

CONCOMITANTES PSICOLOGICOS DEL PUERPERIO INMEDIATO: LA HOSPITALIZACION POST-PARTO

V. Pelechano

M.P. Matud

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Tenerife)

RESUMEN

El presente trabajo es un análisis descriptivo de las percepciones de un grupo de mujeres que han sido madres muy recientemente (entre 24 y 48 horas tras el parto), período en el cual las mujeres están hospitalizadas como consecuencia de éste y otro grupo de mujeres que no ha sido madre recientemente. La muestra total está formada 227 mujeres, 127 hospitalizadas tras el parto y un grupo control de 100 mujeres que no estaban embarazadas ni habían sido madres en al menos un año antes.

Los resultados principales muestran que las mujeres hospitalizadas tras el parto declaran (i) más connotaciones positivas asociadas al nacimiento de un hijo, mayor agrado por los niños y el rol materno, considerando que el nacimiento del hijo impactará menos en su vida de pareja, social, laboral, sexualidad y economía; (ii) mayor sintomatología somática, más miedos acerca de la salud del hijo y mayor búsqueda de contacto social; (iii) menor papel del varón en el embarazo, parto y primeros meses de crianza; (iv) consideración del parto como un fenómeno esencialmente biológico-instintivo, aversivo y con componentes evitativos.

Palabras Clave: parto, puerperio, hospitalización.

SUMMARY

The present study is a descriptive analysis whose main goals are the evaluation of the perceptions of women in postnatal hospitalization. The total sample was formed by 227 adult women, 127 in situation of postnatal hospitalization and a control group of 100 women who neither were nor have been recently pregnant.

Main results show that women in post-partum situation obtained in front of the control group (i) more positive connotations for partum and childbirth, higher satisfaction with child rearing and the maternal role and motherhood had less impact in the couple relationship, as well as in social activity, sexuality, work and economics; (ii) higher somatic symptomatology, higher fears about child rearing, higher search for social contacts; (iii) lesser role attributed to male in the pregnancy, childbirth and the lactation periods; (iv) higher perceptions of aversion to partum, which is perceived as essentially biological and instinctive.

Key Words: *childbirth, post-partum, hospitalization.*

INTRODUCCION

Uno de los acontecimientos vitales que implica más cambios para la mujer es el nacimiento de un hijo, asociándose el embarazo, parto y lactancia del hijo con cambios importantes a nivel psicológico, fisiológico, anatómico, bioquímico y endocrino (Steiner, 1979).

Durante el parto, y los primeros días tras éste, la fisiología materna experimenta una serie de cambios, entre los que destacan las variaciones hormonales, descendiendo de forma muy brusca los niveles de estrógenos y progesterona, y el aumento de los niveles de prolactina; el útero vuelve a su tamaño normal durante las cuatro o cinco semanas tras el parto, pasadas las cuales el endometrio tiene epitelio y está listo para un nuevo ciclo (Guyton, 1963). Estos cambios fisiológicos tan amplios van acompañados de fenómenos como pérdida de sangre y molestias físicas, así como de una serie de modificaciones del aspecto externo que suponen para la mujer un gran esfuerzo de adaptación, en un intento de recuperación de su aspecto físico anterior. Junto a estas modificaciones físicas se dan otras sociales, entre las que destaca de forma especial las relaciones familiares y las relaciones de pareja.

Respecto a los concomitantes psicológicos de este período, existe bibliografía múltiple y muy dispar, la mayor parte de la cual se centra alrededor de la

sintomatología depresiva, sintomatología atribuida a las variaciones hormonales, pero cuya evidencia empírica como síndrome asociado de forma específica al postparto, es muy escasa (Pelechano y Matud, 1990). Otra serie de síntomas que parecen estar relacionados con este período son insomnio (Cox y cols., 1982; Jarrahi-Zadeh y cols., 1969), cambios de humor (Cox y cols., 1983, Jarrahi-Zadeh y cols., 1969; Kendell y cols., 1981), ansiedad (Cox y cols., 1983, Jarrahi-Zadeh y cols., 1969), miedos, (Cox y cols., 1983, Kendell y cols., 1981), inquietud y confusión (Jarrahi-Zadeh y cols., 1969), disminución del nivel de irritabilidad (Cox y cols., 1983, Kendell y cols., 1981), existiendo un notable desacuerdo en los resultados obtenidos entre diferentes autores. El alumbramiento es una vivencia emocional muy compleja, y su experiencia tiene gran importancia (tanto en el mismo momento de la vivencia como posteriormente) para los seres que intervienen en ella (Macfarlane, 1978), sin que se haya estudiado en profundidad sus concomitantes psicológicos.

Los trabajos publicados no han dado resultados coherentes, entre otras cosas por la carencia de instrumentación adecuada, incidentalidad y sesgos muestrales, heterogeneidad en la instrumentación así como en el procedimiento de pase de pruebas, excesiva carga teórica que ha llevado a convertir el trabajo empírico en ilustración de aprioris teóricos y, para no alargar más esta enumeración, carencia de una metodología de análisis multivariada.

En cuanto a la política sanitaria en el área de la maternidad se basa en la hospitalización de la mujer cuando el parto está muy próximo, permaneciendo hospitalizada (si el parto ha sido eutócico y no ha habido complicaciones durante el puerperio) dos o tres días. Las características más sobresalientes de la forma de dar a luz a un hijo en las últimas décadas se caracterizan por la hospitalización de la mujer y la sofisticación creciente de la práctica obstétrica, produciéndose un gran incremento en el uso de técnicas de inducción y aceleración del parto, uso de drogas, fórceps y cesáreas, política a la que se le ha atribuido la reducción de la mortalidad materna y perinatal, pero que no se ha desarrollado teniendo en cuenta la problemática y necesidades psicológicas de la mujer y cuyos resultados positivos a medio y largo plazo han sido cuestionados en los últimos años y de forma reiterada. Respecto a la influencia de la hospitalización y la intervención en el parto, se ha sugerido la posibilidad de que se le atribuya a la mujer un papel pasivo y dependiente, disminuyendo la percepción de control, no estando todavía totalmente claro la contribución activa que la mujer puede hacer al parto (Zajicek, 1981). Si bien parece darse relación entre una serie de características físicas de la mujer (tales como la edad o la paridad y el estado físico de la mujer durante el embarazo) y la calidad del parto, no parece estar claro el impacto que sobre el parto tienen otra serie de variables no físicas, tales como las actitudes hacia la maternidad, la preparación para la maternidad y el parto y otra serie de características psicológicas de la mujer.

Respecto a estudios con muestras españolas, son escasos. Pelechano (1981) estudió las percepciones de 144 mujeres hospitalizadas tras el parto, encontrando una serie de percepciones comunes (fundamentalmente relacionadas con la búsqueda del contacto social y rechazo de las compañeras) con otras pacientes hospitalizadas por problemas orgánicos, a lo que denominó "efecto hospitalización". En cuanto a la influencia del parto y el lugar de control, Pelechano y Matud (1990), encontraron que las mujeres hospitalizadas tras el parto declaraban mayor percepción de control externo en las relaciones sociales y con componentes depresivos y situacionistas, atribuyendo mayor papel a la suerte situacional, pero percibiendo un mayor control interno de responsabilidad decisional y previsión de consecuencias que un grupo de mujeres que no habían sido madres recientemente y que tampoco estaban hospitalizadas.

Estos datos sugieren la conveniencia de llevar a cabo estudios que aporten datos acerca del impacto inmediato y mediato que posee el parto sobre la mujer, los efectos positivos y negativos que la política de hospitalización lleva consigo y las actitudes y motivaciones y expectativas que se encuentran presentes en la mujer que acaba de ser madre. Dentro de este sentir general se inscribe el presente trabajo y con ánimo de ir presentando datos psicológicos diferenciales comprometidos con el fenómeno de la maternidad.

DISEÑO, MUESTRA E INSTRUMENTOS

Muestra

Participaron 227 mujeres en edad de procrear, que se adscriben a uno de dos grupos:

a) *Grupo experimental*. Formado por 127 mujeres que estaban hospitalizadas, en un intervalo temporal entre 24 y 72 horas tras el parto.

b) *Grupo control*. Formado por 100 mujeres no gestantes que no habían sido madres en al menos 12 meses antes, cuya edad, número de hijos, y características socioculturales y obstétricas no se diferenciaban significativamente del grupo denominado "experimental".

Las mujeres tenían edades comprendidas entre 16 y 42 años, con una edad media de 27 años y una desviación típica de 5.34. Más del 50% tienen edades comprendidas entre 20 y 29 años, aproximadamente la tercera parte tienen 30 o más años, y menos del 10% tienen edades inferiores a 20 años. El 40% tiene un nivel educativo máximo de graduado escolar, y el resto tiene un nivel educativo medio (31%); el 29% ha finalizado estudios universitarios. Respecto a la profesión, los porcentajes se distribuyen de forma bastante aproximada en las 3 categorizaciones que realizamos: amas

de casa, mujeres con trabajo cualificado, y mujeres sin trabajo cualificado. Respecto al estado civil aproximadamente el 90% eran casadas, y el resto solteras o separadas.

Instrumentos

Se utilizan una serie de pruebas elaboradas por Pelechano (1981), Roldan (1987) y Matud (1990) para la exploración de factores que parecen ser relevantes en la psicología del nacimiento, y evalúan un total de 60 factores empíricos, explorando las siguientes áreas: actitudes hacia los niños y el hecho de ser madre (12 factores que evalúan las percepciones y/o creencias acerca de la influencia de la maternidad en la salud, relaciones sociales, de pareja, y profesión de la mujer, así como el agrado por las interacciones con niños); actitudes ante el rol materno (2 factores, uno relacionado con las tareas de crianza del bebé y otro con las actividades laborales fuera del hogar); estrés en el cuidado del hijo (3 factores que exploran las expectativas de problemas en la salud de la mujer como consecuencia del nacimiento del hijo, miedos a la pérdida de salud del hijo y miedos a estar separada físicamente de su hijo); expectativas de impacto futuro como consecuencia del nacimiento de un hijo a nivel familiar, laboral, social, sexual, económico y de rutina doméstica; percepción del parto y nacimiento del hijo como fenómeno comportamental (17 factores que exploran las concepciones de la mujer respecto al fenómeno del parto, tanto en sus aspectos aversivos (temores e inquietudes) como las connotaciones positivas, así como la medida en que lo percibe como un suceso controlable); papel atribuido al varón durante la gestación, parto y primeros meses de crianza del hijo (7 factores); contacto social (5 factores que exploran la búsqueda y el rechazo de contacto social, así como la nostalgia por el pasado) y sintomatología somática, con 8 factores que evalúan la existencia de síntomas tales como náuseas, vómitos, algias, alteraciones neurovegetativas etc. Junto a ello se utilizó una hoja de recogida de datos de identificación general y datos socioeconómicos. Además se recogieron directamente de la historia clínica hospitalaria los datos más relevantes acerca del desarrollo del parto y puerperio, así como del recién nacido.

Procedimiento

La participación fué voluntaria. La cumplimentación de las pruebas fué realizada en entrevistas individuales, siguiendo la técnica de entrevista estructurada, y en las mismas habitaciones en que estaban hospitalizadas las mujeres (en el caso del grupo experimental). Las mujeres del grupo control cumplimentaron la

entrevista en su propio hogar. El 72% de las mujeres entrevistadas estaban hospitalizadas en el hospital del Insalud de Santa Cruz de Tenerife, el 22% en el Hospital Universitario y el 6% en diversas clínicas privadas. La duración del pase de pruebas fué aproximadamente tres horas por persona, y se realizaba en dos sesiones que tenían lugar según los deseos de la entrevistada. Con el fin de conocer las diferencias con respecto al embarazo, se entrevistaron a todas las mujeres durante la gestación (entre 4 meses y medio y ocho meses de edad gestacional), realizándose entrevistas de forma paralela a las mujeres que forman el grupo control. El intervalo temporal entre los dos pases de pruebas oscilaba entre 1 y 4 meses y medio para ambos grupos. Respecto a la obtención de datos de la historia clínica hospitalaria, se realizó al final del estudio, consultando la historia en el Servicio de Archivos del hospital.

RESULTADOS

1. Características más relevantes del parto y recién nacido

En el cuadro *número 1* se muestran los datos más relevantes del parto. Únicamente pudieron obtenerse este tipo de datos de aproximadamente la mitad de las mujeres que forman la muestra. La causa de ello fué que sólo se consiguió el acceso a las historias clínicas en el hospital del Insalud, y además no fué posible el localizar todas las historias en el archivo. Además, en algunos casos no se pudieron obtener todos los datos, razón por la cual el número de personas es diferente en algunas variables.

Respecto al tipo de parto, según los datos del cuadro lo más frecuente fué el parto eutócico (83%), a 6 mujeres se les realizó una intervención de cesárea, y 5 mujeres dieron a luz a sus hijos mediante fórceps o ventosa; posiblemente, con la inclusión de todos los casos los porcentajes correspondientes a alteraciones en el parto disminuya a la mitad. Respecto a la medicación administrada durante el parto, únicamente se anestesió a las mujeres cuyo parto no fué eutócico. Respecto al puerperio inmediato, el 91.9% de las mujeres no tuvo complicaciones, una tuvo hemorragia grave, 2 tuvieron que ser intervenidas quirúrgicamente y 2 tuvieron otro tipo de alteraciones durante el puerperio. Respecto a la necesidad de tratamiento médico tras el parto, el 90% no lo precisaron, mientras que al 10% se le administró algún tipo de medicación.

En cuanto a la estancia en el hospital, osciló entre 2 y 17 días, permaneciendo hospitalizadas más de 5 días únicamente el 14% de las mujeres. El 45.3% permaneció hospitalizada durante tres días, cifra que refleja la práctica habitual del hospital en que se recogieron los datos.

CUADRO NUMERO 1.- DATOS DESCRIPTIVOS DEL PARTO Y DEL RECIEN NACIDO

A) DATOS DE LA MUJER

	N	%		N	MIN.	MAX.	MODA	MEDIA	MEDIANA
1. TIPO DE PARTO:			4. TIEMPO DE DILATAACION (HORAS)	53	1.00	14.0	3.0	4.15	3.33
Eutócico.....	51	82.3							
Cesárea.....	6	9.7							
Otros.....	5	8.1							
2. MEDICACION DURANTE EL PARTO			5. TIEMPO DE EXPULSIVO (MINUTOS)	55	1.00	20.0	5.0	7.94	5.02
Sin anestésicos									
y/o analgésicos.....	51	82.3	6. DIAS DE HOSPITALIZACION	62	2	17	3	4.19	3.39
Anestésicos.....	9	14.5							
Analgésicos.....	2	3.2							
3. ALTERACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO									
Sin alteraciones.....	57	91.9							
Hemorragia.....	1	1.6							
Interv. quirúrgicas..	2	3.2							
Otras.....	2	3.2							

B) DATOS DEL RECIEN NACIDO (N = 62)

	MIN.	MAX.	MODA	MEDIA	MEDIANA		N	%
1. PESO AL NACER (Gramos)	2450	4200	3250	3290	3255	4. ESTADO GENERAL DEL NIÑO AL NACER		
						Satisfactorio.....	53	85.5
						Presencia de alteraciones ...	9	14.5
2. TEST DE APGAR 4.0 (Primer minuto)	10.0	9.00	8.66	8.89		5. NECESIDAD DE TRATAMIENTO MEDICO		
						No precisó tratamiento.....	58	93.5
3. TEST DE APGAR 8.0 (Segundo minuto)	10.0	10.0	9.79	9.94		Sí precisó tratamiento.....	4	6.5

NOTA: N = Número de personas que forman la muestra.

Respecto al tiempo de desarrollo del parto en sí mismo, el primer tiempo del parto o período de dilatación del cuello del útero osciló entre 1 y 14 horas, con una duración media de 4.15 horas, una desviación típica de 2.60 y una mediana de 3.33. La duración más frecuente fué de 3 horas. Respecto al segundo tiempo del parto o período de expulsión (período de tiempo que transcurre desde la dilatación total del cuello uterino hasta la expulsión del feto) osciló entre 1 minuto y 20 minutos, siendo lo más frecuente 5 minutos. El tiempo expulsivo medio fué de 7.94 minutos y la desviación típica de 6.33 minutos.

Respecto al estado general del niño al nacer, fué satisfactorio en el 85.5% de los casos, presentando alteraciones, que en ningún caso fueron graves, en el 14.5% de los casos, precisando únicamente tratamiento médico 4 de los niños (el 6.5%). Respecto al peso, únicamente uno de los niños tuvo un peso inferior a los 2500 gramos, y el test de Apgar (que es un índice de 0 a 10 puntos que indica una serie de parámetros respecto al estado del niño al nacer), únicamente en 6 niños fué inferior a 8 en el primer minuto, siendo de 10 en el segundo minuto en el 83.9% de los casos.

2. Analisis diferenciales

(a) Diferencias con el grupo control

En el cuadro número 2 se muestran los factores cuya puntuación media difiere significativamente ($p < 0.05$) entre el grupo de mujeres hospitalizadas tras el parto (al que hemos denominado "grupo experimental") y el grupo de control. En él se observa que 28 factores muestran diferencias significativas, factores que pertenecen a todas las áreas exploradas.

De los 11 factores que exploran las *actitudes hacia la maternidad*, 3 presentan diferencias significativas, declarando las mujeres hospitalizadas tras el parto mayor agrado en la interacción social con niños, considerándolos como menos molestos que las mujeres del grupo de control, y valorando la maternidad de forma más positiva en la belleza de la mujer.

Los dos factores que forman parte del cuestionario de *actitudes hacia tareas relacionadas con la maternidad*, muestran diferencias significativas, declarando las mujeres hospitalizadas tras el parto mayor preferencia por la permanencia en su hogar cuidando a su hijo que por el trabajo fuera de casa.

De los seis factores que exploran la *expectativa de cambio futuro* como consecuencia del nacimiento de un hijo, 5 muestran diferencias significativas, declarando las mujeres que han sido madres horas antes (grupo experimental) menor impacto como consecuencia del nacimiento de un hijo a nivel de relaciones sociales, relaciones de pareja, relaciones sexuales, desorganización de la rutina doméstica y economía.

CUADRO NUMERO 2.- DIFERENCIAS BIVARIADAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL (N=127) Y CONTROL (N=100) EN LOS FACTORES

FACTORES	EXPERIMENTAL		CONTROL		t
	x	DT	x	DT	
ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD:					
Valoración positiva de la interacción social con niños	3.93	0.31	3.76	0.70	2.25*
Consideración de los niños como personas poco molestas	3.13	0.96	2.60	1.25	3.52**
Concepción positiva de la maternidad para la belleza de la mujer	2.49	1.24	2.06	1.29	2.59*
ACTIT. ANTE TAREAS MATERNIDAD					
Actividad laboral fuera del hogar	3.72	1.88	2.80	1.75	3.79***
Tareas relacionadas con la crianza del bebé	7.93	1.53	7.06	1.89	3.72***
EXPECTATIVAS FUTURAS					
Relaciones sociales con pareja	0.70	1.16	1.91	2.18	-5.01***
Relaciones sociales	1.35	1.34	2.21	1.44	-4.65***
Relaciones sexuales	0.55	1.07	1.16	1.57	-3.32**
Desorganización rutina doméstica	1.99	1.44	2.85	1.48	-4.39***
Problemas económicos	1.42	1.29	2.66	1.62	-6.21***
NECESIDAD DE CONTACTO SOCIAL					
Búsqueda de allegados y conocidos	4.65	2.00	3.71	2.17	3.40**
Búsqueda de compañero	5.32	3.36	3.90	3.28	3.20**
INVENTARIO DE MOLESTIAS					
Síntomas neurovegetativos	2.58	1.94	1.57	1.66	4.15***
Trastornos circulatorio periférico	2.49	1.97	1.74	1.47	3.31**
Trastornos digestivos II	1.31	1.17	0.94	0.97	2.52**
Síntomas vegetativo	1.82	1.22	0.70	0.99	7.64***
Síntomas neurovegetativos I	3.45	1.91	1.48	1.71	7.64***
ESTRES EN EL CUIDADO DEL NIÑO					
Miedo a pérdida de salud del hijo	3.97	2.11	2.52	1.99	5.27***
Separación del hijo	2.66	1.19	1.81	1.27	5.18***

(CONTINUACION CUADRO NUMERO 2)

FACTORES	EXPERIMENTAL		CONTROL		t
	x	DT	x	DT	
PERCEPCION PARTO PRIMERA PARTE					
Connotaciones positivas sobre el parto y nacimiento del hijo	9.24	1.33	8.60	2.26	2.53*
Deseo de no conocer el desarrollo del parto	1.03	1.29	1.44	1.47	-2.19*
Recuerdo del parto con connotaciones negativas	1.42	1.26	0.86	1.06	3.62***
Concepción del parto como fenómeno doloroso	4.12	1.70	3.25	1.68	3.84***
Preparación psicofísica parto concebida como práctica inútil	1.27	1.34	0.92	1.17	2.13*
Connotaciones positivas II ante el parto	5.29	0.98	4.90	1.40	2.37*
Concepción negativa del proceso del parto	1.93	1.77	0.96	1.31	4.74***
Preocupaciones de tipo personal ante el parto	2.42	1.45	2.06	1.24	2.00*
PERCEPCION PARTO SEGUNDA PARTE					
Actitud tradicional respecto al papel de la mujer en la crianza del hijo	2.95	1.74	2.47	1.52	2.19*

NOTA: x = Media; DT = desviación típica; t = t de Student

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

En cuanto a la existencia de cambios en el patrón de *contacto social*, dos de los cinco factores presentan cambios significativos. En la hospitalización tras el parto, las madres recientes recaban mayor búsqueda de allegados y conocidos y mayor búsqueda de compañeros que las mujeres del grupo control.

Respecto a las cuestiones relacionadas con *sintomatología somática*, 5 de los 8 factores muestran diferencias significativas a favor de las mujeres hospitalizadas (mayor sintomatología de tipo somático) con síntomas tales como cansancio y falta de energías, palpitaciones, sofocos, decaimiento y fatiga, piernas cansadas, calambres, hinchazón, sudoración, sed, debilidad, somnolencia y dificultades para dormir o durante el sueño.

De los tres factores que forman el cuestionario que explora el *estrés en el cuidado del hijo*, dos muestran diferencias significativas, declarando las mujeres que han sido madres recientemente, mayor miedo a que el niño pueda tener problemas de salud y menos disposición a dejarlo al cuidado de otras personas.

Respecto a la percepción del *parto como fenómeno comportamental*, 8 de los 17 factores muestran diferencias significativas. Las mujeres que han pasado recientemente por la experiencia de parto (grupo experimental) declaran más connotaciones positivas asociadas al parto y nacimiento del hijo y mayor deseo de conocer el

desarrollo de su propio parto, si bien lo consideran en mayor medida un fenómeno doloroso, durante el cual están preocupadas por lo que pudiese sucederles; lo perciben como algo molesto y desagradable que no quieren volver a repetir; por otro lado consideran que los cursos de preparación para el parto, poseen una utilidad de escasa a nula a la hora de aliviar y/o disminuir el dolor y el sufrimiento.

En cuanto al *papel del varón* durante la gestación, parto y primeros meses de crianza del hijo, únicamente uno de los 7 factores muestra diferencias significativas, declarando las mujeres que han sido madres recientemente una actitud más tradicional respecto a los papeles a representar por el varón (esto es, de no participación y/o de que se mantenga alejado) y la mujer en la crianza del hijo, considerando a la mujer como más competente en la crianza del bebé, y atribuyendo al varón mayor papel en los aspectos económicos.

(b) La evolución de puntuaciones entre la gestación y el postparto.

Se compararon las puntuaciones obtenidas en la entrevista realizada durante la hospitalización postparto con la obtenida durante la gestación en el caso de las mujeres del grupo experimental, y entre los dos pases de pruebas realizados de forma paralela en el caso del grupo control (intervalo temporal entre 1 y 4 meses y medio). En el *cuadro número 3* se muestra las diferencias significativas en el caso del grupo experimental, y en el *cuadro número 4* las diferencias significativas para el grupo de control, las cuales comentamos a continuación:

(i) *grupo experimental*: De los 60 factores evaluados, 16 alcanzan diferencias significativas estadísticamente ($p < 0.05$). De las ocho áreas evaluadas, siete parecen estar afectadas por el cambio evolutivo, mientras que el *agrado hacia las tareas relacionadas con la crianza del hijo no parece experimentar cambios significativos*.

En cinco áreas (actitudes hacia la maternidad, expectativas de futuro, necesidad de contacto social, estrés en el cuidado del hijo, y papel del varón en el parto y crianza del hijo), únicamente uno de los factores presenta diferencias significativas, mostrando las mujeres durante la *hospitalización postparto* una valoración menos positiva de la maternidad, expectativas de menor impacto del nacimiento del hijo en las relaciones de pareja, menor nostalgia del pasado, menos expectativas de problemas tales como cansancio y/o nerviosismo como consecuencia del cuidado del hijo, y una percepción más negativa de la presencia del padre en el parto.

Respecto a las molestias somáticas, tres de los 8 factores muestran diferencias significativas. Con relación al período de gestación, las mujeres *tras el parto* informan de una disminución de sintomatología de tipo digestivo (náuseas, vómitos, acidez de estómago y estreñimiento) y mayor sudoración y sed que cuando eran gestantes.

CUADRO NUMERO 3.- DIFERENCIAS BIVARIADAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LA HOSPITALIZACION POSTPARTO Y LA GESTACION (GRUPO EXPERIMENTAL, N = 127)

FACTORES	HOSPITALIZACION GESTACION POSTPARTO				t
	x	DT	x	DT	
ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD:					
Valoración positiva de la maternidad	2.77	1.24	2.45	1.28	3.01**
EXPECTATIVAS FUTURAS					
Relaciones sociales con pareja	0.97	1.31	0.70	1.16	2.61*
NECESIDAD DE CONTACTO SOCIAL					
Nostalgia del pasado	0.79	0.95	0.65	0.87	2.20*
INVENTARIO DE MOLESTIAS					
Trastornos digestivos I	0.85	1.27	0.47	0.89	2.95**
Trastornos digestivos II	1.65	1.18	1.31	1.17	3.08**
Síntomas vegetativos	1.35	1.11	1.82	1.22	-3.75***
ESTRES EN EL CUIDADO DEL NIÑO					
Problemas físicos madre	2.11	1.20	1.75	1.24	2.95**
PERCEPCION PARTO PRIMERA PARTE					
Concepción biológica del parto	2.16	1.32	2.42	1.27	-2.08*
Concepciones estresantes respecto al dolor del parto	2.12	1.81	2.56	1.88	-2.78**
Recuerdo del parto con connotaciones negativas	0.89	1.22	1.42	1.26	-4.19***
Concepción del parto como fenómeno doloroso	3.27	1.88	4.12	1.70	-5.45***
Preparación psicofísica para parto percibida como práctica inútil	0.97	1.10	1.27	1.34	-2.78**
Percepción de bajo rendimiento personal ante el parto	2.71	1.75	3.05	1.72	-2.10*
Concepción negativa del proceso del parto	0.97	1.46	1.93	1.77	-6.42***
Preocupaciones de tipo personal ante el parto	2.92	1.09	2.42	1.45	3.83***
PERCEPCION PARTO SEGUNDA PARTE					
Percepción negativa de la presencia el padre en el parto	0.93	1.21	1.20	1.35	-2.69**

NOTA: x = Media; DT = desviación típica; t = t de Student

* = p < 0.05; ** = p < 0.01; *** = p < 0.001

De todas las áreas evaluadas, parece ser la relativa a la *percepción del parto como fenómeno comportamental* aquella en la que se da un *mayor cambio* como consecuencia de la experiencia inmediata, detectándose diferencias significativas en 8 de los 17 factores que exploran esta área.

Durante la *hospitalización tras el parto*, las mujeres declaran en mayor medida una concepción de éste como un fenómeno esencialmente biológico y “natural”, ante el cual la mujer, por sí sola, poco puede hacer, valorando como menos efectivos los cursos de preparación para el parto que cuando estaban embarazadas, si bien durante la gestación declaraban mayor preocupación por lo que les pudiese suceder durante el parto. Tras el parto, lo perciben en mayor medida como una situación incómoda, desagradable, sucia y engorrosa, agotadora, dolorosa, difícil, superior a sus fuerzas y que implica gran cansancio y agotamiento, experiencia que no desean volver a repetir.

(ii) *Grupo control*: Únicamente 4 de los 60 factores explorados muestran diferencias significativas estadísticamente (con un nivel de significación < 0.05 en tres de ellos, y $p < 0.001$ en uno) entre los dos pases de pruebas en el *grupo de control*. Estos factores no coinciden con los que presentaban puntuaciones diferentes en el grupo experimental, excepto el de trastornos digestivos I, aunque en este caso, la dirección del cambio es opuesta para ambos grupos.

CUADRO NUMERO 4.- DIFERENCIAS BIVARIADAS SIGNIFICATIVAS ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO PASE DE PRUEBAS EN EL GRUPO CONTROL (N=100)

FACTORES	1º pase		2º pase		t
	x	DT	x	DT	
INVENTARIO DE MOLESTIAS					
Trastornos digestivos I	0.20	0.62	0.32	0.74	-2.03*
Síntomas neurovegetativos II	1.74	1.82	1.48	1.71	2.31*
ESTRES EN EL CUIDADO DEL NIÑO					
Miedo a pérdida de salud del hijo	3.22	2.07	2.52	1.99	3.84***
PERCEPCION PARTO PRIMERA PARTE					
Connotaciones positivas II ante el parto	5.20	1.43	4.90	1.40	2.32*

NOTA: x = Media; DT = desviación típica; t = t de Student; * = $p < 0.05$; *** = $p < 0.001$.

En el segundo pase de pruebas, el grupo de control declara mayor sintomatología de náuseas y vómitos, menos debilidad, somnolencia y problemas para dormir, menos miedo a la pérdida de salud de su/s hijo/s, y menor valoración del parto como una experiencia importante en la vida de la mujer, con relación al primer pase de pruebas. En la medida en que se asumiera que las tendencias de las puntuaciones en estos factores correspondientes al grupo de control, representan *tendencias normativas*, ello implicaría que, además de lo detectado en el grupo de madres recientes, habría que considerar que la experiencia reciente de la maternidad tiende a mantener los problemas de somnolencia, pérdida de miedo a daño para sus hijos, problemas para dormir y mantenimiento del valor atribuido al parto como una experiencia importante en la vida de una mujer, toda vez que la experiencia reciente del parto se contempla como una suerte de liberación física de sintomatología somática (al menos por lo que se refiere a náuseas, vómitos y problemas digestivos).

(iii) *Diferencias en función de la duración del parto*: De entre los datos referentes al parto, uno de los que consideramos que puede ser interesante explorar es si existen diferencias entre las mujeres cuyo parto tiene una duración mayor frente a aquellas cuyo parto es más rápido. Para ello hemos tomado como referencia el tiempo correspondiente al período de dilatación, diferenciando dos grupos. En uno de ellos (que hemos denominado como de menor duración) hemos incluido las mujeres cuyo parto duró tres horas o menos, y en el otro (que denominamos de mayor duración) se agrupan las mujeres cuyo parto duró 5 o más horas. Respecto a las variables sobre las que se ha realizado la discriminación son los factores de segundo orden obtenidos empíricamente a partir de los de primer orden citados en el apartado en que se describen los instrumentos, así como una serie de factores de segundo orden de motivación, ansiedad, lugar de control y depresión.

En el cuadro número 5 se exponen los datos correspondientes al citado análisis discriminante. Diez son las variables que entran en la función discriminante, cuyo nivel de significación es del 0.017% y clasifica correctamente al 85.71% de los casos.

De todos los factores que discriminan, los de mayor poder diferenciador son los relacionados con motivación, seguido de la expectativa de aparición de problemas físicos como consecuencia del nacimiento del hijo y de otra serie de variables cuya significación estadística es escasa. Las mujeres cuya duración del parto es *menor* presentan mayor motivación positiva, mayor indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral, menos expectativas de problemas tales como cansancio y nerviosismo en la crianza del hijo, mayor expectativa de cambio futuro como consecuencia del nacimiento del hijo, y de forma no significativa, atribuyen menor papel al varón durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido, menos ansiedad facilitadora del rendimiento, mayor percepción de control interno, menor rechazo de contacto social y menor búsqueda de contacto social.

CUADRO NUMERO 5.- ANALISIS DISCRIMINANTE PASO A PASO ENTRE EL GRUPO DE MUJERES CUYO PARTO FUE DE MENOR DURACION Y LAS MUJERES CUYO PARTO DURO MAS HORAS

A) RESUMEN DE PASOS

PASO VARIABLE	L.WILKS	p	V RAO	p	CAMB.V	p
1 Motivación positiva	0.92	.0493	4.073	.0436	4.073	.0436
2 Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral	0.83	.0338	9.888	.0195	2.776	.0957
3 Problemas físicos madre	0.75	.0132	15.25	.0042	5.364	.0206
4 Expectativas futura	0.72	.0118	18.42	.0025	3.164	.0753
5 Papel escaso del varón durante el embarazo, parto y primeros cuidados del recién nacido	0.70	.0073	20.15	.0012	3.073	.0796
6 Ansiedad facilitadora del rendimiento	0.68	.0092	22.27	.0011	2.119	.1455
7 Humor depresivo	0.66	.0124	24.03	.0011	1.762	.1844
8 Locus de control interno	0.64	.0141	26.48	.0009	2.455	.1171
9 Rechazo de contacto social	0.61	.0154	29.22	.0006	2.738	.0980
10 Búsqueda de contacto social	0.60	.0182	31.57	.0005	2.350	.1253

B) FUNCION DISCRIMINANTE

FUNCION	VALOR PROPIO	% VARIANZA	% ACUMULADO	CORRELACION		L. WILKS	X'	g.l.	p
				CANONICA	DESPUES DE LA FUNCION				
1	0.672	100	100	0.63	0	0.60	21.58	10	0.0174

C) COEFICIENTES TIPIFICADOS DE LA FUNCION DISCRIMINANTE

	FUNCION 1
Motivación positiva	0.81
Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral	0.56
Problemas físicos madre	-0.88
Expectativas futuras	0.43
Papel escaso del varón durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido	0.49
Ansiedad facilitadora del rendimiento	-0.2
Humor depresivo	0.63
Locus de control interno	0.30
Rechazo de contacto social	
Búsqueda de contacto social	-0.31

D) VALOR DE LOS CENTROIDES:

GRUPOS: 1. MENOR DURACION 0.67
2. MAYOR DURACION -0.97

E) CLASIFICACION SOBRE LA MUESTRA

GRUPO REAL	Nº DE GRUPO PREDICHO	
	CASOS	
1: MENOR DURACION	29	25 (86.2%)
2: MAYOR DURACION	20	3 (15.0%)
	4	17 (85.0)

PORCENTAJE DE CLASIFICACIONES CORRECTAS = 85.71%

RESUMEN, SUGERENCIAS Y DISCUSION

Parece ser que las percepciones declaradas por el grupo de 127 mujeres que han alumbrado un hijo entre 24 y 48 horas antes, ingresadas en diferentes hospitales (hospitalización que forma parte de la política sanitaria actual), y cuyas características tanto sociales como obstétricas pueden considerarse representativas de las mujeres de nuestro medio social, presenta las características siguientes:

(i) Agrado por los niños y las tareas de crianza, considerando de forma más positiva el nacimiento de un hijo, y considerando que éste hecho impactará menos en su vida.

(ii) Existencia de un patrón de búsqueda de contacto social, patrón que coincide con los datos obtenidos por Pelechano (1981) y que él atribuye al "efecto hospitalización".

(iii) Existencia de gran número de sintomatología de tipo somático, fundamentalmente de tipo digestivo, del sistema circulatorio periférico y neurovegetativo.

(iv) Percepción de estrés en relación con el cuidado del hijo, con miedos a que éste pierda salud y resistencia a dejarlo (de forma episódica) al cuidado de otras personas.

(v) Atribución de escaso papel al varón, tanto durante el parto, como en los primeros meses de la crianza del hijo.

(vi) Gran impacto negativo de la experiencia de parto, considerándola como una experiencia desagradable y dolorosa, en la que piensan con frecuencia, preocupándoles lo que pudiese sucederles, y que no desean volver a repetir. Pese a ello, declaran el deseo de conocer cómo se desarrolla su propio parto, aunque existan complicaciones durante el mismo. Asimismo lo consideran como un fenómeno esencialmente biológico, en el que el papel del aprendizaje y la preparación recibida en los cursos al uso es escaso. Junto a todo ello, declaran una serie de connotaciones positivas acerca del nacimiento del hijo. Todo esto parece reflejar un franco deseo y agrado por el hecho de haber alumbrado un hijo, junto a un profundo rechazo del procedimiento para su alumbramiento.

Respecto a los concomitantes psicológicos asociados con una duración mayor o menor del parto, es necesario interpretarlos con gran cautela. En primer lugar, la duración del parto posiblemente esté reflejando otros factores asociados, tales como la experiencia previa y que no hemos tomado en consideración (primíparas frente a multíparas). Entre los otros factores a tener en cuenta son que las evaluaciones son *posteriores* al parto, por lo que algunas percepciones podrían estar reflejando la consecuencia situacional de la vivencia. Estos datos apoyan la necesidad en el estudio y profundización del papel que los factores de tipo personal desempeñan en el parto, así como de la influencia de la vivencia de éste en los mismos.

Toda esta problemática sugiere la detección de una considerable inadecuación de la política sanitaria en este área, política que (según estos resultados) debería tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Mayor participación de la mujer en el desarrollo de su propio parto, considerándola no como "paciente" sino como protagonista y sujeto activo en el desarrollo del parto.

- Remodelación de los cursos de preparación para el parto al uso (al menos, los de nuestra área geográfica), mejorando el aprendizaje de autocontrol personal y control de los aspectos somáticos relevantes en el trabajo de parto, incluyendo aspectos sobre el cuidado del hijo, y ampliándolos hasta dos o tres meses tras el nacimiento de éste, cursos que deberían tener en cuenta también las características socioculturales de las usuarias, y en los que se deberían incorporar recursos de intervención psicológica respecto a actitudes y creencias hacia el parto, la maternidad y el cuidado del bebé.

- Participación activa del varón en los cursos de preparación para el parto, de forma que puedan constituir un apoyo válido para la mujer durante el mismo, y en la crianza del hijo. Para ello podrían diferenciarse estrategias conjuntas de las parejas y programas específicos para los varones respecto a interacciones de pareja y actuaciones a realizar con el bebé en los primeros meses de vida extrauterina.

Y junto a todo ello, fomento de la investigación y aplicación de la tecnología médica al proceso del parto, área en la que parece predominar una excesiva dosis de conservadurismo.

BIBLIOGRAFIA

- COX, J. L., CONNOR, Y. y KENDELL, R. E. (1982) (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, **140**, 11-117.
- COX, J. L., CONNOR, Y. M., HENDERSON, I., McGUIRE, R. J. y KENDELL, R. E. (1983).- Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by self report questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, **5**, 1-7
- GUYTON, A. (1963).- *Tratado de fisiología médica*. Madrid, Interamericana.
- JARRAHI-ZADEH, A., KANE, F. J., VAN DE CASTLE, R. L., LACHENBRUCH, P. A. y EWING, J. A. (1969).- Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. *British Journal of Psychiatry*, **115**, 797-805.
- KENDELL, R. E., McGUIRE, R.J., CONNOR, Y. y COX, J. L. (1981).- Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders*, **3**, 317-326.

- MACFARLANE, A. (1978).- **Psicología del nacimiento**. Madrid, Morata.
- MATUD, M. P. (1990).- **Depresión postparto: Revisión y datos sobre su existencia y dinámica funcional**. Tesis Doctoral. Servicio de publicaciones de la Universidad de La Laguna. Microficha.
- PELECHANO, V. (1981).- **El impacto psicológico de ser madre**. Valencia, Alfaplús.
- PELECHANO, V. y MATUD, M. P. (1990).- Depresión post-parto: datos sobre su existencia y codeterminantes en una investigación con grupos criterio y la escala de Beck. **Análisis y Modificación de Conducta**, 16, 3-54.
- PELECHANO, V. y MATUD, M. P. (1990).- El impacto de la maternidad en algunas variables de personalidad. **Análisis y Modificación de Conducta**. En prensa
- ROLDAN, M. C. (1987).- Construcción de una batería de pruebas psicológicas referente a la evaluación de la percepción del fenómeno del nacimiento: Estudios estructurales y de consistencia interna. **Análisis y Modificación de Conducta**, 36, 179-219.
- STEINER, M. (1979).- Psychobiology of mental disorders associated with childbearing. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 60, 449-464.
- ZAJICEK, E. (1981).- Labour. En WOLKIND y ZAJICEK (Ed.) **Pregnancy: A Psychological and Social Study**. Londres, Academic Press.