del parto en el medio hospitalario, pero sí está demostrado que proporciona herramientas para manejar la ansiedad en la etapa de crianza. Como afirma Gagnon (2003) las mujeres acuden a estos cursos tratando de reducir el pánico y la ansiedad más que buscando una disminución del dolor en el parto. Sin embargo, el manejo más adecuado de la ansiedad les permitiría sobre todo afrontar mejor etapas posteriores de lactancia y crianza. En estas etapas es cuando la mujer debe asumir un control mayor sobre las situaciones, a diferencia del momento del parto, en el que los estrictos protocolos que habitualmente se aplican en los hospitales dejan poca capacidad de decisión a los deseos de las mujeres.

En nuestro estudio, sobre las 16 preocupaciones en torno al parto hospitalario (proceso parto; acudir al hospital: inducción, dolor, control; duración, apoyo, salud, información, procesos clínicos), la Educación prenatal sólo tendría repercusión directa en la preocupación por el apoyo (profesional y pareja).

Siguiendo esta línea, ya aparecen algunos autores que están cuestionando en sus estudios la utilidad de la Educación prenatal en la actualidad (Artieta, et al., 2007; Gagnon y Sandall, 2009), afirmando que en sus inicios sí que se mostraba claramente beneficiosa con respecto, por ejemplo, a la duración de los periodos de dilatación y expulsivo, uso de instrumentales, y menor proporción de cesáreas y también en lo relativo a la satisfacción con la que las mujeres vivían el parto (Florido, Cuenca, y Ramírez, 1981; Baglio, et al., 2000).

Sin embargo, las condiciones en las que se da la maternidad hoy en día, y concretamente el parto institucionalizado, han variado de forma sustancial y la mayoría de las mujeres tiene sus hijos en hospitales con protocolos relativamente estrictos, donde, además, la percepción de las contracciones ha disminuido con la anestesia epidural. Así, las técnicas para disminuir el dolor ya no son tan necesarias, y los pujos deben darse en ausencia de sensaciones (Artieta, et al., 2007).

Mientras tanto, la Educación prenatal que se imparte actualmente sigue basada en los modelos de psicoprofilaxis y es bastante similar a la que se utilizó en los comienzos, entrenando en técnicas como la relajación, los pujos y la respiración,

dirigidas generalmente a reducir el dolor y aprender a afrontar las contracciones de parto (Artieta, et al., 2007). Como consecuencia, un buen número de trabajos desarrollados en hospitales europeos o americanos no encuentran que la asistencia a los cursos de Educación prenatal proporcione beneficios claros durante el parto (Gagnon, 2003; Fabian, Radestad, y Waldenstrom, 2004; Gagnon y Sandall, 2009). Siguiendo esta línea, nuestra investigación también pretendía esclarecer la repercusión que tiene la asistencia a la preparación al parto en los resultados perinatales de nuestras gestantes y estos resultados se comentarán en el siguiente apartado.

9.4.2 La Educación prenatal y los resultados del parto.

Ya se ha comentado que históricamente se ha defendido que la asistencia a los cursos de Educación prenatal tenía un fundamento en mejores resultados materno-fetales (Bandrés y Llavona, 2003; Hurtado, et al., 2003). Sin embargo, la Educación prenatal actual centra su atención más en la *vivencia* de la mujer que en los resultados (Jané Checa, et al., 2009). La Psicoprofilaxis dota del conocimiento de los ejercicios físicos y técnicas de respiración para poder usarlos en el momento del parto y mejorar la recuperación física en el posparto, con el objetivo principal de experimentar de una forma satisfactoria el proceso con una mayor consciencia corporal, mejora de autoestima y disminución del dolor, molestias y miedos que surgen derivados de la idea del parto.

Esta idea de toma de conciencia individual durante el parto, introducida por Caycedo, permite desarrollar capacidades intrínsecas de las personas para adquirir una mayor resistencia ante problemas de origen psicossomático como podría ser el parto (Florido, et al., 1981). Haciendo uso del entrenamiento de forma sistemática las mujeres consiguen aumentar el conocimiento de sí mismas a nivel corporal, mental, emocional y conductual. Es decir, la toma de conciencia de las tensiones psicofísicas que puede originar la idea del parto, nos puede ofrecer herramientas útiles a través de la respiración, para poder controlarlas (Toledano González, 2012). Por lo tanto, parece que en lo relativo al locus de control de la mujer y la percepción de autoeficacia durante la crianza, es donde la Educación Maternal actual tendría más repercusión (Fabian, Radestad, y Waldenstrom, 2004; Gagnon y Sandall, 2009).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio van en sintonía con estas últimas tesis (Jané Checa, et al., 2009), donde con respecto a los resultados del parto se

observan diferencias muy variables entre los grupos para cada indicador del parto (positivas o negativas), no pudiendo concluirse de forma contundente que la Educación prenatal mejore los resultados obstétricos (Artieta Pinedo, et al., 2007) Por lo que todavía no están claros los beneficios de la Educación prenatal para el parto (Gagnon y Sandall, 2009).

Respecto a los indicadores del parto la incidencia de *parto distócico* es mucho más elevada (1,5 veces mayor) en el grupo que asistió a preparación al parto mostrando diferencias significativas entre estos porcentajes. Estos resultados se muestran similares a la cohorte de 641 nulíparas de Artieta Pinedo y colaboradores (2007), donde fue significativa la diferencia entre los grupos en cuanto a la ocurrencia de un parto eutócico o distócico, encontrándose una proporción mayor de partos eutócico en el grupo que no había acudido a Educación prenatal en relación con el grupo que acudió ($p=0.03$). O lo que es lo mismo, había más tasa de parto distócico entre las gestantes que acudieron a las clases (Artieta Pinedo, et al., 2007)

Ocurre lo mismo en relación del uso de la *analgesia epidural*, ya que las mujeres que asistieron a la educación maternal mostraron 1,08 veces más de probabilidades de usar la epidural de las que no asistieron.

Estos resultados podrían deberse a que existe un sesgo de paridad entre los grupos, asociando el grupo de preparación al parto con nulíparas y por lo tanto con mayor riesgo de complicaciones obstétricas. En nuestro estudio, 64,3 % de la muestra confirmó que acudió a las sesiones de Educación prenatal durante el tercer trimestre, frente a un 35,7% que no acudió a las clases. De las gestantes que acudieron un 73% eran primíparas y un 26% de multíparas. En contraposición al grupo de “no educación maternal” que está mayoritariamente compuesto por gestantes multíparas, un 64% frente al 35% de primíparas. Estas diferencias se mostraron diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos.

Por lo que se puede concluir que esta distribución en el perfil de ambos grupos no se debe al azar sino a otros factores externos o internos, la carga del cuidado de otro hijo, la experiencia previa, la falta de tiempo o un mayor cansancio físico hagan que tal vez las gestantes multíparas en un segundo embarazo decidan no acudir a estas charlas.

Las primíparas tienen 1,85 veces más de acudir a las clases de preparación al parto, que las que han tenido hijos previos. Factor que podría explicar también los resultados perinatales negativos obtenidos en esta investigación en relación al grupo de gestantes que acude a Educación prenatal.

Por lo tanto, podemos concluir que nuestro estudio muestra indicadores de parto más desfavorables en el grupo de Educación prenatal, mostrándose significativos para el parto distócico, epidural y duración del parto. Resultados similares a la investigación de Artieta Pinedo y colaboradores (2007) donde no se observa un beneficio claro de la Educación maternal para el resultado del parto en relación con la duración ni la incidencia de intervenciones, complicaciones o lesiones perineales.

La última revisión en 2009, donde se encontraron nueve ensayos con 2.284 mujeres que pretendía evaluar los efectos de este tipo de educación sobre la adquisición de conocimiento, ansiedad, sentido de control, dolor, lactancia, habilidades de atención infantil, y adaptación psicológica y social. Entre sus conclusiones no se encontraron efecto sobre la ansiedad, éxito en la lactancia, complicaciones intraparto, parto inducido. Pero sí parece que las tasas de parto vaginal versus cesárea eran mejores (RR: 0,81) (Gagnon y Sandall, 2009). Resultado diferente a lo obtenido en nuestra investigación.

Tampoco se obtienen diferencias a favor en el resto de las variables analizadas. Por lo que no se observa un beneficio claro de la Educación prenatal para el resultado objetivo del parto puesto que no mejora ni la duración ni la incidencia de intervenciones o lesiones perineales (Artieta Pinedo, et al., 2007). Estos resultados podrían ser congruentes con el sesgo de paridad que se ha producido intra-grupos, debido a que como ha quedado demostrado en la Hipótesis 2, la existencia de partos previos es la variable clínica que mejor predice un parto sin complicaciones (Carrera Macia, et al., 2006; Cañete Palomo y Cabero Roura, 2007; Ministerio Sanidad, 2014).

Finalmente, a modo de resumen se podría afirmar después de lo argumentado en el cuarto apartado de discusión del estudio:

1. Queda demostrado que es en la dimensión del *Apoyo* es donde la Educación prenatal ejerce un efecto directo sobre la ansiedad.

2. Existe un *sesgo de paridad intra-grupos* que podría ser la consecuencia de los resultados obtenidos. Las primíparas acuden 1,85 veces más a clases de preparación al parto, que las que han tenido hijos previos (NICE, 2014).
3. Los resultados obtenidos en nuestro estudio van en sintonía con otros resultados previos (Jané Checa, et al., 2009) donde, respecto a los resultados del parto se observan *diferencias muy variables entre los grupos* para cada indicador del parto (positivas o negativas), no pudiendo concluirse de forma contundente que la Educación prenatal mejore los resultados obstétricos (Artieta Pinedo, et al., 2007).
4. Existen una nueva línea de investigación que está dando una mayor trascendencia en la utilidad de la Educación prenatal en el manejo de la ansiedad y locus de control de la etapa de crianza y lactancia (Gagnon, 2003).
5. Concluir que en esta investigación no quedan claros los beneficios que produce la Educación prenatal sobre el parto (Gagnon, y Sandall, 2009) o que esto facilite el proceso clínico del parto con resultados más favorables (Bandrés y Llavona, 2003; Hurtado, et al., 2003).

A continuación, en el Capítulo X, y como consecuencia de todo lo anteriormente analizado, se realizarán la propuesta de una serie de mejoras a los protocolos y metodologías actuales de Educación prenatal en nuestro país teniendo en cuenta los resultados obtenidos, finalizando con una evaluación de la metodología planteada sobre una muestra piloto.

CAPÍTULO 10. APLICACIÓN PRÁCTICA.

“Una matrona más, una cesárea menos”

El Parto es Nuestro, 2015.

Como ya quedó explicado al inicio, esta investigación planteaba el desarrollo de un estudio completo en relación a la ansiedad y las preocupaciones previas del parto, que permitiese acercarse a la situación real de las gestantes españolas en la actualidad y así, proponer una serie de modificaciones y actualizaciones metodológicas en los protocolos y contenidos en nuestro país respecto a la Educación prenatal.

En consecuencia, una vez obtenidas las aportaciones de esta investigación se ha diseñado e implementado un protocolo que sirva para aplicar las conclusiones obtenidas y validarlas de forma experimental.

En este capítulo se presenta la propuesta denominada: *proyecto “Conoce a tus Matronas”*, fundamentada en gran medida en las aportaciones de esta investigación. Este proyecto fue presentado por parte de la investigadora a la Gerencia del Hospital Rey Juan Carlos que aprobó su puesta en marcha durante el año 2016 (ver Capítulo de Anexos).

A continuación, se describen las características y fases de este proyecto así como una validación de su impacto sobre la población diana del servicio de paritorio de este hospital.

10.1 Diseño del proyecto “Conoce a tus Matronas”.

El proyecto “Conoce a tus Matronas” se implanta a inicios del 2016 después de una aproximación a la población diana, gestantes del área de Móstoles, mediante un grupo focal (requisito de evaluación en 2015 impuesto por la Comunidad de Madrid a los hospitales de la comunidad).

El grupo focal se organiza en una sesión con un grupo de embarazadas, donde se realiza la grabación de una entrevista prefijada donde se realizan preguntas sobre la atención durante el embarazo, el parto y la hospitalización. Dichas entrevistas se evalúan mediante la identificación de códigos y categorías correspondientes de los

conceptos representativos de las dimensiones en estudio: apoyo, parto, asistencia, asistencia, acompañamiento, protocolos y hospitalización. Como se describe a continuación, las conclusiones obtenidas en este grupo focal coincidieron con las aportaciones presentadas en el capítulo anterior de esta tesis y sirvieron para definir las características del proyecto.

Principalmente se valida la Hipótesis 4.1: “*La asistencia de las gestantes a los cursos de Educación prenatal repercute en la disminución de la ansiedad previa al parto*” En concreto, en la dimensión del apoyo ofrecido por el profesional, donde queda evidenciado que en la dimensión del *apoyo* (profesional y pareja) es donde la Educación prenatal ejerce un efecto directo sobre la ansiedad.

Coincide este hallazgo con la primera conclusión del grupo focal en la que se pone de manifiesto la necesidad de una mayor *proximidad del profesional* sanitario que va a atender el parto, se detecta adicionalmente que la visita guiada ofertada por el hospital (sesión semanal ofrecida en la cartera de servicios del hospital donde se visitan las instalaciones y se explican los protocolos de atención al parto), tenía deficiencias en su planteamiento ya que resultaba escasa en tiempo y contenido. Esto hacía que las mujeres calificaran la sesión como demasiado “*expositiva y de carácter impersonal*”, ya que no permitía la retroalimentación directa con las gestantes que muestran claramente su deseo de comunicarse con las matronas del paritorio.

Otra hipótesis que queda validada por el grupo focal es la Hipótesis 2: *Tanto la preocupación, como la ansiedad previa al nacimiento, predicen las características clínicas del parto*, sobre todo, aquellas que se refiere al Cuidado Institucionalizado (NICE, 2007; Ministerio Sanidad, 2012). Las conclusiones del grupo focal determinan que es muy importante para las mujeres conocer la forma de trabajar del equipo de profesionales, su filosofía, los protocolos y todas las opciones que ofrece el hospital en relación a la atención en el proceso de parto.

Por lo tanto, este proyecto queda justificado en la idea de que actualmente a las mujeres embarazadas les resulta una alternativa muy interesante tener la posibilidad de conocer directamente a las matronas que les van a atender el parto. Necesidad que queda continuamente reflejada en las redes sociales de maternidad y en las

líneas de trabajo del Ministerio y las Asociaciones españolas (Ministerio Sanidad, 2012; El parto es nuestro, 2016).

En consecuencia el proyecto “Conoce a tus Matronas” se plantea con el objetivo principal de acercar a las gestantes que desean conocer el hospital, el proyecto y el espacio que tienen a su disposición para dar a luz. Las matronas del Hospital Rey Juan Carlos adoptaron el proyecto de una forma muy natural ya que pretenden desarrollar una manera de atención novedosa y vieron en este proyecto un reclamo directo para las embarazadas.

El proyecto se enmarca en el concepto de unidad abierta, accesible y transparente que tiene el hospital cuyos profesionales desean entablar un diálogo cercano y directo con la población a la que atienden. El proyecto entiende que para que se dé una verdadera comunicación entre gestantes y profesionales es necesario crear entornos donde ambas partes puedan entablar un diálogo y espacios de participación. Este espacio de encuentro no solamente es positivo para las mujeres que se atienden, ya que ellas no solo pueden manifestar sus dudas y deseos en torno al parto a las profesionales que les van a atender directamente, sino que también se pretende que este proyecto constituya un reclamo directo hacia los servicios de atención al parto que se ofrecen.

De esta forma, los objetivos que se plantean en el Proyecto “Conoce a tus Matronas” son:

- Mejorar la calidad de la atención personalizando nuestra asistencia.
- Mejorar la satisfacción de las mujeres a las que atendemos.
- Establecer un espacio de comunicación directa entre las embarazadas y las matronas que van a atender el parto.
- Aumentar el número de mujeres que eligen nuestro hospital para el control del embarazo, parto y postparto.
- Dar cobertura formativa sobre preparación al parto a las embarazadas de libre elección cuando pierden el contacto con su matrona de Atención Primaria.

La metodología de trabajo se vertebra en cuatro sesiones-taller de 2h de duración cada una dentro de la prestación de la consulta de matrona actual y un plan de medios sociales 2016. El contenido de los talleres está basado principalmente en la

explicación de la filosofía y protocolos de asistencia que ofrece el hospital (Cuidado Institucionalizado), además de una visita pormenorizada a las instalaciones del paritorio y planta de hospitalización, además de una interacción directa con las matronas del equipo asistencial. Se ha demostrado que para las mujeres, conocer previamente a los profesionales, los protocolos y el espacio donde tendrá lugar su parto y la estancia hospitalaria permite familiarizarse con él y repercute en una mayor sensación de confianza y tranquilidad por parte de la gestante y su pareja (Ministerio Sanidad, 2012).

10.2 Evaluación práctica del Proyecto “Conoce a tus Matronas”.

Para la elaboración de una evaluación práctica del proyecto “Conoce a tus Matronas” se ha diseñado una encuesta de satisfacción y efectividad del proyecto construida *ad hoc*. La encuesta está compuesta de 13 preguntas sobre la opinión y utilidad que ha tenido el proyecto para las gestantes y sus parejas. También otras preguntas sobre los medios usados para la obtención de información sobre el embarazo actualmente (Consultar Anexo con el contenido del test).

Durante el mes de octubre 2016, la encuesta se ha repartido una vez por semana a las gestantes que acuden a los talleres y sus acompañantes para obtener una muestra piloto que permita realizar una valoración del proyecto implantado durante el 2016. En total los cuestionarios fueron respondidos por 30 personas, la muestra estuvo compuesta por 20 embarazadas y 10 acompañantes.

Los Resultados del estudio piloto concluyen que el 100% de la muestra afirma que haber conocido a las matronas que le van a atender el parto les ayudará a sentirse más tranquila ese día (Pregunta 01). También existe unanimidad en afirmar que el haber visitado el espacio y la infraestructura donde se va a desarrollar el parto les ayudará a sentirse más cómodas y confiadas (Pregunta 02). Un 96% destacaba la utilidad del proyecto (Pregunta 03), pero sólo un 61% reconoce que el haber conocido a las matronas que les van a atender les ha servido para tomar la decisión de parir en ese hospital (Pregunta 04). Adicionalmente, el 100% de la muestra cree que recibirá un trato adecuado durante el parto tras haber conocido a los/las profesionales del paritorio (Pregunta 05) y recomendaría el proyecto a sus amistades (Pregunta 06), habiéndose ajustado a sus expectativas en un 88% de las participantes (Pregunta 07).

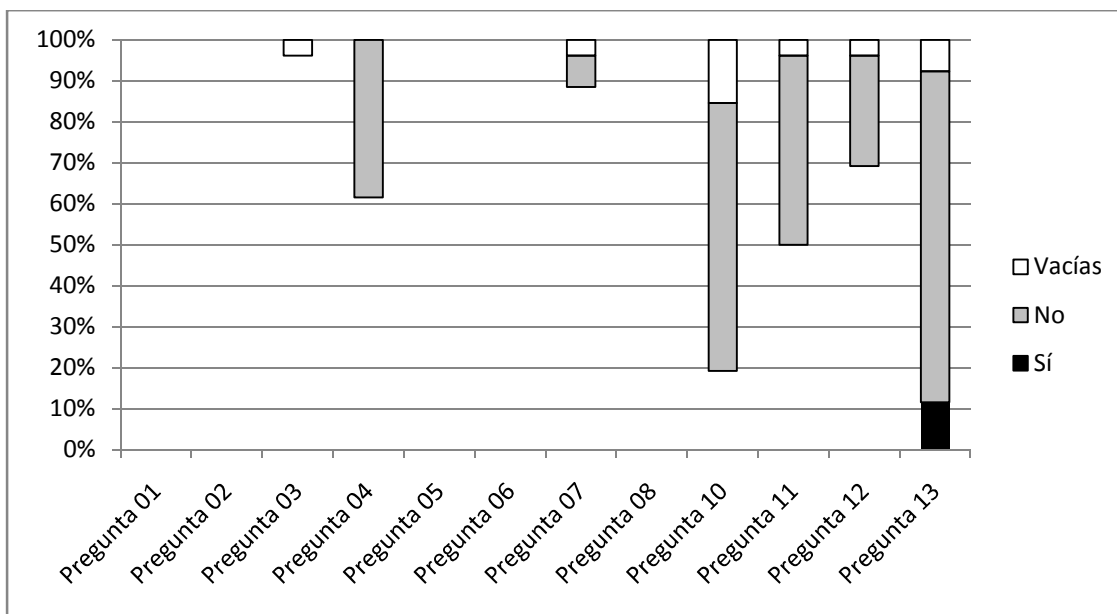


Figura 5 Porcentajes apilados de respuestas a la evaluación del proyecto *Conoce a tus Matronas*

No obstante, el 100% de la muestra afirmó que este proyecto debería generalizarse a otros hospitales, valorándolo como muy positivo y útil (Pregunta 08).

La novena pregunta del test se orientaba a identificar aquellos factores que habían ayudado en la elección del hospital mediante una escala Likert [1.10]. En los resultados obtenidos destacan las instalaciones (8,88; DT: 1,55), el personal (9,07; DT: 1,05) y los protocolos (8,73; DT: 1,55). De forma secundaria aparecen las opiniones en redes sociales (6,62; DT: 2,76) y las opiniones “boca a boca” (8,12; DT: 2,26).

En la valoración también se realizaron preguntas secundarias. Sorprendentemente, sólo un 19% de la muestra indicó que le hubiese gustado tener los partos anteriores en el Hospital Rey Juan Carlos (Pregunta 10). Un 50% confirmó el uso de redes sociales e internet para buscar información sobre los paritorios (Pregunta 11). Un 69% conocía la página de Facebook de las matronas y un 11% el blog profesional (Preguntas 12 y 13).

A la vista de estos resultados, la aplicabilidad del proyecto *Conoce a tus Matronas* quedaría validado en esta evaluación preliminar, debiéndose ampliar su estudio sobre las repercusiones que pudiese tener esta metodología sobre los resultados del parto. Una vez descrito el proyecto “Conoce a tus Matronas” y sus resultados prácticos, el siguiente capítulo presenta las conclusiones del trabajo de tesis.

CAPÍTULO 11. CONSIDERACIONES FINALES.

“A todos los doctorandos del mundo, que sólo ellos entienden la sensación de haber llegado hasta aquí”

Ana Martín.

En este Capítulo se realiza un resumen del trabajo de tesis, así como de sus aportaciones. Adicionalmente se discuten las limitaciones del mismo y las posibles vías de trabajo futuro.

11.1 Resumen del trabajo de tesis.

En esta tesis se propone el estudio de los factores que producen preocupación y ansiedad previa al parto en las gestantes a término y su repercusión en los indicadores y resultados perinatales. Para ello se realiza un estudio del parto desde una perspectiva de género, estableciendo el estado del arte de las principales corrientes sobre la Educación Maternal actual y el concepto de la Ansiedad como parte del proceso emocional.

A partir de este estudio se diseña una experimentación estadística consistente, en primer lugar, en establecer qué relaciones existen entre la ansiedad previa al parto y determinados factores de preocupación de las gestantes. En segundo lugar, determinar qué variables psicosociales y obstétricas predicen la varianza del parto. Y por último, esclarecer el grado de repercusión e influencia que tiene en el transcurso del mismo tanto el Área sanitaria como la asistencia al programa de Educación prenatal.

En base a la discusión y aportaciones realizadas sobre el comportamiento de la población se realiza una propuesta de protocolo práctico que mejore y resuelva las carencias encontradas. Este protocolo consiste en el proyecto denominado: *Conoce a tus matronas*, donde se pretende crear un espacio de encuentro entre las gestantes y las profesionales que van a asistir su parto. Este proyecto se valida a través de un estudio piloto, donde se pretende comprobar el grado de aceptación y utilidad del proyecto para las gestantes y sus acompañantes. A continuación, se resaltan los resultados principales de este trabajo.

11.2 Resultados generales.

A la luz de los resultados obtenidos en esta tesis, queda demostrado que existen determinadas dimensiones de la ansiedad y factores de preocupación previa al parto específicos en la población española, que no son totalmente coincidentes con el resto de los estudios realizados en gestantes de otros países (Georgsson Ohman et al., 2003; Bailham et al., 2004; Cheung et al., 2007; Petersen, et al., 2009; David-Floyd, 2009; Redshaw, et al., 2009; Dencker et al., 2010). Es importante resaltar también que *estos factores de preocupación previa al parto tienen una clara influencia de Género*, ya que tanto su presencia como su ausencia queda completamente explicada dentro del contexto cultural de nuestro país.

Esta investigación demuestra que las preocupaciones previas al parto más influyentes en las gestantes son: la pérdida de control, la salud propia, el apoyo profesional y acudir al hospital a tiempo. Aspectos que tienen su origen en el entorno institucionalizado del parto hospitalario español (Ministerio Sanidad, 2012, 2014), que configura a la gestante como un sujeto pasivo dentro del proceso (El Parto es Nuestro, 2015).

Se puede concluir, además, que no sólo quedan explicados dentro del marco de la perspectiva de Género los factores con relaciones positivas con la ansiedad previa al parto, sino también los factores que no lo hacen, la ausencia de ellos. Es decir, *¿por qué algunas de las preocupaciones previas al parto asignadas por la literatura europea no se presentan en las gestantes españolas, como son la cesárea o la salud del bebé?* En esta investigación se demuestra una ausencia de relación con la ansiedad, que podría también quedar explicada dentro del marco de la perspectiva de Género.

Por otro lado, queda también evidenciado que tanto la preocupación, como la ansiedad previa al nacimiento, constituyen importantes predictores clínicos desfavorables del parto, sobre todo, la ansiedad cognitiva, el miedo al dolor, la preocupación por el apoyo profesional y el índice de sensibilidad a la ansiedad, *dimensiones de la ansiedad con un alto componente de Género* dentro del contexto del Modelo Tecnocrático del nacimiento de nuestro país (David-Floyd, 2009; Ruiz Vélez-Frías, 2010).

Sin embargo, existen preocupaciones previas al parto que actúan como factores de protección durante el desarrollo clínico del mismo como puedan ser: el control o la preocupación por la salud. Preocupaciones altamente relacionadas con una mayor integración del proceso del embarazo como escisión, donde el feto adopta individualidad plena, y la identidad materna queda diluida tras el feto-individuo (Imaz, 2010).

Además, queda constatado que existen diferencias importantes respecto al Área sanitaria de procedencia, no solo en el perfil de ansiedad previa al parto, sino también en los resultados perinatales. Se observa una gran variabilidad entre centros en relación a prácticas clínicas, líneas de intervención y aspectos organizativos de atención hospitalaria en relación al parto (Ministerio de Sanidad, 2012), aspectos englobados dentro del denominado *Cuidado estructurado*, que tiene una repercusión directa en los resultados perinatales y los indicadores de buenas prácticas obstétricas (CIMS, 2016; Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud, 2015; NICE, 2014).

Por último, en esta investigación también se verifica que es en la dimensión del *apoyo* donde la Educación prenatal ejerce un efecto directo sobre la ansiedad, aspecto que será tenido en cuenta a la hora de proponer el proyecto *Conoce a tus Matronas* para la mejora en la metodología de la misma.

Sin embargo, en este trabajo de tesis no quedan claros los beneficios que produce la Educación prenatal sobre la evolución del parto y sus indicadores, aspecto que se debería tener en cuenta para futuras líneas de investigación que asignan una mayor trascendencia en la utilidad de la Educación prenatal en el manejo de la ansiedad y locus de control de la etapa de crianza y lactancia (Gagnon, 2003), más que en el desarrollo del parto (Bandrés y Llavona, 2003; Hurtado, et al., 2003).

11.3 Limitaciones.

El principal inconveniente de los estudios longitudinales es la pérdida de sujetos. Aplicado a nuestro estudio, algunas mujeres que se han controlado el embarazo en los respectivos hospitales, en el momento del parto no acudieron a dichas instituciones, por diferentes motivos (elección personal, vacaciones o viajes etc.), por lo que uno de nuestros inconvenientes principales fue el abandono durante el seguimiento de los sujetos (Delgado Rodríguez y Llorca Díaz, 2015). Esta limitación se controló,

añadiendo a la recogida de datos un mayor número de cuestionarios que los marcados inicialmente en el diseño. En total hubo una pérdida de 8 mujeres que o bien sus cuestionarios estaban escasamente completados, o bien, no acudieron a parir, en los hospitales a estudio.

Además, se puede considerar como otra limitación intrínseca a este estudio, el lenguaje utilizado en algunos ítems de los instrumentos como un lenguaje considerado muy técnico o complicado para algunas participantes, por lo que resultaría necesario para los trabajos futuros adaptarlo mejor (*Ej. Preocupación por necesidad de inducción*).

Han existido también, limitaciones sobre la disponibilidad de tiempo para seguir el protocolo como carga añadida al trabajo habitual del servicio, por lo que la investigadora ha necesitado la ayuda de la gran mayoría de compañeras del servicio para la recogida de datos.

Otra limitación que hay que contemplar es la presencia del Sesgo positivo: distorsiones cognitivas que afectan al modo en que las personas perciben la realidad. Por ejemplo, las escalas sobre Ansiedad o Depresión tienden a tener una connotación negativa para la población por lo que las personas suelen contestar con resultados con tendencia a bajas puntuaciones. En contraposición a las escalas que se utilizan para medir Felicidad, Calidad de vida, Autoconfianza u otros aspectos que la población considera positivos, donde las personas suelen tender una tendencia a contestar marcando las puntuaciones altas de cada pregunta, por lo que hay que contar con esta limitación a la hora del tratamiento e interpretación de los datos.

Por último, mencionar las limitaciones relativas a los principios Éticos de toda investigación clínica. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo detallado. En consecuencia, este trabajo se envió para su aprobación a los Comités de Evaluación Ética especialmente designados. Por ello, la investigadora ha tenido la obligación de proporcionar información del control a los Comités de Ética de Investigación Clínica, en especial sobre todo incidente adverso grave. De la misma manera se ha enviado un informe detallado a la Comisión de Investigación de ambos hospitales para la evaluación y análisis metodológico del estudio de investigación.

Otro tema que se nos plantea a la hora de desarrollar nuestra investigación es el conflicto potencial que pueda surgir sobre las políticas del Hospital, y las prácticas y rutinas habituales con respecto a la intervención. Por ello, la investigadora ha solicitado el consentimiento de todos los/las profesionales que trabajan actualmente en el servicio: matronas, obstetras, auxiliares y responsables de servicio, así como dirección del hospital.

Sobre el método que se utilizó para obtener el consentimiento informado añadiremos que en toda investigación clínica, la persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento. El consentimiento informado será preferiblemente por escrito, si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos. El modelo de consentimiento informado se adjunta en la Sección de Anexos.

Para minimizar los principales riesgos de la investigación es imprescindible una adecuada información previa a todas las embarazadas sobre la importancia del estudio, así como información a todo el equipo asistencial. De tal manera que las matronas voluntarias a participar en una investigación futura tuviesen tanto los recursos, como el conocimiento de los criterios de inclusión y exclusión y el desarrollo de la técnica para comprender la finalidad del mismo. Por tanto, se propusieron sesiones informativas previas para el personal que esté interesado en la participación en el estudio futuro.

11.4 Trabajo futuro.

Una primera línea de trabajo futuro consiste en extrapolar los resultados obtenidos a otros segmentos de población. Esto ayudaría a entender las causas de las diferencias encontradas respecto a la población española y otras poblaciones europeas que se discutieron en el Capítulo 9. Adicionalmente se han encontrado diferencias significativas a nivel nacional respecto a los resultados de las dos poblaciones estudiadas –Áreas de salud de Guadalajara y Móstoles- por lo que esta extrapolación también debería detallarse en segmentaciones más pequeñas. Para ello se deberían realizar estudios estadísticos adicionales en otros segmentos de población, aunque la identificación del nivel de segmentación óptimo se presupone bastante complejo.

Adicionalmente se plantea la validación del Proyecto Conoce a tus Matrona a más largo plazo y una muestra de población más amplia para conocer su impacto sobre los resultados perinatales intraparto y obtener un registro más representativo de la satisfacción a las mujeres. Una vez que los resultados sean contrastados a largo plazo podrían aplicarse a otras áreas de salud para contrastar de nuevo la universalidad de las conclusiones obtenidas respecto a los distintos segmentos de población.

Por otro lado, sería relevante realizar una investigación exhaustiva sobre las causas de los resultados obtenidos sobre el impacto de la Educación prenatal. Entre las conclusiones que se obtienen en este trabajo se pone de manifiesto el escaso impacto sobre los resultados perinatales, lo que llevaría a replantearse las estrategias de educación que están implantadas actualmente. Si estas conclusiones se confirmasen a gran escala supondría un cambio muy importante en la estrategia de educación prenatal a nivel nacional que implicaría cambios en las competencias de las matronas de atención especializada y atención primaria, que actualmente son totalmente independientes, dando lugar a competencias más interdependientes como sucede en otros países de Europa, como pueda ser Reino Unido, Holanda, Irlanda o Suecia, donde las matronas desarrollan parte de su jornada laboral en la institución hospitalaria, otra parte en la atención primaria y otra en la asistencia domiciliaria. Además, las conclusiones obtenidas tendrían impacto muy relevante desde el punto de vista económico si se remodelara la estrategia actual de Educación prenatal para limitar su función a aquellos aspectos para los cuales es realmente necesaria.

Complementando las evidencias obtenidas del estudio cuantitativo de los factores de preocupación previa al parto que se ha realizado en este trabajo de tesis podría realizarse un estudio fenomenológico adicional con entrevistas en profundidad para confirmar las correlaciones obtenidas. De esta manera se podría analizar en profundidad, desde un punto de vista de Género, las correlaciones obtenidas mediante estudio estadístico. Sin embargo, este estudio no carece de dificultad ya que, según se demuestra también en este trabajo, existe variabilidad entre los distintos segmentos de población. Por lo tanto sería necesario realizar este estudio cualitativo configurando una muestra adecuada a la amplia diversidad sociocultural existente.

Una posible línea de investigación continuista de este trabajo consistiría en estudiar el impacto de los factores de ansiedad previa al parto en la adaptación de las mujeres a su nuevo rol maternal. Para ello se deberían identificar aquellas dimensiones de la ansiedad que pudiesen influir en la adaptación, así como identificar qué dimensiones del rol maternal pudiesen verse afectadas. A continuación se deberían plantear hipótesis de correlación y su consiguiente validación experimental.

Ha quedado demostrado que la Educación prenatal sí que ejerce influencia sobre la disminución de la ansiedad producida por el apoyo de la pareja. En esta línea, consideramos interesante el incluir en el trabajo futuro la influencia que ejerce el apoyo de la pareja, tanto en los resultados perinatales del parto como en la posterior adaptación hacia el rol de maternidad-paternidad, dando relevancia a la medida de la variable Género a la hora de plantear estudios futuros.

Respecto al trabajo futuro inmediato se van a realizar publicaciones para divulgar los resultados a la comunidad científica. Para ello se plantean publicaciones inmediatas en revistas y congresos del área.

11.5 Conclusiones.

En esta investigación se ha determinado cuáles son las principales preocupaciones y dimensiones de la ansiedad en las mujeres antes del parto. A partir de los resultados del estudio en dos áreas sanitarias distintas, se han identificado los factores que provocan ansiedad y preocupación previa al parto, además de las variables demográficas y obstétricas con repercusión directa sobre la variabilidad del mismo.

En primer lugar, queda evidenciado que la ansiedad constituye un importante predictor clínico desfavorable en los resultados del parto, sobre todo, las dimensiones de la ansiedad con alto componente de Género. Además, queda constatado que existen factores de preocupación específicos en las gestantes españolas, y estos factores tienen también una clara influencia de Género, estando directamente relacionados con el Modelo Tecnocrático del nacimiento de nuestro país (David-Floyd, 2009; Ruiz Vélez-Frías, 2010).

Por otro lado, se verifica que el Cuidado Estructurado (Ministerio de Sanidad, 2012) es imprescindible para la obtención de unos buenos resultados

perinatales. Es decir, la variabilidad en la ansiedad y factores de riesgo obstétricos tienen una menor influencia en el transcurso del parto, en comparación, con el impacto que tienen los protocolos de actuación y las prácticas clínicas de cada centro sanitario. Por lo tanto, el área sanitaria donde se atiende el parto es fundamental para el desarrollo del mismo.

Sin embargo, a la luz de los resultados obtenidos en esta investigación, no se puede afirmar que la Educación prenatal, tal y como la conocemos en nuestros días, ejerza una repercusión directa en el estado de ansiedad de la gestante previo al parto y en consecuencia se relacione con unos mejores resultados perinatales. Aspecto controvertido ya planteado por varios autores, que afirman que la Educación prenatal tendría una mayor utilidad para el proceso posterior de crianza y lactancia, más que para el desarrollo del parto institucionalizado de nuestro país, con protocolos rígidos y establecidos (Gagnon, y Sandall, 2009).

Finalmente, los resultados estadísticos obtenidos se han plasmado en un plan de actuación orientado a disminuir las preocupaciones de las gestantes en torno a la dimensión del apoyo profesional durante el parto, ya que se ha demostrado la más correlacionada con la ansiedad. Este plan de actuación ha sido implementado en Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles durante el año 2016 y ha obtenido resultados muy satisfactorios que validan las conclusiones obtenidas en este trabajo de tesis.

CAPÍTULO 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Affonso, D., Liu-Chiang, C.Y. & Mayberry, L. (1999). Worry: conceptual dimensions and relevance to childbearing women. *Health Care for women International*, 20, 227-236.
- Aguilar Figueroa, V. & Morales Carmona, F. (1995). Ansiedad y auto concepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Perinatology and reproduction*, 9 (2), 99-105.
- Albers, L.L., Schiff, M. & Gorwoda, J.G. (1996). The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet. Gynecology*, 87,355-9.
- Albers, L.L. (1999). The duration of labor in healthy women. *J. Perinatol*, 19,114-19.
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösl, I. & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine*, 20 (3), 189-209.
- Amezcu Membrilla, J.A. & Picardo Martínez, C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16 (2), 207-14.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M. & Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104 (3), 467-76.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2009). Analgesia epidural versus no epidural, o ninguna analgesia para el trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus. The Cochrane Library*. Recuperado el 3 Agosto 2016, de Base de datos Cochrane.
- Ansorena, M.T., Cobo, J. & Romero, I. (1983). El constructo de la ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45.
- Argimon Pallas, J.M. & Jiménez Villa, J. (2004). *Método de investigación clínica y epidemiología*. (3a ed). Madrid: Elsevier España.

- Artieta Pinedo, I., Paz Pascual, C., Remiro Fernández, G., Odriozola Hermosilla, I., Bacigalupe de la Hera, A. (2007). *Efecto de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto*. Libro de ponencias XI Encuentro de Investigación en Enfermería. Madrid: Instituto de Salud Carlos III – Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIH). Recuperado el 29 septiembre 2016, de <http://www.isciii.es/investen/>
- Asmundson, G., & Norton, P. J. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. *Behav Res Ther*, 33, 71–777.
- Asmundson, G., Norton, P.J. & Veloso, F. (1999). Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behav Res Ther*, 37, 703–713.
- Badinter, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del instinto maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- Baglio, G., Spinelli, A., Donati, S., Grandolfo, E. & Osborn, J. (2000). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Annual Ist Superior Sanitario*, 36 (4) 465-478.
- Bailham, D., Slade, P. & Joseph, S. (2004). Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria. *Journal of reproductive and infant psychology*, 22 (3), 157-165.
- Bandrés, J. & Llavona, R. (2003). Paulov in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 6 (2), 81-92.
- Barlow, J., Glover, V. & Barlow, J. (2014). Psychological adversity in pregnancy: what works to improve outcomes? *Journal of Children's Services*, 9 (2), 96.
- BBC (2015, 13 Julio). El mapa de los países donde se practican más y menos cesáreas del mundo. BBC. Recuperado el 4 Julio 2016, de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150710_cesareas_mundo_motivos_paises_jm

- Beck, A.T. (1961). An Inventory for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry*, 561-571.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emocional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) - BDI*. Nueva York: The psychological Corporation.
- Beck, A, T., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R.A. (2002). *BAI. Cuestionario de ansiedad de Beck*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Bensabat (1987). *Stress. Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- Bermúdez, J. (1983). Modelo interactivo de ansiedad: implicaciones y contrastación empírica. *Revista de psicología general y aplicada*, 38, 1003-30.
- BOE, Boletín Oficial del Estado. (2009). Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Recuperado el 13 Noviembre 2012, de <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
- Bolsegui, M. & Fuguet Smith, A. (2006). Construcción de un modelo conceptual a través de la investigación cualitativa. *Sapiens, Revista Universitaria de Investigación de Caracas*, 7 (1), 207-229.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T.D. (1985). Worry: a potentially valuable concept. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 81-482.
- Borkovec, T.D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in Generalized Anxiety Disorder: predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.

- Borkovec, T.D., Lyonfields, J.D., Wisner, S., & Deihl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 321-324.
- Brey Mariño, M. (1995). *Arcipreste de Hita. Libro del Buen Amor*. (18a ed.). Madrid: Ed. Castalia.
- Brody, L.R. & Hall, J.A. (1993). Gender and emotion. En Lewis, M. & Haviland, J.M. (Ed.), *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford Press.
- Brown, C., Paranjothy, S., Dowswell, T. & Thomas, J. (2013). Paquete de atención del tratamiento activo del trabajo de parto para reducción de la tasa de cesáreas en mujeres de bajo riesgo. *La Biblioteca Cochrane Plus. The Cochrane Library*. Recuperado el 20 Agosto 2016, de Base de datos Cochrane.
- Buela Casal, G. (2006). *Depresión y ansiedad en zonas rurales*. Madrid: Universia.
- Cancela, J. & Ayan, C. (2008). Influencia de los factores socio demográfico en la actividad física habitual de la tercera edad: un estudio piloto. *Atención Primaria*, 40, 264-65.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J.J. (1994). Psicología, medicina y salud. *Ansiedad y Estrés, número monográfico, vol 0*.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J.J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 129-143.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. & Díaz-Ovejero, M.B. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con la salud y la enfermedad. En E.G. Fernández-Abascal & F. Palmero (Coord.), *Emociones y salud* (pp. 69-87). Barcelona: Ariel.
- Cano-Vindel, A. (2002). *La ansiedad, claves para vencerla*. Málaga: Arguval.
- Cañete Palomo, M.L. (2003). *Urgencias en ginecología y obstetricia*. Albacete: Fiscam.

- Cañete Palomo, M.L., & Cabero Roura L. (2007). Urgencias en ginecología y obstetricia: aproximación a la medicina basada en la evidencia. Albacete: Fiscam.
- Cardenal Hernández, V., Aparicio García, M.E., Dresch, V. & Sánchez López, M.P. (2005). Relaciones entre ansiedad-autoestima-satisfacción y salud física: la modulación de la variable sexo. *Iberpsicología: revista electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 10 (2). Recuperado el 27 Julio 2016, de <http://www.fedap.es/IberPsicologia/marcoip.htm>
- Carrera Macia, J.M., Mallafré Dols, J. & Serra Zantop, B. (2006). *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del instituto universitario Dexeus*. (4a ed.) Barcelona: Masson.
- Carrasco Galán, I. & Espinar Fellmann, I. (2008). Trastornos de ansiedad y género. *Mente y cerebro*, 31, 12-21.
- Carrasco, J.L. (1995). *El método estadístico en la investigación médica*. (6a ed.). Madrid: Ciencia.
- Casado, M.I. (1994). Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961). *The Meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Nueva York: Ronal.
- Chamberlain, D. (2002). La maravilla del vínculo afectivo. *Obstare*, 6, 45-48.
- Cheng, Y.W., Hopkins, L.M. & Caughey, A.B. (2004). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *Am J Obstet Gynecol*, 191 (3), 933-8.
- Cheung, W., Wan-Yin, I. & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23, 123-130.

- Cheyne, H., Terry, R., Niven, C., Dowding, D. & Hundley, V. (2007). Should I come in now? A study of women's early labour experiences. *British Journal of Midwifery*, 15 (10), 604-9.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*, 7 (26).
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). The Anxiety and Worry. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, (1), 1-122.
- CIMS (Coalición para mejorar los servicios de maternidad) (2016). Los riesgos del nacimiento por cesárea para la madre y el bebé. Recuperado el 4 Junio 2016, de <http://www.elparto nuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/cesarea/3>
- Cortes, J., Cañada, J.L. & Cararach, M. (2008). *VPH y prevención del cáncer de cuello uterino*. Madrid: Edinsa.
- Curzik, D. & Jokic-Begic, N. (2011). Anxiety sensitivity and anxiety as correlates of expected, experienced and recalled labor pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 32,198–203.
- Davey, G.C.L., Hampton, J., Farrell, J.J., & Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: evidence for worry and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, 13, 133-147.
- Davis-Floyd, R.E. (1993). The technocratic model of birth. En: Tower Hollis, S., Pershing, L. & Young, J. (Ed). *Feminist Theory and the study of folklore*. Chicago: University of Illinois press.
- Davis-Floyd, R.E. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75 (1), S5-23.

- Davis-Floyd, R.E. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y nacimiento*. Buenos Aires: Ed. Creavida.
- Delgado Rodríguez, & Llorca Díaz, M. (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Rev. Esp. Salud Pública*, 78 (2), 141-48. Recuperado el 23 de Febrero 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272004000200002&lng=es.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H. & Berg, A. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): develop and evaluation of a multidimensional instrument. *Pregnancy and Childbirth*, 10, 81.
- Dennis, C.L. & Creedy, D. (2008) Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. *The Cochrane Library*, Numero 2. Recuperado el 4 Abril 2013, de Base de datos Cochrane plus.
- Dennis, C.L. & Hodnett, E. (2008) Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión postparto. *The Cochrane Library*, Numero 2. Recuperado el 4 Abril 2013, Base de datos Cochrane.
- Dennis, C.L., Ross, L.E. & Grigoriadis, S. (2008) Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión prenatal. *The Cochrane Library*, Numero 2. Recuperado el 20 Abril 2012, de Base de datos Cochrane.
- Deyermond, A. D. (2001). *Historia de la literatura española*, vol. 1: La Edad Media, Barcelona: Ariel.
- Dickinson, J.E., Paech, M.J. & McDonald, S.J. (2003). Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(6), 463-8.
- Dick-Read, G. (1933). *Natural Childbirth*. London: Ed. Medical Books.
- Dick-Read, G. & Odent M. (2004). *Childbirth without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*. London: Ed. Pinter & Martin Ltd.

- Dong, X. & Simon, M. (2010). Health and aging in a chinese population: urban and rural disparities. *Geriatric Gerontology, 10* (1), 85-93.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos Naturales*. Madrid: Alianza.
- Eames, C. (2004). Midwives' role in preparing women for birth. *British Journal of midwifery, 12* (7), 447-50.
- El Parto es Nuestro (2016). ¿Por qué no programar una cesárea? Recuperado el 4 de Junio de 2016, de <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/por-que-no-programar-una-cesarea>
- El Parto es Nuestro (2016). La voz es nuestra. Recuperado el 6 Julio de 2016, de <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/la-voz-es-nuestra>
- Endler, N.S. & Magnusson, D. (1976). Personality and person by situation interaction. En Endler N.S. & Magnusson D. (Ed.), *International Psychology and Personality*. Washington D.C: Hemisphere Publ.
- Endler, N.S. & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: the S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of consulting and clinical psychology, 43*, 319-329.
- Engle, P., Scrimshaw, S., Zambrana, R. & Dunkel-Schetter, C. (1990). Prenatal and Postnatal Anxiety in Mexican women Giving Birth in Los Angeles. *Health Psychology, 9*(3), 285-299.
- Esteban, M.L. (1998). El cuidado de la imagen en los procesos vitales. Creatividad y miedo al descontrol. *Kobie, 8*, 27-54.
- Fabian, H.M., Radestad, I.J. & Waldenstrom, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education class during pregnancy. *Midwifery, 20* (3), 226-235
- FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Ed. Asociaciones de Matronas de España.

- Fernández-Abascal, E.G. & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Valdés, J. (2015). Relación entre Ansiedad Rasgo, Sensibilidad a la Ansiedad y Síntomas de ansiedad en Niños y Adolescentes. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Flink, I.K., Mroczek, M.Z., Sullivan, M.J., & Linton, S.J. (2009). Pain in childbirth and postpartum recovery: The role of catastrophizing. *Eur J Pain*, 13, 312–316.
- Florido, J., Cuenca, C. & Ramírez, A. (1981). Repercusiones obstétricas de la Educación Maternal. *Rev Esp Obstet Ginecol*, 40 (264), 412.
- Franco Grande, A., Álvarez Escudero, J. & Cortes Laiño, J. (2005). *La Historia de la anestesia en España. 1847-1940*. Madrid: Aran.
- Friedman, E.A. (1978). *Labor clinical evaluation and management*. New York: Appleton Century Erofots.
- Gagnon, A.J. (2003). Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 2. Oxford: Update Software.
- Gagnon, A.J. & Sandall, J. (2009). Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. La Biblioteca Cochrane Plus *The Cochrane Library*. Recuperado el 29 Septiembre 2016, de Base de datos Cochrane.
- García Martínez, M.J. & Claret-García Martínez, A.C. (1999). Fechas clave para la historia de las matronas. *Híades. Historia de la Enfermería. Aula Virtual: Historia de las matronas*. Recuperado el 13 Noviembre 2012, de <http://www.portalhiades.com/index.html>

- García Hernández, J.A. & Méndez-Bauer, C. (1993). Identificación del embarazo de alto riesgo. En E. Fabre (Coord.), *Manual de asistencia al embarazo normal*. (pp. 127-42). Zaragoza: Edelvives.
- Gedney, J.J., & Logan, H. (2006). Pain related recall predicts pain report. *Pain*, 121,69–76.
- Green, J. & Baston, H. (2003). Feeling in control during Labor: concepts, correlates and consequences. *Birth*, 30 (4), 235-47.
- Greenberg, J.J. & Burns, J.W. (2003). Pain anxiety among chronic pain patients: specific phobia or manifestation of anxiety sensitivity? *Behav Res Ther*. 41,223–240.
- Georgsson-Ohman, S., Grunewald, C. & Waldenstrom, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Science*, 17, 148-152.
- Gonzalez-Merlo, J., Laila Vicens, J. M., Fabre González, E. & González Bosquet, E. (2006). *Obstetricia*. Barcelona: Masson.
- Gutiérrez Fernández, R., & Álvarez González, Y. (2010). *Memoria de actividades del Sescam*. Toledo: Servicio de salud de Castilla La Mancha.
- Gutman, L. (2007). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: Ed. Nuevo Extremo.
- Hansen, D., Lou, H.C., & Olsen, J. (2000). Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet*, 356, 875-80.
- Hedeegar, M., Heriksen, T.B. & Sabroe, S. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ*, 307, 235-39.
- Heras Pérez, B., Gobernado Tejedor, J., Mora Cepeda, P. & Almaraz Gómez, A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54 (11), 575-80.

- Hernández Parra, T.G. & Nachón García, G. (2005). Conceptos básicos del embarazo prolongado: una revisión. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 5 (2), 21-27.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186 (5), 160-72.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2013). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *The Cochrane Library*, Número 1. Recuperado el 3 Marzo 2016, de Base de datos Cochrane.
- Hofmeyr, G.J., Chalmers, B., Wolman, W.L. & Nikodem, C. (1991). Companionship in labor: effect on the mother-infant relationship. En: Proceedings of the International Conference on Primary Care Obstetrics and Perinatal Health, Utrecht, the Netherlands.
- Howell, C.J. (2000). Epidural versus non epidural analgesia for pain relief in labour. *Cochrane data base Rev*, 2. C000331. Recuperado el 3 Marzo 2016, de Base de datos Cochrane.
- Hull, C.L. (1952). *A Behavior System*. New Haven: Yale University Press.
- Hurtado, F., Donat, F., Escrivá, P. & Poveda, C. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 66, 32-45.
- Imaz, E. (2010). Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación. (1ª ed). Madrid: Cátedra Ediciones.
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Encuesta de población activa*. Recuperado 5 Mayo 2016, de <http://www.ine.es/>.
- Jané Checa, M., Prats Coll, R., & Plasencia Taradach, A. (2009). *Educación maternal: preparación para el nacimiento*. (1a ed). Barcelona: Dirección General de Salud Publica de la Generalitat de Cataluña.

- Janni, W. Schiessl, B. & Peschers, U (2002). The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81(3), 214-21.
- Jokic-Begic, N., Zigic, L., & Nakic-Rados, N. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 35(1), 22–28
- Keogh, E. & Birkby, J. (1999). The effect of anxiety sensitivity and gender on the experience of pain. *Cogn Emot*, 13, 813–829
- Keogh, E. & Cochrane, M. (2002). Anxiety sensitivity, cognitive biases, and the experience of pain. *J Pain*, 3, 320–9.
- Keogh, E. Hamid, R. Hamid, S. & Ellery, D. (2004). Investigating the effect of anxiety sensitivity, gender, and negative interpretative bias on the perception of chest pain. *J Pain*, 111, 209–217.
- Kilpatrick, S.J. & Laros, R.K. (1989). Characteristics of normal labor. *Obstetric Gynecology*, 741, 85-7.
- Kitlinski M.L., Kallen K., Marsal K, & Olofsson P. (2003). Gestational age-dependent reference values for pH in umbilical cord arterial blood at term. *Obstet Gynecol*, 102, 338-45.
- Kjaergaard, H., Wijma, K., Dykes, A.K. & Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant psychology*, 26 (4), 340-50.
- Knibiehler, Y. (1997). Padres, patriarcado y paternidad. En: Tubert, S. (Ed). *Figuras del padre*. Madrid: Catedra.
- Kramer, M.S., Lydon, J., Seguin, L., Goulet, L., Kahn, S.R. Mcnamara, H., Genest, J., Dassa, C. et. al. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressor, psychological distress, and stress hormones. *Am. Journal epidemiology*, June, 169 (11), 1319-26.

- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lally, J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. & Thomson R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC medicine*, 6, 7.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En Sheleien J.M. (ed.), *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P.J. (1995). The emotion probe: studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.
- Lang, P.J. & Lazovik, A.D. (1963). The experimental desensitization of an animal phobia. *Journal of abnormal and social Psychology*, 66, 519-525.
- Lang, A.J., Sorrell, J.T., Rodgers, C.S., & Lebeck, M.M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *Eur J Pain*, 10, 263-70.
- Larkin, P., Begley, C. & Devane, D. (2009). Women experience of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25, 49-59.
- Larrañeta, A. (2013, 19 de Diciembre). La tasa de cesáreas en los hospitales públicos españoles aumenta un 9,5% en los últimos 10 años. *20 minutos*. Recuperado 4 de Junio 2016, de <http://www.20minutos.es/noticia/2010438/0/cesareas/suben/espana/>
- Lau, R. & Morse, C.A. (2008). Health and wellbeing of older people in anglo-australian and Itali-australian communities: a rural-urban comparison. *Australian Journal Rural Health*, 16 (1), 5-11.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing out-tlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lauzon, L. & Hodnett, E. (2009). Programa de valoración del trabajo de parto para demorar el ingreso en las salas de parto. *The Cochrane Library*. Recuperado el 3 Septiembre 2016, de Base de datos Cochrane.
- Lavender, T.J., Ebert, L. & Jones, D. (2016). An evaluation of perinatal mental health interventions: An integrative literature review. *Women and Birth*, Apr 21 (16), S1871-5192.
- Leanne, J., Mohammad, O., Therese, D., Zarko, A., Alfirevic, Z., Simon, G., Newburn, Mary., Jordan, S. *et al.* (2012). Tratamiento del dolor para mujeres en trabajo de parto, un resumen de revisiones sistemáticas. *The Cochrane Library*. Recuperado el 3 Agosto 2016, de Base de datos Cochrane.
- Lee, A.M., Lam, S.K., Mun Lau, S.M., Chong, C.S. & Chui, H.W. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 110 (5), 1102-12.
- Levy, R.I. (1973). *The Thaitians: Mind and experience in the Society Islands*. Chicago: University of Chicago Press.
- Littleton, H., Horsey, S., John, S. & Nelson D. (2007). Trauma coping strategies and Psychological distress. *J. Traumatic Stress*, 20 (6), 977-88.
- Littleton, L., Radecki, C. & Berenson, A.B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 196 (5), 424-32.

- Lothian, A.J. (2016). Preparation for labor and childbirth. *UptoDate*. Recuperado el 21 Septiembre 2016, de <http://www.uptodate.com/contents/preparation-for-labor-and-childbirth>
- Madruga, M., Prieto, J., Parraca, J.A., & Gusi, N. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud: población urbana y rural desde una perspectiva de género. *Journal os Aging & innovation*. 1(1), 5-13
- Maer, B. (2010). Women's worries about childbirth: making safe choices. *British Journal of midwifery*, 18 (5), 293-99.
- Manso Martínez, M.E. (2012). Relaciones entre personalidad, genero y salud en cuidadoras/es informales de zona rural, desde un modelo biopsicosocial. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Marc, I., Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E., Blanchet, C. & Dodin S. (2011). Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD007559. DOI: 10.1002/14651858.CD007559
- Marcellini, F. & Giuli, C. (2007). Aging in Italy: urban-rural differences. *Archives of Georontology and Geriatrics*, 44, 243-60.
- Martín Casado, A.M. (2011). Manejo de la segunda etapa del parto en mujeres primíparas con anestesia epidural: Pujos en II plano de Hodge versus actitud expectante hasta III plano. Repercusión en el bienestar fetal. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. Serie matronas, 3 (3), 75-96.
- Martín Casado, A.M. (2011). Ansiedad y maternidad: Identificación y discusión sobre los factores psicosociales asociados a ansiedad previa al parto. Trabajo Final de Máster. Universidad Complutense de Madrid.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification: an integrative approach. Nueva York: Plenum Press.

- Miguel Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa, síntesis conceptual. *Revista de Investigación en Psicología*, 9 (1), 123-46.
- Miguel Tobal, J.J. (1985). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (ISRA). Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Miguel Tobal, J.J. (1990). La Ansiedad. En J.L. Pinillos & J. Mayor (Coord.), *Tratado y Emoción*. Madrid: Alhambra.
- Miguel Tobal, J.J. (1995). Evaluación de la ansiedad y los trastornos de ansiedad. En A. Roa (ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de Salud*. Madrid: CEPE.
- Miguel Tobal, J.J. (1996). *La Ansiedad*. Madrid: Aguilar.
- Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. R. (1994). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 0,1-13.
- Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. R. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 1, 35-58.
- Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. R. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA-R)*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Miguel Tobal, J.J. & Casado, M.I. (1999). La ansiedad: aspectos básicos y de intervención. En E.G. Fernández-Abascal & F. P. Palmero (Coord.), *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Recuperado 5 Mayo 2015, de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2012). *Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el sistema nacional de salud*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Recuperado 5 Mayo 2015, de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Proyecto estandarización de cesáreas. Plan de calidad: Buenas prácticas en el sistema nacional de salud*. Recuperado 5 Septiembre 2016, de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2014/BBPP_AP_ySR_Madrid_3.pdf
- Mischel, W. (1968). *Persinality and assessment*. Nueva York: John Wiley.
- Moon, J.M., Smith, C.V. & Rayburn, W.F. (1990). Perinatal outcome after a prolonged second stage of labor. *J. Reprod Med* ,35(3),229-31.
- NICE, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2007). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. London: Clinical Guideline.
- NICE, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies*. London: Clinical Guideline.
- Northrup, C. (2014). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. Barcelona: Urano.
- Nummela, O. & Sulander T. (2007). Self-rated health and indicator of SES among the ageing in three types of communities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 39-37.
- Observatorio de resultados del Servicio madrileño de salud. (2015). *Tercer informe de hospitales 2012-2014*. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio madrileño de salud.

- Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ocañez, K. L., Kathryn McHugh, R. & Otto, M. W. (2010). A meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. *Depression and anxiety*, 27(8), 60-767.
- O'Connor, T., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of programming hypothesis. *Journal Child Psychol and Psychiatry*, Oct, 44 (7), 1025-36.
- Odent, M. (2007). La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad. Tenerife: Obstare.
- Oguzturk, O. (2008). Differences in quality of life in rural and urban population. *Clinical & Investigate medicine*, 31 (6), 346-50.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1985). Appropiat e technology for birth. *Lancet*, 2 (8452), 436-7.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Paris: Ed. de la Organización Mundial de La Salud.
- Oliveira Queiroz, M.V., Bessa Jorge, M.S., Feitas Marques, J., Mota Cavalcante, A. & Peixoto Moreira, K.A. (2007). Indicadores de qualidade da asistencia ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enfermeria*, 16 (3), 479-7.
- Ortiz Hidalgo, A. (2012). Atención y cuidados a la mujer en el parto normal. En Fuden (Ed.), *Aplicación de los cuidados obstétrico-ginecológico durante el parto y puerperio* (pp. 8-9). Madrid: Fuden Formación.
- Prados Atienza, J.M. (2002). La preocupación: teoría e intervención. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Prados Atienza, J.M. (2005) Pensamiento y emoción, el uso científico del término preocupación. *Ansiedad y estrés*. 11 (1), 37-48.

- Philip Rice, F. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Madrid: Pearson Educación.
- Pita Fernández, S. (2010). Determinación del tamaño muestral. *Cuadernos de atención primaria*, 3, 138-14. Recuperado el 23 de Febrero 2015, de <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>
- Petersen. J., Paulitsch, M., Guethlin, C., Gensichen, J. & Albrecht J. (2009). A survey on worries of pregnant women- testing the German version of the Cambridge Worry Scale. *BMC Public Health*, 9:490. Recuperado el 25 de Diciembre 2010, de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/490>.
- Peterson, R.A. y Reiss, R.J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Polit, D. F. & Hunglet, B. P. (1996). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Méjico DF: Interamericana Mc Graw Hill.
- Ramírez López, M.T. & Sánchez Galán, M.D. (2006). Manejo del expulsivo en mujeres con anestesia epidural: pujos demorados frente a pujos inmediatos. *Metas enfermería*, 9 (5), 28-33.
- Ramos Cejudo, J. (2011). El efecto del estrés y del rasgo de ansiedad en el procesamiento de la información amenazante: un estudio experimental basado en el sesgo atencional. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- RCOG (The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and National Collaborating Centre for women's and Children health). (2007). *Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth*. Clinical Guideline. London: RCOG Press.
- Recio Alcaide, A. (2015). La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, 18, 13-16.
- Redacción Médica. (2016). La estandarización de cesáreas en el Rey Juan Carlos, incluida en el catalogo de buenas prácticas. *Rev. Redacción Médica*.

Recuperado el 20 septiembre 2016:
<http://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/la-estandarizacion-de-cesareas-del-rey-juan-carlos-incluida-en-el-catalogo-de-buenas-practicas--77162>

- Redshaw, M., Martin, C., Rowe, R. & Hockley, C. (2009). The Oxford worries about Labour Scale: women's experience and measurement characteristic of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychology, Health and Medicine, 14* (3), 354-366
- Regina Rodrigues, A., Perez Lopez, J. & Brito de la Nuez, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología, 20* (1), 95-102.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review, 11*, 141-153.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy, 24*(1), 1-8.
- Reiss, S., Peterson, R. A. & Gursky, D. M. (1988). Anxiety sensitivity, injury sensitivity, and individual differences in fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 26*(4), 341-345.
- Reynolds, J. & Yudkin, P. (1987). Changes in the management of labour: Length and management of the second stage. *CMAJ, 136* (15), 1041-45.
- Rizzardo, R. Magni, G. & Andreoli, C. (1985). Psychosocial aspects during pregnancy and obstetrical complications. *J. Psychosom. Obstet. Gynecology, 4*: 11-22.
- Roberts, J. & Hason, L. (2007). Best practices in the second stage labor care: maternal bearing down and positioning. *American College of nurse- midwives, 52* (3), 238-244.

- Rodríguez Brito, C., Rubio Lorente, A., Fernández Martín, M., Pascual Pedreño, A. Bueno Pacheco, G & Mazhar, C. (2011). Adecuación a estándares clínicos de la indicación de las cesáreas urgentes y programadas. Congreso nacional de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Recuperado el 20 septiembre 2016, de http://www.sego.es/Content/pdf/CONGRESO_SEVILLA_2011/POSTER_S/2533.pdf
- Roesch, S. C., Dunkel, C., Woo, C. & Hobel, J. (2004). Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety, Stress, and Coping*, 17 (1), 87-102.
- Román Oliver, J., Espinaco Garrido, J. & Espinaco Garrido, F. (2007) Opinión de las mujeres sobre los cuidados del parto en hospitales públicos. *Hygia*, 67, 5-12.
- Ruiz Vélez-Frías, C. (2008). *Cartilla para aprender a dar a luz*. (2a ed.). Madrid: Talasa.
- Ruiz Vélez- Frías, C. (2010). *Parir sin miedo*. (2a ed.). Tenerife: Obstare.
- Ryding, E.L., Wijma, B., Wijma, K. & Rydhstrom H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.*, 77 (5), 542-547.
- Saavedra San-Román, A.I. (2013). *Relación entre género y salud en los profesionales de enfermería*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E. & Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*, 108 (5): 492-498.
- Saisto, T. & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth. A neglected dilemma. *Act. Obstetric Gynecology of Scandinavia*, 82 (3), 201-8.

- Salazar, M., Pacheco, J., Scanglia, L., Lama, J. & Munaylla, R. (1999). La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. *Ginecología y Obstetricia*, 45 (2), 124-30.
- Saleeby, C.W. (1907). *Worry: the disease of the age*. Nueva York: Stokes Company.
- San Martín, J. (2015). El proyecto estandarización de cesáreas del HURJC incluido en el catalogo de buenas prácticas. Revista Que. Recuperado el 20 de septiembre 2016, de <http://www.que.es/mostoles/201502100001-proyecto-estandarizacion-cesareas-hurjc-mostoles.html>
- Sandall, J. Soltani, H. Gates, S. Shennan, A. & Devane D. (2016). Atención por comadronas versus otros modelos de atención para las pacientes durante el parto. *La Biblioteca Cochrane Plus. The Cochrane Library*. Recuperado el 15 Agosto 2016, de Base de datos Cochrane.
- Sandín B., Chorot P. & McNally R.J. (1996). Validation of the Spanish version of the anxiety Sensitive Index (ASI) in a clinical sample. *Research and Therapy*. 34, 283-90.
- Sandín, B., Chorot, P. & McNally, R.J. (2001). Anxiety sensitivity index: normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 213-19.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. & Valiente, R.M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14, 333-39.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A. & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33.
- Sandín B., Valiente R., Chorot P., & Santed M.A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17 (3), 201-8.

- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P. & Lostao, L. (2007). Sensibilidad a la ansiedad versus rasgo de ansiedad en la predicción del nivel de miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(148), 140-55.
- Sandin, B., Chorot,P., Valiente, R.M. & Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (2), 107-122.
- Sánchez-López, M.P., Aparicio-García, M.E. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de salud: Diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 583-589.
- Sánchez-López, M.P., Dresch, V. & Cardenal, V. (2005). Relaciones entre salud física y psicológica en las mujeres de mediana edad. *Psicología*, XIX (1-2) ,107-136.
- Sánchez Montoya, J. & Palacios Alzaga, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático y su relación con el embarazo, parto y posparto. *Matronas profesión*, 8 (1), 12-19.
- Sasmor, J.L. (1982). *Educación para el parto*. Mèxico: Limusa.
- SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (2002). *Asistencia prenatal al embarazo normal*. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Recuperado el 26 de septiembre 2015, de <http://www.Prosego.es>
- SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (2003). *Inducción de parto*. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Recuperado el 3 de Agosto 2016, de <http://www.Prosego.es>
- SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (2008). *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Recuperado el 19 de Febrero 2015, de <http://www.Prosego.es>
- SEN (Sociedad Española de Neonatología) (2016). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas

después del nacimiento. Recuperado 25 de Noviembre 2016 de <http://www.se-neonatal.es/>

Servi, K. (2010). *Mitología griega*. Atenas: Metron S.A.

Sevillano, E. (2013, 24 de Marzo). Donde vives determina como pares. *El país*. Recuperado el 4 Julio 2016, de http://www.sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/23/actualidad/1364074110_159621.html

Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. En Scherer K.R & Ekman, P (ed.), *Approaches to emotion*. Hilldale, NJ: LEA.

Schimd, V. (2012). *El dolor en el parto*. Tenerife: Obstare

Shorter, E. (1997). *El nacimiento en la familia moderna*. Buenos Aires: Anesa.

Sng, B., Leong W., Zeng Y., Siddiqui F., Assam P.N., Lim Y., Chan, E.S. & Sia, A.T. (2014). Iniciación temprana versus tardía de la analgesia epidural. *The Cochrane Library*. Recuperado el 3 Agosto 2016, de Base de datos Cochrane.

Smith, C.A., Collins, C.T., Cyna, A.M. & Crowther CA. (2008). Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Recuperado el 8 Agosto 2016, de Base de datos Cochrane.

Smulders, B & Croon, M. (2009). *Parto seguro*. Barcelona: Medici.

Soares Madeira-Domínguez, R.M., Moreira dos Santos, E. & Leal, M.C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, 20 (1), S52-S62.

Socrates Aedo, M., Stefanía Paulov, D. & Francisca Clavero, C. (2010). Riesgo relativo y Odds ratio. ¿Qué son y cómo se interpretan? *Obstetricia y Ginecología, hosp. Santiago Oriente*, 5(1), 51-54.

- Spielberger, C.D. (1972). *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research*. Nueva York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. En Spielberger C.D. & Diaz-Guerrero R. (ed.), *Cross Cultural Anxiety*. Washington, D.C: Hemisphere.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionarie)*. Palo Alto: Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene R. E. (2002). *STAI Cuestionario de ansiedad estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spice, K., Jones, S.L., Hadjistavropoulos, H.D. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 30, 168–74.
- Staneva, A., Morawska, A., Bogossian, F. & Wittkowski, A. (2015). *Pregnancy-specific distress: the role of maternal sense of coherence and antenatal mothering orientations*. *Journal of Mental Health*, 1, Dec (11), 1-8.
- Stewart, S.H., Taylor, S. & Baker, J.M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 179-200.
- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. Nueva York: Random House.
- Taylor, S., Koch, W.J. y Crockett, D.J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 293-311.
- Teixeira, J.M., Fish, N.M., & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ*, Jan 16,318 (7177),153-7.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A. & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Mental Health prevention*. Volume 119, Issues 1-3, 142–148.
- Toledano González, P. (2012). Educación sanitaria de la gestante. Programas de educación para la maternidad y Profilaxis obstétrica. En Fuden (Ed),

Aplicación de los cuidados obstétrico-ginecológico durante el parto y puerperio (pp. 3-14). Madrid: Fuden Formación.

- Towler, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.
- Trujillo Hernández, B., Tene Pérez, C.E., & Río Silva, M. (2000). Factores de riesgo para una cesárea: un enfoque epidemiológico. *Ginecología y Obstetricia México*, 68(7), 306-11.
- Turner, V.W. (1998). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid: Taurus.
- Vaughan, D.A., Cleary, B.J. & Murphy, D.J. (2014). Delivery outcomes for nulliparous women at the extremes of maternal age. A cohort study. *BJOG*, 121(3), 252-4.
- Vedia Urgell, C. (2006). *Guía de fármacos en el embarazo y la lactancia*. (3a ed.) Madrid: Mayo Ediciones.
- Visauta Vinacua, B. (2002). *Análisis estadístico con SPSS para Windows*. Madrid: McGraw Hill.
- Weeks, W.B. & Kazis, L.E. (2004). Differences in health-related quality of life in rural and urban veterans. *Journal Public Health*, 94 (10), 1762-67.
- Wiley, J. (2015). Intervenciones de "debriefing" para la prevención del traumatismo psicológico en pacientes después del parto (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Art. No.: CD007194. DOI: 10.1002/14651858.CD007194
- Zebb, B.J., & Beck, J.G. (1998). Worry vs. anxiety: Is there really a difference? *Behavior Modification*, 22, 45-61.
- Zvolensky, M.J., Goodie, J.L., McNeil, D.W.(2001). Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behav Res Ther*, 39,683-96.

CAPÍTULO 13. ANEXOS.

- Modelo de consentimiento informado.
- Protocolo de recogida de datos.
- Encuesta tipo Likert sobre factores de preocupación previos al parto.
- Diseño del proyecto “Conoce a tus matronas”.
- Encuesta de validación del proyecto “Conoce a tus matronas”.
- Informe de la Comisión de Investigación de SESCAM.
- Informe del Comité Ético de investigación Clínica del Hospital Universitario de Guadalajara.
- Informe de validación de la Unidad Docente de Matronas de Toledo.
- Informe del Comité Ético de investigación Clínica. Acta número 02/13. Fundación Jiménez Díaz y Hospital Rey Juan Carlos.

13.1 Modelo de consentimiento informado.



ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES QUE CAUSAN PREOCUPACIÓN Y ANSIEDAD EN EL PARTO. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La naturaleza y finalidad de este estudio es conocer los factores que preocupan más a las mujeres sobre el proceso del parto, con el objetivo de mejorar la calidad de nuestra asistencia. Para ello se facilitará por parte de los profesionales un cuestionario que incluya todos los aspectos que consideramos importantes a valorar.

El estudio será realizado por los profesionales del paritorio del Hospital Rey Juan Carlos que seleccionarán las posibles mujeres participantes. Estas serán gestantes durante su último mes de embarazo.

En ningún momento la intervención conllevará perjuicio alguno ni para la mujer ni para el bebé, garantizando su seguridad en todo momento. Así mismo, toda mujer participante podrá retirarse del estudio en cualquier momento que considere oportuno.

Toda la información obtenida será tratada con estricta confidencialidad y anonimato, asegurando la ausencia de repercusión futura para la participante.

Le agradecemos su colaboración por la contribución a la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos, quedando a su disposición para cualquier duda o consulta.

Le saluda atentamente, el equipo asistencial de matronas del Hospital Rey Juan Carlos.

Acepto ser incluida en el estudio:

Firma y fecha.

13.2 Protocolo de recogida de datos.

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS TERCER TRIMESTRE EMBARAZO.

FORMULARIO I. DATOS MATERNOS		
Nº Historia:		
Edad:		
Nacionalidad:		
Tipo de actividad laboral: ¿En qué trabajas?		¿Estás en paro?
Situación familiar: /Casada/ Soltera/ Pareja de hecho/ Viuda/		
Fumadora. Si / No		Numero de cigarrillos/día:
Alergias.		
Grupo sanguíneo.		
¿Tienes más hijos?		
Tipo de partos anteriores: Parto normal/ Fórceps o ventosa/ cesárea		
Si cesárea: ¿Cuál fue el motivo?		
Peso al nacer de hijos anteriores:		
Sexo de hijos anteriores:		
Nivel de Satisfacción en partos anteriores: Satisfecha / Moderadamente satisfecha/ Insatisfecha		
Datos relevantes en el embarazo actual:		
Semanas de gestación actuales:		
¿Algún problema en este embarazo?: Amenaza de Aborto /Tensión arterial alta/ Diabetes/ Picor en piel /Infección orina/ otros:		
¿Has ido a las clases de preparación al parto?	SI	NO
Te quieres poner la epidural:	SI	NO
¿Has asistido a alguna charla informativa sobre la epidural?	SI	NO
FORMULARIO II.		DATOS MATERNOS
Tipo de parto.		
Semanas de gestación.		
Duración de la dilatación.		
Duración del expulsivo.		
Duración total en el servicio de partos.		
Presentación fetal.		
Tipo de alumbramiento.		
Epidural.		
Inducción de parto.		
Complicaciones.		
		DATOS FETALES
Test de Apgar.		
pH arterial de sangre de cordón.		
Tipo de REA		
Malformaciones.		
Sexo.		

13.3 Encuesta tipo Likert sobre factores de preocupación previos al parto.

Si piensas en el parto, ¿cuánta preocupación te produce?:

1=NINGUNA; 10= PREOCUPACIÓN EXTREMA

EI PROCESO DE PARTO: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

ACUDIR AL HOSPITAL A TIEMPO: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

NECESIDAD DE INDUCCIÓN (que mi parto tenga que ser provocado con medicación): 1—
2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

DOLOR: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

SENSACIÓN DE PÉRDIDA DE CONTROL: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

DURACIÓN DEL PARTO: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

APOYO RECIBIDO POR LOS PROFESIONALES: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

APOYO RECIBIDO POR MI PAREJA: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

LA SALUD DE MI BEBÉ (que no tenga ningún problema en el parto): 1—2—3—4—5—6—
7— 8 —9 —10

MI PROPIA SALUD (que yo no tenga ningún problema en el parto): 1—2—3—4—5—6—7—
8 —9 —10

QUE LOS PROFESIONALES ME DEN SUFICIENTE INFORMACIÓN A CERCA DE LA
EVOLUCIÓN DE MI PARTO (cómo va todo, si hay algún problema, etc.): 1—2—3—4—5—
6—7— 8 —9 —10

TÉCNICAS HOSPITALARIAS:

VÍA Y MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

ANALGESIA EPIDURAL: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

EPISIOTOMÍA: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

FORCEPS O VENTOSA: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

CESAREA: 1—2—3—4—5—6—7— 8 —9 —10

OTROS:

13.4 Diseño del proyecto “Conoce a tus matronas”.

Desde enero de 2013 el equipo multidisciplinar del paritorio del HRJC viene ofreciendo a las gestantes que desean dar a luz en nuestro hospital la visita guiada al área materno-infantil. Esta visita dura una hora y media aproximadamente, y es la matrona de consulta quien se encarga de desarrollarla. En ella también participan puntualmente el pediatra y el ginecólogo. En primer lugar, la visita comienza con una charla expositiva en el salón de actos donde se explican los principales protocolos de atención al parto en el HRJC y se reparte la documentación a la embarazada. Posteriormente se realiza un recorrido por el paritorio y la planta de hospitalización donde se muestran las instalaciones, equipos y alternativas para el parto.

Actualmente hay una media de 60 citas semanales para la visita que se reparten entre el miércoles y viernes. La visita está abierta a todas las gestantes de la comunidad de Madrid. Principalmente encontramos con dos tipos de perfiles de usuarias de la visita guiada. La embarazada seguida en el HRJC que se encuentra en los meses finales de gestación y viene citada desde consultas de obstetricia. Y las mujeres que están a principios de su gestación, no se están controlando el embarazo con nosotros, pero están buscando opciones diferentes dentro de la comunidad de Madrid en cuanto a su parto.

Es por ello que actualmente la visita cumple dos funciones principales. En primer lugar, mejorar la información tanto de protocolos como de instalaciones y medios que reciben nuestras gestantes del HRJC, y en segundo lugar, capacitación de gestantes de fuera del área que buscan una opción de parto respetado diferente al de su hospital de referencia.

PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA.

Sin embargo, aunque la visita está valorada positivamente por nuestras gestantes, la información que nos devuelven las mujeres es de *falta de proximidad con una charla tan expositiva y de carácter impersonal*. Refieren que en una hora y media no hay tiempo suficiente para dar a conocer a fondo la forma de trabajar de nuestro equipo y todas las opciones que ofrecemos. Tampoco hay cabida para que las gestantes y sus parejas planteen sus dudas e inquietudes en profundidad, lo cual hace el encuentro poco participativo.

Esta percepción fue confirmada por las conclusiones del “Grupo Focal 2015”. Tras la evaluación de los resultados del proyecto “Grupo Focal Obstetricia” se detectó que la visita tal como está planteada resulta escasa en tiempo y contenido y no permite el feedback directo con las gestantes que muestran claramente su deseo de comunicarse con los profesionales. Por ello el equipo de matronas propone a continuación el proyecto “Conoce a tus matronas del HURJC. Talleres y visita guiada”.

ESTRATEGIA PARA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Este proyecto queda justificado en la idea de que para la mujer embarazada actualmente tener la posibilidad de conocer directamente a las matronas que les van a atender el parto resulta una alternativa muy interesante. Necesidad que queda continuamente reflejada las redes sociales de maternidad. Por lo tanto esta iniciativa nace con el objetivo principal de acercar a las gestantes que desean conocer nuestro hospital, el proyecto y el espacio que tienen a su disposición para dar a luz.

Con esta iniciativa, matronas del HURJC pretendemos desarrollar una manera de atención novedosa y que esté proyecto constituya un reclamo directo para las embarazadas de fuera de nuestra área.

El proyecto se enmarca en nuestro concepto de unidad abierta, accesible y transparente cuyos profesionales desean entablar un diálogo cercano y directo con la población a la que atienden. Entendemos que para que se dé una verdadera comunicación entre gestantes y profesionales es necesario crear entornos donde ambas partes podamos entablar un dialogo y espacio de participación. Este espacio de encuentro no solamente será positivo para las mujeres que atendemos, ya que ellas podrán manifestar sus dudas y deseos en torno al parto a las profesionales que les vamos atender directamente. Sino que también pretendemos que esté proyecto constituya un reclamo directo hacia los servicios de atención al parto que ofrecemos.

OBJETIVOS.

- Aumentar el número de mujeres que eligen nuestro hospital para el control del embarazo, parto y postparto.
- Establecer un espacio de comunicación directa entre las embarazadas y los matronas que van a atender el parto.

- Mejorar la calidad de la atención personalizando nuestra asistencia.
- Mejorar la satisfacción de las mujeres a las que atendemos.

ACCIONES CONCRETAS

El presente proyecto se vertebra en cuatro sesiones-taller de 2h de duración cada una dentro de la prestación de la consulta de matrona actual:

I taller “Plan de parto HRJC. Tu decisión informada”

El contenido de esta sesión se basa en dar a conocer los protocolos de asistencia que aplicamos en nuestro hospital. Que buscan una atención del parto con la mínima intervención posible, respetando su fisiología.

II taller “Atención al parto en HRJC y herramientas para manejo del dolor. Estamos a tu lado”.

Nuestro paritorio está dotado con diferentes herramientas para el manejo del dolor que se suman a los recursos innatos que cada mujer tiene para afrontar su parto. La bañera de partos, el óxido nítrico, la esferoterapia y la posibilidad de deambulación junto con el acompañamiento de matronas entrenadas e implicadas en el uso de terapias alternativas a la epidural, será un apoyo para las mujeres que decidan hacer uso de las mismas. En esta sesión informaremos de todas estas opciones y de los protocolos que las guían.

III taller “Lactancia guiada por el bebé. Tu hospital amigo de los niños”.

Nuestro hospital está profundamente comprometido con la promoción de la lactancia materna. Contamos con profesionales formados en lactancia materna en los distintos niveles de atención y consulta específica de lactancia llevada por matronas consultoras certificadas (IBCLC). En esta sesión tendremos la posibilidad de compartir con las gestantes nuestra forma de entender y atender la L.M. Las mujeres podrán transmitirnos sus dudas, inquietudes, necesidades y sugerencias en este campo.

Además este taller podría quedar abierto a invitación de matronas de primaria del área del HURJC. Con el fin de establecer sinergias, visibilidad profesional y mejoras en la continuidad del cuidado.

IV taller “Circuito de ingreso y visita guiada a las instalaciones”

Para las mujeres, conocer previamente el espacio donde tendrá lugar su parto y la posterior estancia hospitalaria permite familiarizarse con él y redundar en una mayor sensación de confianza y tranquilidad por parte de la gestante y su pareja. En esta sesión les mostraremos los distintos servicios por los que pasarán durante su ingreso hospitalario: urgencias obstétricas, paritorio y maternidad.

RECURSOS NECESARIOS.

Para el desarrollo del proyecto se plantean dos requisitos:

R.R.H.H: Aumento del contrato de la matrona de consulta al 100% de jornada. Actualmente la matrona de consulta realiza una cobertura del 80%

La matrona de consulta tendría que tener una cobertura de 152h mensuales, 38h semanales. Es decir, el 100% de la jornada.

Recursos materiales: Espacio con mesas, capacidad para 15 personas.

CRONOGRAMA:

Los talleres se desarrollarán semanalmente los miércoles. Y tendrán una duración de 2h 30 minutos. Se ofrecerán como prestación dentro del control y seguimiento del embarazo del HURJC y comenzarán a partir de la 28 semana de gestación.

El taller IV se repetirá semanalmente debido a su intención de limitar el aforo para que la visita a nuestras instalaciones pueda ser personalizada.

El resto de talleres se desarrollarán semanalmente el miércoles por la tarde. Cada semana tendrá una temática diferente:

- I taller “Plan de parto HRJC. Tu decisión informada”.
- II taller “Atención al parto en HRJC y herramientas para manejo del dolor. Estamos a tu lado”.
- III taller “Lactancia guiada por el bebé. Tu hospital amigo de los niños”.




Fecha presentación a Gerencia del Hospital Rey Juan Carlos: 15 Enero 2016.

Fecha de inicio del proyecto: 1 de Marzo 2016

13.5 Encuesta de validación y evaluación proyecto: Conoce a tus Matronas 2016.

1. ¿Crees que el haber conocido a las matronas que te van a atender tu parto te ayudará a sentirte mejora, más confiada y tranquila ese día? SI-----NO
2. ¿Crees que el haber conocido el espacio y la infraestructura donde se va a desarrollar tu parto te ayudará a sentirte más cómoda y confiada ese día? SI-----NO
3. Te ha resultado útil el proyecto: conoce a tus matronas. Que incluye talleres, sesiones y redes sociales. SI-----NO
4. El haber conocido a tus matronas te ha servido para tomar la decisión de parir en este hospital. SI-----NO
5. Una vez conocido el personal sanitario, crees que vas a recibir un trato adecuado durante el parto. SI-----NO
6. Recomendarías a otras amigas o familiares este programa para que puedan venir a conocer al hospital y su personal. SI-----NO
7. Crees que la duración de este programa ha sido adecuada a tus expectativas. SI-----NO
8. Crees que este programa debería generalizarse a otros hospitales. SI-----NO
9. Indícanos del 1 al 10 que es lo que más te ayudo a decirte para elegir esté hospital:
 - Las instalaciones. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 - El personal sanitario. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 - Los protocolos. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 - Las opiniones en redes sociales. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 - Opiniones boca-boca. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
10. Tienes más hijos, ¿En embarazos anteriores has acudido a preparación al parto? SI-----NO
11. Utilizas internet y redes sociales para buscar información sobre paritorios de Madrid. SI-----NO
12. Conoces nuestro sitio web en Facebook: matronas HRJC SI-----NO
13. Conoces el blog de embarazo: www.historiasdeunabarriga.es SI-----NO

13.6 Informe de la Comisión de Investigación de SESCAM.

 <p>Hospital Universitario Guadalajara C/Donante de sangre s/n, 19002. Tfno. 949 209 200 www.hugu.es · hospital.guadalajara@sescam.jccm.es</p>	 <p>sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha</p>
<p>La Comisión de Investigación del Hospital Universitario de Guadalajara ha recibido para su valoración el proyecto de investigación titulado “Ansiedad y maternidad: Identificación y discusión sobre los factores psicosociales asociados a ansiedad previa al parto”, dirigido por la Ana María Martín Casado matrona del Hospital Universitario de Guadalajara.</p>	
<p>La Comisión de Investigación determina que el proyecto es viable y se ajusta a los objetivos marcados por la convocatoria de la FISCAM. Por ello, considera y entiende como oportuna la realización del mismo.</p>	
<p>En consecuencia, dado que el proyecto es metodológicamente correcto y nuestro Hospital cuenta con los medios técnicos y humanos necesarios para desarrollar el Plan de Trabajo, se emite este informe como FAVORABLE y se destaca como muy oportuna la realización del mismo.</p>	
<p>Guadalajara, 7 de septiembre de 2011</p>	
<p>Fdo.:  Presidente de la Comisión de Investigación</p>	

13.7 Informe del Comité Ético de investigación Clínica del Hospital Universitario de Guadalajara.

INFORME DEL COMITÉ ETICO DE INVESTIGACION CLINICA

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Guadalajara ha recibido para su valoración el proyecto de investigación titulado: **ANSIEDAD Y MATERNIDAD: IDENTIFICACIÓN Y DISCUSIÓN SOBRE LOS FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A ANSIEDAD PREVIA AL PARTO.**
Investigadora Principal: Dra. Ana M^a Martín Casado.

El Comité Ético de Investigación Clínica ha valorado las aclaraciones presentadas en su sesión del 26 de Abril de 2011 y ha decidido:

Que, caso de llevarse a cabo, se ajusta a las normas éticas esenciales, así como a los procedimientos éticos vigente en nuestro Hospital .

Sugerencias: El tamaño muestral parece pequeño para obtener significación estadística, al estratificar la muestra en mujeres primiparas, con 1 parto previo, con 2, etc.

Guadalajara a, 29 de Abril de 2011.



COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA

Fdo. Dr. José Antonio Piqueras
EL SECRETARIO DEL COMITÉ ÉTICO
DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

13.8 Informe de validación de la Unidad Docente de Matronas de Toledo.

SESCAM COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD
Avda. de Barber, 30. 45004 Toledo. Tfno. 925 269200

Toledo, 15 de febrero de 2011

Gerencia Complejo Hospitalario Toledo.

Hospital Universitario
C/Donante de Sangre S/N,
19002 GUADALAJARA

A la atención del Comité de Investigación del Hospital de Guadalajara.


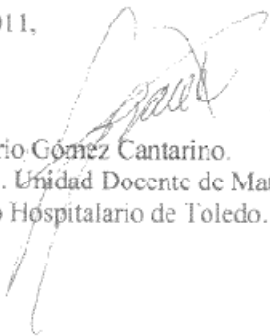
Estimados miembros del Comité de Investigación:

Como Jefe de Estudios de la Unidad Docente de Matronas de Toledo y habiendo recibido por parte de Ana M^a Martín Casado la petición de la evaluación de la metodología del Proyecto de Investigación Clínica titulado *Ansiedad y maternidad: Identificación y discusión sobre los factores psicosociales asociados a ansiedad previa al parto*, firmo el presente documento para acreditar que dicha petición fue aceptada y por lo tanto el *proyecto ha sido evaluado por varios miembros de la Unidad Docente quedando confirmada la validez metodológica del mismo*.



Dicha evaluación se realizó durante el mes de enero del 2011, por el grupo de matronas del campo de la obstetricia y la investigación de la Unidad Docente del complejo Hospitalario de Toledo. Este comité de investigación está compuesto por profesionales tanto del Medio Hospitalario como de Atención Primaria de Toledo del Área nº 1, que colaboran como docentes y tutoras en el área de investigación en la Unidad Docente de Matronas.



El grupo ha valorado positivamente la adaptación a la población gestante las distintas escalas y sus ítems correspondientes presentados en el proyecto. Analizando el grado de relevancia de cada ítem para cumplir los objetivos del proyecto, el grado de comprensión a la hora de plantear las preguntas y la validez metodológica de éstas para aplicarlas a la población gestante.

En Toledo a 09 de febrero de 2011,

 
Sagrario Gómez Cantarino.
Jefe de Estudios. Unidad Docente de Matronas.
Complejo Hospitalario de Toledo.

13.9 Informe del Comité Ético de investigación Clínica. Acta número 02/13.
Fundación Jiménez Díaz y Hospital Rey Juan Carlos.

	
COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACION CLINICA DE LA FUNDACION JIMENEZ DIAZ-UTE	
ACTA NÚMERO: 02/13	
Asistentes:	
Dr. Javier Bécáres Martínez (<i>Secretario</i>) Dra. Macarena Bonilla Porras (<i>Vicepresidenta</i>) Dr. Emilio Calvo Crespo (<i>Presidente</i>) Dña. Teresa Castillo Sánchez Dra. Isabel Egocheaga Cabello Dr. Ricardo Fernández Robias Dr. Yann Izarzugaza Peron Dr. Alberto Lendinez Fomis D. José Ángel Martínez Peláez D. Manuel Matamoros Fernández Dra. Dolores Martínez Pérez D. Luis Ortega Alba Dr. Mauro Javier Oruezabal Moreno Dra. María Rosaric Noguero Meseguer Dr. Germán Peccs Barba Dra. Olga Sánchez Pernaute Dra. Aranzazu Saracho López	
Excusan su asistencia:	
Dra. M ^a José Almodóvar Carretón ⁽¹⁾ Dra. Carmen Ayuso García Dra. Miriam Blanco Rodríguez (baja maternal) Dr. Francisco Javier Ruiz Hornillos ⁽²⁾	
⁽¹⁾ Envía informe sobre el nuevo EO 03/2013. ⁽²⁾ Envía informe sobre el nuevo PIC 02/2013-HIE	
Reunidos en la Sala de Juntas de Dirección Médica (Entrepanta) los miembros del Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación Jiménez Díaz citados anteriormente, a las 13:30 horas del día 29 de febrero de 2013 pasan a tratar el Orden del Día para el que previamente habían sido citados.	
1. LECTURA Y APROBACIÓN, SI PROCEDE, DEL ACTA DE LA REUNIÓN ANTERIOR.	
Abierta la sesión, se decide aprobar el Acta nº 01/13, quedando pendiente de firma las Actas nº 10/12 y nº 11/12, que se posponen para la próxima reunión.	
1/14	

 <p>Capio</p>	 <p>Fundación Jiménez Díaz Hospital Rey Juan Carlos Servicio de Radiología C/ Galdakao, s/n. - 28933 MÓSTOLES Telf.: 91 481 52 25</p>
<p>Comité Ético de Investigación Clínica</p>	
<p>Investigador principal: Dra. Iris González Pallarés Servicio: Microbiología Evaluadores: Dres. R. Fdez. Roblas y G. Peces Barba Fecha de presentación: 5 de febrero de 2013 Fecha de evaluación: 26 de febrero de 2013 Fecha de aprobación: 26 de febrero de 2013</p>	
<p>Decisión: Examinado el Consentimiento de referencia, el Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación Jiménez Díaz informa favorablemente.</p>	
<p>- Nº de Registro: EO 10/2013 (Sólo Evaluadores) Título: "Pacientes que abandonan el servicio de Urgencias antes de ser vistos por un médico. Un estudio retrospectivo" Investigador principal: Dr. José Azofra García Servicio: Medicina Interna Evaluadores: Dra. M. Bonilla y Dña. T. Castillo Fecha de presentación: 5 de febrero de 2013 Fecha de evaluación: 26 de febrero de 2013 Fecha de aprobación: 26 de febrero de 2013</p>	
<p>Decisión: Examinado el Consentimiento de referencia, el Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación Jiménez Díaz informa favorablemente.</p>	
<p>- Falta mencionar protección datos y confidencialidad</p>	
<p>Una vez se reciban las respuestas y éstas sean evaluadas y aprobadas por un Subcomité, se emitirá el informe favorable, no siendo necesaria su evaluación en sesión plenaria del CEIC.</p>	
<p>- Nº de Registro: EO 11/2013-HRJC (Evaluadores y resto de miembros -tiene HIP- está incluida en el protocolo) Título: "Ansiedad y maternidad. Identificación y discusión sobre los factores psicosociales asociados a ansiedad previa al parto" Investigador principal: Dña. Ana Mª Martín Casado (Matrona HRJC) Servicio: Ginecología Evaluadores: Dr. M.R. Noguero y Dña. Teresa Castillo Fecha de presentación: 5 de febrero de 2013 Fecha de evaluación: 26 de febrero de 2013 Fecha de aprobación: 26 de febrero de 2013 Decisión: Examinado el Consentimiento de referencia, el Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación Jiménez Díaz informa favorablemente.</p>	
<p>- Nº de Registro: EO 12/2013 (Evaluadores y resto de miembros - tiene HIP-) Título: "Calidad de imagen y dosis de radiación en coronariografía y aortografiatoraco-abdominal con tomografía de alta velocidad". Investigador principal: Dra. Angeles Franco Servicio: Radiología Evaluadores: Dres. M. Bonilla y A. Sancho (enviará comentarios para Acta) Fecha de presentación: 5 de febrero de 2013 Fecha de evaluación: 26 de febrero de 2013 Fecha de aprobación: 26 de febrero de 2013</p>	