

**PSICOLOGIA DIFERENCIAL EN LA MATERNIDAD: DATOS
DEMOGRAFICOS Y OBSTETRICOS COMO CRITERIOS DE
MODULACION EN DOS GRUPOS CRITERIO**

M. Consuelo Roldán(*)
M. José Báguena(*)
Universidad de Valencia

RESUMEN

En este trabajo se lleva a cabo un estudio exploratorio con el fin de evaluar la percepción que diversos grupos de mujeres presentan del fenómeno del parto y la maternidad. Siendo nuestro principal objetivo ofrecer una aproximación diferencial al estudio de la maternidad hemos sometido los resultados a análisis diferenciales (bivariados), en los que la agrupación de los sujetos obedece a dos lógicas distintas: (1) se comparan, en bloque, los dos grupos de mujeres participantes en el trabajo (gestantes vs. mujeres que están recibiendo prestación médica anticonceptiva en centros de planificación familiar); (2) una serie de datos demográficos (edad, estado civil, y nivel socioprofesional) y obstétricos (paridad e historial de parto a través de cesáreas) definitorios de los sujetos, son los que funcionan como criterios de agrupamiento de los resultados obtenidos (análisis submoduladores).

Los resultados muestran que las variables estado civil y parto a través de cesáreas no desempeñan papel diferenciador alguno entre las gestantes, mientras que sí lo hacen entre las mujeres de planificación familiar. El nivel socioprofesional, la edad, así como el nivel de experiencia en el parto ofrecen resultados

(*) Opto de Personalidad, Evolución y Tratamientos de la Universidad de Valencia, Paseo Blasco Ibáñez, nº 27, 46010.

diferenciales tanto entre las gestantes como entre las que no lo son. Asimismo, los resultados correspondientes a la comparación en bloque entre mujeres gestantes vs. mujeres de planificación revelan que la problemática psicológica presentada por ambos grupos es de índole distinta. Se discuten los resultados obtenidos y se enfatiza la necesidad de tomar en consideración factores socioculturales y legales propios de la época y del país en el que se ha desarrollado el trabajo. Asimismo, se sugieren posibles implicaciones respecto de la política sanitaria y social a seguir en el área de la maternidad.

PALABRAS CLAVES: Psicología del nacimiento, Maternidad, Planificación familiar, Factores psicológicos en la fertilidad, Psicología de la mujer.

SUMMARY

An exploratory study to assess women's perception of childbirth and maternity has been carried out. Having as a goal to present a differential approach to the study of the maternity, differential analysis (bivariate) have been performed, where grouping of subjects was done according two different criteria: (1) comparative analysis of both groups of women in this study (pregnant vs. women receiving contraceptives at a family planning center); (2) submodular analysis by means of demographic (age, civil and professional status) and obstetric (parity and cesarean section) data.

The study shows that civil status and cesarean are variables discriminant for the groups of women of family planning but not differential for pregnant women, and socioprofessional status, age and previous birth experience are differential for both groups. The global comparative analysis shows that both groups behave as different psychologic problems. The results are discussed and the need for taking into account socio-cultural and legal factors related to the spatiotemporal reference of the work being done is enhanced. Some implications in the field of health and social politics related to maternity are also suggested.

KEY WORDS: Psychology of childbirth, Maternity, Family planning, Psychological factors on fertility, Woman psychology.

1. INTRODUCCION

Los científicos sociales vienen señalando el hecho de que en los países desarrollados que han cumplimentado la transición demográfica se viene produciendo una marcada disminución de la natalidad. Son complejos y de muy diversas índole los factores a los que se aluden como responsables, así como las consecuencias derivadas de tal fenómeno. Mientras que algunos autores defienden que, tras el decline de la población que estamos presenciando, la fertilidad alcanzará un nivel de reemplazo lográndose, de este modo, una población estacionaria (EASTERLIN, 1969, 1978; SKLAR y BERKOW, 1975), otros argumentan que los índices de natalidad seguirán disminuyendo, aún por debajo de dicho nivel (WARD y BUTZ, 1978; BUTZ y WARD, 1979a, 1979b; BOGUE; 1980; DEVANEY, 1980; WESTOFF, 1980). Desde una aproximación económica al tema de la fertilidad HUBER y SPITZ (1983) predicen una disminución en los índices de natalidad en las décadas venideras, disminución que en opinión de las mismas constituye el resultado de una serie de tendencias de carácter irreversible surgidas durante la industrialización. Dichas tendencias han producido un tipo de sociedad (al menos en el contexto estadounidense) que las autoras llegan a caracterizar de estructuralmente antinatalista: básicamente, aumentan los costes y disminuyen las recompensas de la crianza de los hijos. Por otro lado, en la medida en que se opera una separación entre sexualidad y procreación, ésta se hace cada vez más consciente y planificada. Por tanto, se defiende que los factores coste-beneficio repercutirán en el número de hijos que las parejas deseen tener.

Primero, se registra un aumento en el coste económico de la crianza de los hijos. A este respecto, las estimaciones, realizadas en 1980, procedentes de varios autores (refiriéndose al contexto de los Estados Unidos de América), sitúan entre 100.000 y 200.000 dólares lo que una familia invierte en la crianza de un hijo. Segundo, como resultado del mayor nivel educativo con que cuenta la mujer actualmente y la consiguiente mayor oportunidad de participación en el mundo laboral, la crianza de los hijos va a suponer una disminución de los ingresos económicos en el núcleo

familiar al tener que permanecer la mujer en el hogar a cargo del cuidado de los hijos no pudiendo, la mayoría de las veces, desarrollar una vida laboral o teniendo que hacerlo a tiempo parcial. Tercero, se argumenta que el creciente índice de divorcios puede repercutir en un aumento del coste en la crianza de los hijos. Con el divorcio, los hijos suelen permanecer bajo la custodia materna. De este modo, la madre tiende a tomar conciencia de los fuertes costes que supone la crianza de los hijos. También, el padre padece los problemas legales y normativos referidos a la custodia y crianza de los hijos bajo las condiciones de divorcio. Cuarto, los costes psicológicos también están aumentando. La crianza de los progenitores en familia de tamaño reducido y la consiguiente menor oportunidad de aprendizaje de las prácticas relacionadas con la paternidad, los rápidos cambios sociales que en cada nueva generación hacen que los padres tengan que enfrentarse a nuevas y desconocidas condiciones de crianza, son ellos factores a los que se apela como explicativos de la mayor dificultad con que los padres actualmente experimentan la crianza de los hijos. Factores, por lo demás, que han hecho surgir todo un conjunto de expertos en el tema con el fin de paliar este fenómeno. Asimismo, varios trabajos revelan que al parecer una mayor experiencia en la crianza de los hijos (operacionalizada ésta cómo mayor número de hijos) no trae aparejada sin más menores índices de dificultad en la realización de la misma (ROSSI, 1980). Si a lo ya citado se añade que los índices de felicidad y satisfacción entre las parejas que cuentan con hijos (y, en particular, entre aquellas con una prole en edad preescolar) se muestran en algunos estudios menores que los registrados entre parejas sin hijos, y que paralelamente los costes psicológicos de no tener hijos están disminuyendo (VEEVERS, 1979), todo ello nos estaría describiendo un cuadro sugerente de que, en los momentos actuales, los costes psicológicos en cuanto a la crianza de los hijos se encuentran en aumento. Por último, las recompensas económicas que en las sociedades preindustriales suponía el contar con hijos se encuentran ausentes en las sociedades actuales. En este sentido, mientras que en aquellas los hijos representaban una suerte de seguridad económica para la vejez de los padres, en la actualidad son las instituciones gubernamentales, fundamentalmente, las que pasan a asumir tal función, desapareciendo así la esperada protección económica durante la vejez proporcionada por los hijos.

En la medida en que los factores enumerados lleguen a estar fuertemente arraigados en una población dada se predice una disminución en sus tasas de natalidad a un nivel de cero e incluso por debajo de cero. En estas circunstancias, cabe esperar una mayor intervención gubernamental en cuestiones de política familiar. Y de rechazo, que las actitudes y problemática de la población a la cual tal política va dirigida deberían ser tomadas en consideración en la planificación y toma de decisiones referentes a la política a seguir en esta área. Solamente, cuando tal obje-

tivo se consiga habremos implementado nuestros servicios de asistencia a la maternidad. En este sentido, el presente trabajo representa un intento por recoger la percepción que, diversos grupos de mujeres, poseen sobre el fenómeno del nacimiento. En un caso, se trata de mujeres gestantes; en el otro, de mujeres que, en el momento de realizarse este estudio, se encuentran recibiendo prestación médica anticonceptiva en centros de planificación familiar. Tanto en uno como en el otro caso se evalúa el fenómeno del nacimiento. Nuestro principal objetivo estriba en ofrecer una aproximación diferencial a la psicología de la maternidad. De este modo, los resultados son agrupados en función de ciertas características demográficas y obstétricas definitorias de las mujeres que han participado en el trabajo. La edad cronológica, su estado civil y nivel socioprofesional, así como también el nivel de experiencia en el nacimiento y la existencia de anomalías obstétricas referidas al parto, constituyen todas ellas variables que en el presente trabajo funcionan como criterios de agrupamientos de las mujeres con el fin de poder apresar su valor diferencial.

2. METODOS Y SUJETOS

En el trabajo se encuentran datos correspondientes a un total de 412 mujeres, repartidas en dos grupos criterio, definidos, fundamentalmente, en función de su "condición" en el momento de la realización del mismo: (1) un grupo de mujeres gestantes (N=232) que reciben asistencia médica para control prenatal en un servicio de consultas externas de tocoginecología; (2) el segundo, compuesto por mujeres no gestantes y que en su mayoría se encuentran recibiendo prestación médica anticonceptiva en centros de planificación familiar. En otro trabajo (ROLDAN, 1987) se describen detalladamente las características definitorias de estos dos grupos de mujeres por lo que aquí solamente recogemos algunas notas generales de las mismas. En este sentido, encontramos que una gran mayoría de las gestantes están casadas, mientras que entre las de planificación familiar disminuye el volumen de la misma característica con dicho estado civil (un 97% frente a un 72% respectivamente para cada grupo de mujeres). En los dos grupos, lo más frecuente es que la mujer tenga menos de 30 años de edad. La casi totalidad de las mismas se encuentran recibiendo asistencia médica en centros sanitarios de índole pública. En cuanto a nivel sociocultural, cabría caracterizar a las mujeres de planificación con un nivel medio-bajo, y a las de tocología con un nivel relativamente más bajo. En líneas generales, cabría definir a los dos grupos siendo de bajo riesgo obstétrico (utilizando como indicadores la existencia de abortos, de partos a través de cesárea o con prematuridad, e hijos muertos o con minusvalías). Por último, destacamos que entre las mujeres de planificación familiar el comportamiento reproductor (a nivel de opinión) es menor que el correspondiente al de las gestantes (el número medio

de hijos deseado entre las gestantes es de 2.31, y entre las que no lo son, de 2.07).

En la práctica, el estudio se ha llevado a cabo en base a la cumplimentación voluntaria por parte de las mujeres de una serie de cuestionarios en sesión de entrevista individual, desarrollada durante el tiempo de espera de la consulta médica en los propios centros sanitarios a los que la mujer acudía a recabar la prestación de servicios. La sesión de entrevista duraba unas dos horas por sujeto y, el entrevistador, en todos los casos, ha sido una mujer.

Por lo que respecta a la instrumentación, se ha utilizado un total de ocho cuestionarios (unos destinados "específicamente" a evaluar aspectos relacionados con el nacimiento y los otros, dimensiones de personalidad y motivación) además de la cumplimentación de una hoja de anamnesis que recoge datos gruesos de identificación general demográficos, obstétricos, sobre anticonceptivos y la actual gestación. Esta instrumentación ya ha sido expuesta en otros trabajos (ROLDAN, 1986, 1987) y aquí solo recordamos las parcelas comportamentales que, a grandes rasgos, indaga la misma: (1) Percepción que la mujer posee sobre diversos aspectos comprometidos con el parto entendido este como un fenómeno comportamental; (2) Percepción de la mujer sobre el padre y/o compañero en relación al alumbramiento y crianza del bebé, su habilidad y destreza en relación a estos fenómenos; (3) Estado físico de la mujer, tal y como este es percibido por la misma; (4) Cambios y alteraciones de índole negativa, percibidos por la mujer en diversas facetas de su vida, y que atribuye al nacimiento del hijo. Caso de que la mujer entrevistada fuese no gestante se le cuestionaba sobre su expectativa en relación a dichos cambios; (5) Necesidad de contacto o apetencia social que la mujer pueda experimentar de modo "situacional" con las personas que normalmente tienen relación con ella (parientes y amigas, fundamentalmente); (6) Dimensiones básicas en el área de la personalidad (extraversión, neuroticismo, rigidez) así como en el área de la motivación "realista" (factores motivacionales y de ansiedad que pueden favorecer o perturbar la buena ejecución).

3. TIPOS DE ANALISIS Y RESULTADOS

La elaboración de los resultados que vamos a presentar aquí se ha hecho aislando las puntuaciones alcanzadas por los sujetos en función de determinados criterios (edad, estado civil, etc.) y agrupados de este modo, estudio de las diferencias alcanzadas por los sujetos en cada uno de los factores aislados en el estudio. Hemos seguido dos tipos de lógica en cuanto a la agrupación de los sujetos, y que son los que van a marcar el orden de presentación de los resultados. En primer lugar, la agrupación se ha rea-

lizado en función de la "condición" en que se encontraba la mujer en el momento de ser entrevistada. De este modo, tenemos dos grupos de mujeres que se diferencian porque, de modo situacional, sean embarazadas o no lo sean. En segundo lugar, el agrupamiento obedece a una serie de datos demográficos y obstétricos que constituyen características descriptivas de la muestra de mujeres que ha tomado parte en el estudio, características que han funcionado como criterios de modulación de los resultados obtenidos. Para este segundo tipo de análisis hemos considerado los dos grupos de mujeres por separado (embarazadas/no embarazadas) y sobre ellos, se han ido efectuando las diversas submodulaciones.

En cuanto a la elaboración estadística de los resultados nos hemos ceñido a análisis de diferencias en medidas de tendencia central. Según el volúmen de sujetos se ha utilizado la "t" de Student o la "U" de Mann-Whitney. Segundo, los tipos de análisis diferenciales realizados suponen una no interdependencia entre las diversas variables criterioales manejadas en el trabajo y ello, obviamente, no es totalmente cierto. Queda para futuros trabajos el análisis de dichas interdependencias. Tercero, debido a la participación voluntaria de los sujetos en este estudio, no todas las mujeres han cumplimentado todas las pruebas. En los análisis hemos incorporado los datos de estas mujeres por lo cual en las diferentes comparaciones realizadas puede variar el número de sujetos. Cuarto, dada la índole exploratoria del trabajo, el mínimo nivel de significación estadística requerido ha sido de 0.10. Por último, los cuadros de resultados solamente presentarán aquellos factores que hayan sido significativos.

Una vez hechas estas precisiones pasamos a comentar los resultados obtenidos.

3.1. La experiencia del embarazo y el estado físico y psicológico de la mujer

Los primeros resultados diferenciales que presentamos son los correspondientes al agrupamiento de las mujeres en función de su "condición": gestantes vs. no gestantes. Los resultados se encuentran recogidos en el cuadro número 1.

En la primera columna de la izquierda figuran los factores sobre los que han sido comparados los dos grupos de mujeres y que han resultado significativos. En las columnas siguientes, se encuentran los resultados correspondientes a medias y desviaciones típicas obtenidos por ambos grupos, así como los niveles de significación estadística correspondientes. Lo primero que cabe destacar es la presencia de diferencias significativas en todas las áreas evaluadas en este trabajo. Tanto por lo que respecta a factores comprometidos con el parto y el nacimiento así como en lo referente a personalidad y motivación se registran resultados sig

CUADRO Nº 1: LA EXPERIENCIA DEL EMBARAZO Y EL ESTADO FISIO Y PSICOLOGICO DE LA MUJER. La explicación en el texto.

	NO EMBARAZADA			EMBARAZADA			n.s.
	\bar{x}	DT	N	\bar{x}	DT	N	
Actitud ante tareas maternidad	11.15	2.24	170	12.87	5.54	228	-0.001
Inventario molestias							
1.-Digestivos I	0.28	0.67	169	1.21	1.37	232	-0.001
3.-Circulatorio Periférico	1.83	1.86	169	2.15	1.90	232	-0.10
4.-Digestivos II	1.27	1.12	169	1.58	1.22	232	-0.01
5.-Algias	2.31	1.93	169	1.61	1.50	232	0.001
7.-Vegetativos	0.86	1.27	169	1.30	1.34	232	-0.001
8.-Miscelánea	3.69	3.05	169	6.09	3.47	232	-0.001
Tot.-	13.14	8.77	169	16.80	8.75	232	-0.001
Percepción parto y nacimiento							
1ª Parte.							
1.-Concepción instintiva vs. aprendizaje.	5.36	3.73	178	6.31	3.62	225	-0.01
2.-Connotaciones positivas I	7.94	2.75	178	8.65	1.98	225	-0.002
3.-Parto, suceso aversivo	4.06	3.44	178	4.59	3.52	225	-0.10
4.-Concepciones stressantes, dolor parto.	2.65	2.47	178	3.05	2.57	225	-0.10
5.-Control parto, fuentes médicas.	6.70	1.91	178	7.09	1.60	225	-0.01
9.-Percepción bajo rendimiento personal.	1.97	1.74	178	2.27	1.94	225	-0.10
11.-Connotaciones positivas II	4.61	1.52	178	5.10	1.25	225	-0.001
13.-Preocupación personal-hijo	3.47	1.71	178	4.28	1.66	225	-0.001
Percepción parto y nacimiento							
2ª Parte.							
2.-Percepción, padre colaborador.	5.50	2.61	176	6.16	2.12	225	-0.01
3.-Actitud tradicional, papel mujer.	2.93	2.14	178	3.58	2.61	225	-0.01
4.-Presencia padre en parto, negativa.	0.77	1.19	178	1.14	1.42	225	-0.005

CONTINUACION CUADRO Nº 1

	NO EMBARAZADAS			EMBARAZADAS			n.s.
	\bar{X}	DT	N	\bar{X}	DT	N	
Necesidad contacto social.							
1.-Búsqueda conocidos.	2.52	2.76	145	3.35	2.75	189	-0.01
5.-Nostalgia pasado	0.74	0.98	145	0.49	0.86	189	0.01
Espectativas de futuro							
1.-Relaciones con pareja.	2.07	1.97	162	0.69	1.15	209	0.001
2.-Relaciones sexuales	1.78	1.42	162	1.15	1.34	209	0.001
3.-Relaciones sociales.	1.01	1.39	162	0.60	1.14	209	0.001
4.-Desorganización rutina	2.70	1.51	162	1.57	1.30	209	0.001
5.-Problemas económicos	2.75	1.54	161	1.06	1.40	209	0.001
6.-Area laboral	1.28	0.93	93	0.58	0.90	91	0.001
Tot.-	11.04	5.77	162	5.33	4.21	209	0.001
Extraversión	9.44	3.50	149	8.60	3.21	202	0.02
Neuroticismo	11.93	4.65	149	10.82	4.53	202	0.03
Rigidez							
R1	3.64	2.06	145	4.02	1.98	193	-0.10
Motivación y ansiedad							
M1	3.30	2.62	146	2.71	2.24	189	0.05
M4	5.54	2.05	146	5.08	2.32	189	0.05

Nota.- \bar{X} = media; DT = Desviación típica ; N = Número de sujetos en el grupo de comparación; n.s. = Nivel de significación. El signo indica el sentido de la comparación. En todos los casos se ha utilizado la prueba "t" de Student.

nificativos. Veamos en concreto cuáles han sido:

(1) Por lo que respecta a la orientación o actitud mostradas por la mujer ante tareas relacionadas con la crianza del hijo, son el grupo de mujeres embarazadas las que expresan una mayor preferencia por dichas tareas al ser contrapuestas éstas al trabajo desarrollado fuera del hogar.

(2) En el núcleo de factores correspondiente a sintomatología somática, seis de los ocho factores explorados por dicho instrumento resultan fuertemente significativos siendo, en casi todos los casos, las gestantes las que alcanzan mayores puntuaciones. En concreto, puntúan significativamente más alto en síntomas de tipo digestivo (sean estos de tipo emético o no lo sean), en síntomas dependientes del sistema circulatorio periférico, en vegetativos, en el factor que agrupa síntomas varios y que hemos denominado miscelánea, así como a nivel de puntuación total considerando todos los síntomas explorados por el inventario en globo. Por el contrario, las no gestantes expresan un mayor volumen de dolores. Y, los dos grupos se muestran indistinguibles entre sí por lo que respecta a síntomas neurovegetativos y de tipo cardiovascular.

Una primera inspección de los resultados comentados, sugeriría que el embarazo estaría representado para el organismo femenino un período de "especial trabajo", el cual reaccionaría con el desarrollo de ciertos síntomas como parte del proceso de adaptación física a los cambios que están teniendo lugar en su organismo. Por otro lado, también se podría argumentar que dado el tipo de instrumentación utilizado para la evaluación de dichos síntomas (autoinforme de la propia mujer), la verbalización de una mayor sintomatología no refleja enteramente el estado de "hechos" real respecto de los cambios físicos que están produciéndose en la gestante. Y en este sentido, la existencia de mayor sintomatología sería atribuible a las propias expectativas y actitud de la mujer en cuanto a la situación del embarazo. Cabe pensar que las gestantes entrevistadas verbalizan en mayor medida que las que no lo son, un tipo de sintomatología que es socialmente aceptada como acompañante "inevitable" del embarazo (tal y como lo es la explorada por el inventario de molestias somáticas).

(3) Un tercer grupo de diferencias se registra en torno al cuestionario percepción del parto en la parte del mismo que hace referencia a la evaluación personal de la mujer respecto de dicha situación (lo que hemos denominado 1ª parte de este cuestionario). En este punto, también, las gestantes presentan mayores puntuaciones. Primero, en aquellos factores que reflejan una percepción stressante del parto: expresan más temor ante la expectativa del mismo, más afirmaciones de índole stressante respecto de lo que supone el dolor del parto, se perciben con una menor capaci-

dad de rendimiento, y expresan una mayor preocupación por lo que tanto a ella misma como al hijo les puede suceder durante el mismo. En segundo lugar, tienden a expresar una mayor confianza en el personal médico en el cual delegan la responsabilidad de los acontecimientos. Por último, las mujeres gestantes expresan mayor número de afirmaciones de índole positiva tanto para referirse al parto como a los momentos del nacimiento.

Tomados en conjunto, estos datos sugerirían que las mujeres en la situación del embarazo viven el parto como una experiencia no especialmente agradable, expresando miedos y preocupaciones respecto del desenlace del mismo. De igual modo, este mismo grupo parece presentar una mayor "aceptación" psicológica ante la llegada del futuro hijo que la manifestada por el grupo de planificación (en el sentido de que de modo situacional perciben más positivamente los momentos del nacimiento).

(4) En cuanto a la percepción respecto del papel de la pareja en el parto y crianza del hijo, es en la situación de embarazo donde la mujer percibe al compañero como un sujeto más diestro y dispuesto a colaborar en las futuras tareas de crianza del bebé. Dicha percepción positiva de la pareja no se extiende en lo que respecta a la ayuda que la mujer espera recibir de la misma durante el futuro parto; en este caso, la evaluación del compañero es negativa. Por último, las gestantes expresan opiniones más tradicionales en el sentido de percibirse a sí mismas en contraposición al compañero, como más competentes en la realización de las tareas de crianza.

En suma, parece que en la "situación" de embarazo la mujer percibe al padre colaborando positivamente en la crianza del hijo aunque, al mismo tiempo, se evalúa de modo más negativo su papel en el parto. Parece que mientras el varón "vive" la futura interacción con el bebé más positivamente, no ocurre lo mismo en cuanto al futuro parto; en este caso, el padre parece estar más impactado por la expectativa de dicha situación.

(5) Dos factores correspondientes al área de necesidad de contactos sociales presentan resultados significativos: las gestantes dicen necesitar más de sus familiares y allegados, así como expresan una menor nostalgia del pasado. Parecería que la mujer reaccionase a las incertidumbres y preocupaciones del embarazo buscando el apoyo emocional de sus seres más allegados, los cuales funcionarían como neutralizadores o mediadores de dicho stress (suponiendo que el embarazo constituye una situación stressante, situación que, por supuesto, no está presente entre las mujeres de planificación). A su vez, la expresión de una menor nostalgia sugeriría la existencia, durante el embarazo, y, con valor situacional, de una mayor proyección hacia el futuro.

(6) En el núcleo de factores correspondientes a cambios que la mujer sospecha que el futuro hijo pueda ocasionar en su vida, explorado por el cuestionario acerca de las expectativas de futuro, se observan mayores puntuaciones, y, en todos los factores, en el grupo de las no gestantes ($p < .001$). Dado que este grupo está utilizando anticonceptivos en los momentos de realización de este estudio, y dado que las áreas exploradas por este instrumento hacen referencia a los "costes" que el nacimiento podría ocasionar en la vida de la mujer, cabría argumentar que es en este grupo de mujeres en el que cabe esperar, al menos situacionalmente, la expresión de un mayor volumen de problemática personal y en la vida de relación conectada al fenómeno del nacimiento de un hijo. Y de rechazo, estos resultados representarían una cierta validación predictiva de las áreas exploradas por el cuestionario sobre expectativas de futuro.

(7) En el núcleo de dimensiones básicas de personalidad y motivación se registran cinco resultados significativos. Las mujeres en la situación de embarazo presentan una menor extraversión y un menor neuroticismo. Este resultado hablaría a favor de la existencia de una estructura de personalidad más estable emocionalmente en el grupo de las gestantes. En cuanto a rigidez personal, se observa en valoración extrema del mundo laboral puntuaciones ligeramente mayores ($p < .10$) en el grupo de las gestantes. Asimismo, este grupo puntúa significativamente menos en dos de los tres factores de motivación asociados positivamente al rendimiento. Dicho resultado sugeriría la presencia en el grupo de las gestantes de un menor nivel de existencia realista en el logro de metas y modos de actuar que el correspondiente al grupo de planificación.

En suma, a partir de los resultados obtenidos cabría pensar que la problemática que acompaña a la gestación es distinta a la presentada por mujeres que acuden a centros de planificación familiar. Para la mujer embarazada las áreas de interés se centrarían en torno a su salud física, a la necesidad de contacto social con sus allegados y familiares, al futuro parto, y a su compañero en el papel de padre. A este último respecto, parece encontrarse sensibilizados no solo la futura madre, sino también el compañero de ésta cuya presencia en el parto es juzgada poco útil e incluso negativamente por la propia mujer. Por otro lado, para una mujer que está acudiendo a un centro de planificación familiar la problemática parece girar, fundamentalmente, en torno a los desajustes que la expectativa del nacimiento de un hijo puede ocasionar en su vida personal, de relación y/o familiar así como en una estructura de personalidad más inestable emocionalmente. Este último resultado, y siguiendo el sistema dimensional de personalidad eysenkiano en relación a la conducta patológica, estaría describiendo a las mujeres de planificación que han participado en el trabajo y en relación a las gestantes, de sujetos neu-

róticos extravertidos (y, por tanto, clasificables, básicamente, en los trastornos histéricos y ciertos tipos de conducta antisocial). No encontramos por sí mismo explicación para este resultado. Podríamos aventurar que sean variables contextuales e históricas las que podrían dar razón, al menos en parte, de los resultados aquí obtenidos. En las fechas de realización de este trabajo (años 1983-85) se condenaba y/o no facilitaba por ciertos sectores de la población la utilización de anticonceptivos. En este sentido, cabe constatar como su publicidad así como disponibilidad y uso como medio de control de la natalidad eran fenómenos de introducción "formal" reciente en la sociedad española (y, en particular, en la Comunidad Valenciana, contexto en el que se ha desarrollado este trabajo). Cabría pues argumentar que las mujeres que acudían a los centros de planificación familiar en dicha época y que han participado en este trabajo están presentando una estructura de personalidad coherente con el contexto sociocultural y legal de la época en cuestión en que se llevó a cabo el estudio. Si el argumento expuesto fuese cierto cabría esperar que en la medida en que existiese una mayor aceptación social de la anticoncepción, el número así como la índole de las mujeres "consumidoras" de la misma irían progresivamente ampliándose, y el cuadro de resultados, aquí registrados, en consonancia, también, variaría.

3.2. Análisis submoduladores

En este segundo apartado presentamos resultados diferenciales correspondientes al agrupamiento de las mujeres apelando a una serie de datos de índole demográfico y obstétrica definitorios de la muestra de mujeres participantes en el estudio. Hemos considerado la muestra "total" subdividida en dos grupos (gestantes/no gestantes) y sobre ellos se llevan a cabo los análisis submoduladores en función de las distintas variables criterioles.

3.2.1. Variables criterioles demográficas

Tres variables criterioles de uso extendido dentro de la psicología diferencial van a ser consideradas aquí: La edad cronológica de la mujer, su estado civil, y nivel socioprofesional.

3.2.1.1. *La edad de la mujer.* Según estadísticas norteamericanas (1978) respecto de las tendencias y cambios demográficos registrados durante los últimos ocho años, un dato observado consiste en el aumento del número de mujeres que retrasan la edad de la maternidad. Mientras que obstétricamente, la edad de la mujer se ha relacionado con complicaciones durante el embarazo y el parto (MOORE, 1978; STOLTE et. al., 1972), y la existencia de trastornos congénitos en el hijo, el papel desempeñado por dicha variable en cuanto al proceso de interacción madre-hijo, parece presentar un cuadro menos pesimista. Las madres de más edad parecen

poder comportarse más disetra y hábilmente en las tareas de crianza del hijo (JONES, 1980), proporcionale un ambiente psicológico más estable, y determinar una mayor implicación del compañero en la crianza del hijo; por contrapartida, esta misma mujer puede experimentar más stress como consecuencia de la menor disponibilidad de los padres de la misma para prestarle apoyo en la crianza del hijo durante estos momentos de su vida (WILKIE, 1981).

En este trabajo hemos dividido a las mujeres en dos grupos: uno, con menos o igual a los 30 años de edad y el otro, con más de 30 años. Se analizan los resultados diferenciales alcanzados por dichos grupos, tanto en la situación del embarazo como fuera de la misma. Estos se encuentran recogidos en el cuadro número, 2, que pasamos a comentar:

(1) Por lo que respecta a la actitud de la mujer ante las tareas relacionadas con la crianza del hijo en contraposición a tareas profesionales desempeñadas fuera del hogar, es en el grupo de no gestantes donde las mujeres de más edad expresan una opinión más tradicional. En la situación de embarazo, ambos grupos de edad se muestran indistinguibles al respecto.

(2) Referido al estado físico de la mujer, explorado por el inventario de molestias, arroja un total de tres resultados diferenciales significativos entre las mujeres no gestantes: las más jóvenes expresan mayor volúmen de sintomatología de tipo digestivo, neurovegetativa, y de índole varía. Por el contrario, en el embarazo son las mujeres con más de 30 años las que muestran mayor sintomatología referida, en este caso, al sistema circulatorio periférico. A partir de estos resultados parece, pues, que el embarazo, como situación que conlleva una serie de alteraciones en el sistema sanguíneo periférico, representaría una mayor sobre carga para el organismo de mayor edad. Fuera de la situación del embarazo ambos grupos de mujeres son indistinguibles al respecto.

(3) Un tercer núcleo de diferencias se sitúa en torno a la percepción personal de la mujer sobre el fenómeno del parto. En este caso, las mujeres de más edad en contraposición a las más jóvenes y solamente en la situación del embarazo, manifiestan una concepción más instintiva respecto del fenómeno del nacimiento, opinan en mayor medida que la preparación prenatal es inútil, declaran una actitud más negativa en cuanto a vivenciar inconscientemente el parto, así como un mayor volúmen de concepciones stressantes sobre factores de alto riesgo materno asociados al nacimiento. En el grupo de mujeres no embarazadas, ambos grupos de edad se muestran indistinguibles respecto de estas cuestiones. Cabría pensar, pues, a partir de estos resultados, que habría un sector de la población de mujeres con más de 30 años, sector que en nuestro trabajo se localiza entre las gestantes, que expresa opiniones más en contra de acciones que supongan una intervención psicoló-

CUADRO Nº 2: LA EDAD DE LA MUJER. La explicación en el texto.

	EMBARAZADAS		(1)		(2)		NO EMBARAZADAS		(2-3)
	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	
Actitud tareas maternidad	111.71	167	112.88	56	78.61	100	95.49	70	-
Inventario soledad									n.s.
1.-Digestivos I.	114.10	169	113.71	58	89.34	99	78.36	70	0.05
2.-Neurovegetativos	110.83	169	123.23	58	89.73	99	78.31	70	0.10
3.-Circulatorio periférico	107.72	169	132.29	58	82.70	99	88.26	70	-0.01
8.-Miscelánea	115.85	169	108.61	58	92.87	99	73.86	70	0.01
Percepción parto y nacimiento 1ª Parte.									
1.-Concepción instintiva vs. aprendizaje.	101.53	165	138.89	56	85.00	106	96.12	72	-0.001
5.-Control parto, fuentes médicas.	107.63	165	120.93	56	83.17	106	98.81	72	-0.10
6.-Connotaciones negativas	101.17	165	139.96	56	82.10	106	100.39	72	-0.001
8.-Preparación parto, inútil	105.59	165	126.95	56	87.95	106	91.78	72	-0.02
9.-Percepción bajo rendimiento personal.	112.13	165	107.66	56	97.99	106	77.01	72	0.01
10.-Autoconfianza	101.98	165	137.57	56	80.63	106	102.56	72	-0.001
13.-Preocupación personal-hijo	109.22	165	116.23	56	95.77	106	79.97	72	0.05

-Continúa en la página siguiente-

CONTINUACION CUADRO Nº 2

EMBARAZADAS (1) NO EMBARAZADAS (2-3)

(0) (1) (2) (3)

	EMBARAZADAS (1)		NO EMBARAZADAS (2)		NO EMBARAZADAS (3)		(0-1)	(2-3)
	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	n.s.	n.s.
14.-Concepciones stressantes, alto-riesgo.	107.39	165	121.64	56	87.76	106	72	-0.10
15.-Preparación parto, inútil	105.75	165	126.48	56	87.01	106	72	-0.02
Percepción parto y nacimiento 2ª Parte.								
1.-Actitud tradicional, papel varón en crianza.	102.83	165	135.08	56	85.65	106	72	-0.001
3.-Actitud tradicional, papel mujer.	104.58	165	129.91	56	82.34	106	72	-0.01
4.-Presencia padre en parto, negativa.	108.68	165	117.85	56	82.72	106	72	-0.01
5.-Inseguridad padre.	103.93	165	131.82	56	86.77	106	71	-0.01
Necesidad contacto social								
1.-Búsqueda familiares	95.81	141	81.64	43	75.21	87	58	0.10
2.-Búsqueda compañeros	97.22	141	77.02	43	75.71	87	58	0.02
5.-Nostalgia pasado	89.45	141	102.51	43	73.48	87	58	-0.05
Expectativas futuras								
3.-Relación pareja	98.05	155	118.35	50	87.25	97	65	-0.01

-Continúa en la página siguiente-

CONTINUACION CUADRO N.º 2

EMBARAZADAS (0) NO EMBARAZADAS (2-3)

	(0)		(1)		(2)		(3)		(0-1)	(2-3)
	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	n.s.	n.s.
S.-Problemas económicos Tot.-	101.57 99.81	155 155	107.42 112.90	50 50	85.55 88.41	76 77	74.28 71.19	65 65	- -	0.10 0.02
Extraversión	101.44	152	95.24	47	70.67	90	81.61	59	-	0.001
Neuroticismo	101.75	152	94.33	47	85.19	90	59.45	59	-	0.001
Rigidez										
R1	91.67	146	108.20	44	68.06	89	80.85	56	-0.10	-0.10
R2	89.68	146	114.81	44	66.78	89	82.89	56	-0.01	-0.01
R3	90.89	146	110.78	44	66.80	89	82.85	56	-0.05	-0.01
Motivación y Ansiedad										
M1	89.49	144	107.26	42	72.56	89	74.96	57	-0.05	-
M2	90.89	144	102.44	42	77.82	89	66.75	57	-	0.10
M3	94.69	144	89.40	42	62.21	89	83.32	57	-	-0.02
M4	89.55	144	107.06	42	77.01	89	68.02	57	-0.05	-
MP	89.59	144	106.90	42	70.58	89	78.05	57	-0.05	-
A1	89.40	144	107.56	42	77.76	89	66.84	57	-0.05	0.10

Nota.- (0) = grupo de mujeres embarazadas con una edad menor a los 30 años; (1) = grupo de mujeres embarazadas con una edad mayor de 30 años; (2) = grupo de mujeres no embarazadas con una edad menor a los 30 años; (3) = grupo de mujeres no embarazadas con más de 30 años. N = número de sujetos correspondiente a cada grupo de comparación. En la penúltima columna, los niveles de significación correspondientes a las comparaciones efectuadas con los grupos de mujeres embarazadas. En la última columna, los niveles de significación correspondientes a las no embarazadas. En todas las comparaciones se ha utilizado la "U" de Mann-Whitney. El signo indica el sentido de la comparación. Caso de no ser significativa figura un guión.

gica en los procesos del nacimiento, así como un menor deseo de experimentar emocionalmente el parto. En la medida en que actitudes como las expuestas tengan un peso decisivo respecto de la colaboración de los sujetos en los programas de preparación psico física para el parto, serían pues las mujeres de más edad las que difícilmente participarían en ellos. Y de rechazo, que el tipo de necesidades psicológicas que una mujer de mayor edad (y gestante, en nuestro caso) está demandando del parto difiere de las expresadas por la mujer más joven.

En cuanto a las mujeres de más edad pertenecientes al grupo de planificación, se perciben con una mayor capacidad de rendimiento y expresan un menor volumen de preocupaciones respecto de sí misma y del hijo ante la situación del parto. Con respecto a estas dos cuestiones, ambos grupos de edad son indistinguibles en la situación de embarazo. Por último, indistintamente del grupo de mujeres analizado, son siempre las de mayor edad las que expresan más afirmaciones negativas sobre el parto, tienden a localizar en mayor medida el control del mismo en fuentes médicas, aunque, por contrapartida, expresan mayor confianza en sí mismas. Por tanto, por lo que respecta a estos últimos factores, la situación de ser gestante o ser mujer que utiliza una planificación familiar no genera respuestas diferenciales en relación a la edad de la mujer.

(4) En cuanto a la percepción de la mujer respecto del papel y comportamiento del varón a desempeñar en el parto y la crianza del bebé (explorada por la 2ª parte del cuestionario sobre la percepción del parto) son, en total, cuatro los factores que han resultado significativos. Tanto en la situación de embarazo como fuera de la misma, son las mujeres de más de 30 años las que expresan una orientación más tradicional respecto de las funciones a desempeñar por la mujer en la familia (opinando que la mujer, en este caso, es la más diestra y sobre la que recae la responsabilidad de la crianza del bebé). Solamente, entre las gestantes, las mujeres de más edad expresan opiniones más tradicionales respecto del papel del varón en las funciones de crianza. En tercer lugar, las mujeres más mayores y pertenecientes al grupo de planificación familiar perciben más negativamente a la pareja en cuanto al apoyo y utilidad que ésta les pueda prestar en el parto. En esta ocasión, la diferencia de edad no supone fuente de diferencia alguna entre el grupo de las gestantes.

En suma, los resultados correspondientes a este cuarto bloque parecen sugerir, y tanto entre las gestantes como entre las que no lo son, una misma dirección interpretativa: son las mujeres con más de 30 años de edad las que expresan opiniones más tradicionales en relación a los papeles sexuales en la crianza del bebé, y las que tienden a percibir al padre como más ansioso e inseguro con respecto al parto y al apoyo que espera recibir de él

durante el mismo. Estos resultados estarían hablando a favor de la existencia de una mayor consolidación de los roles tradicionales y de la división del trabajo dentro del seno familiar, en aquellos hogares cuyas mujeres cuentan con más de 30 años de edad.

(5) Otro punto de diferencias se presenta en el área de necesidad de contacto social. En este caso, el papel desempeñado por la edad fuera de la gestación es nulo: ambos grupos de edad se muestran indistinguibles. Un panorama distinto se registra entre las gestantes: las más jóvenes manifiestan necesitar más de sus familiares, allegados y compañeras; y expresan, por otro lado, una menor nostalgia del pasado, que las mujeres de más de 30 años.

Parece claro pues, que el embarazo, como situación desencadenante de una búsqueda de apoyo emocional, influiría, fundamentalmente, en la mujer más joven. Esta, durante el embarazo, manifiesta necesitar más de sus propios padres, de la pareja, así como de sus amigas.

(6) En el área de las expectativas de futuro, la edad parece ejercer un mayor papel entre las mujeres de planificación familiar. En este caso, las mujeres más jóvenes opinan que el nacimiento de un hijo podría afectarles más en su vida de relación de pareja, acarrearles una mayor cuantía de problemas económicos, así como en el conjunto total de los factores explorados por este cuestionario, donde presentan una puntuación significativamente mayor que sus contrapartes de mayor edad. Por el contrario, en la situación de embarazo ambos grupos de edad tienden a homogeneizarse, excepto en el área de relaciones con la pareja donde son las mujeres de más de 30 años quienes perciben un mayor impacto como consecuencia del nacimiento del futuro hijo.

Dada la existencia de una actitud diferencial respecto de la maternidad entre mujeres gestantes y mujeres que están utilizando anticonceptivos como medio de control de la fertilidad, ésta parece plasmarse en torno a la expectativa de cambio atribuible al nacimiento del hijo. Y en este sentido, son las mujeres más jóvenes y no gestantes las que tienden a percibir dicho fenómeno de modo más stressante.

(7) En la parte correspondiente a factores comprometidos más directamente con personalidad la tendencia observada es la siguiente: a) las mujeres de menor edad y que utilizan anticoncepción se presentan más extravertidas e inestables emocionalmente que sus contrapartes más jóvenes; b) las mujeres de menor edad, independientemente de que sean gestantes o no lo sean, presentan una menor rigidez (en los tres factores aislados) que las de mayor edad.

En suma, y por lo que respecta al área de personalidad destacaríamos el resultado referente a la existencia de una estructura de personalidad más inestable emocionalmente (propiamente, neuróticas extravertidas) entre las mujeres que están utilizando anti-concepción y que, a su vez, cuentan con menos de 30 años de edad. Y ello nos sugiere que es este sector más joven de la población el que según el modelo eysenkiano presenta correlatos de personalidad más estrechamente relacionados con la existencia de ciertas conductas calificadas de patológicas (histerias y conducta anti-social), resultados que, en nuestra opinión probablemente estén conectados con el consumo de anticonceptivos (en la misma línea argumental que al respecto ya hemos comentado -véase supra-).

(8) Finalmente, y en cuanto a factores de motivación y ansiedad relacionados con las tareas de rendimiento, las diferencias detectadas en función de la edad de los sujetos presentan una dinámica distinta en función del grupo de mujeres analizado. Una mayor edad se relaciona a factores conceptualizados como favorecedores del rendimiento, fundamentalmente, entre el grupo de las mujeres gestantes. Entre las de planificación, son las más jóvenes las que presentan (aunque débilmente, p <.10) una mayor indiferencia laboral y una mayor ansiedad perturbadora del rendimiento.

En definitiva, el papel desempeñado por la edad de la mujer se muestra distinto en el grupo de gestantes en relación al constituido por mujeres que utilizan una planificación familiar. En el primer caso, la mayor edad se relaciona a una actitud menos a favor de la intervención psicológica en el proceso del parto y a una menor necesidad de apoyo social durante el embarazo. En el segundo grupo, la menor edad se relaciona a una expectativa más stressante respecto del impacto que el nacimiento de un hijo pueda ocasionar en la vida de relación de la mujer, así como a una estructura de personalidad más inestable emocionalmente. Y, tanto en la situación del embarazo como fuera de la misma, son entre las mujeres de más edad donde parecen encontrarse consolidadas opiniones más tradicionales respecto de la división del trabajo familiar, así como unos mayores índices de rigidez.

3.2.1.2. *El estado civil de la mujer.* Según datos presentados por S. del CAMPO (1985) referentes a las tasas de ilegitimidad en España desde 1900 a 1979 se observa que, aunque no siendo las cifras en ningún momento alarmantes, las tasas de niños ilegítimos después de alcanzar valores máximos en el período comprendido entre 1920 y 1950, descienden, posteriormente, hasta el año 1970, y siguen descendiendo hasta 1979. En la última década se aprecia un incremento de niños ilegítimos hasta llegar a un 2.8 por 100 nacidos en 1979. Como el mismo autor sugiere, este aumento está probablemente relacionado con la mayor liberalización de los comportamientos sexuales y sobre todo, con el aumento de las parejas

que cohabitan, bien porque deciden no casarse o bien porque no pueden romper un matrimonio anterior.

Si bien la existencia de relaciones extramatrimoniales puede observarse en diversos grupos de la población, la mayoría de los estudios se han centrado en la población de adolescentes, por las implicaciones sociales que tal fenómeno conlleva (según datos procedentes del INE -1983-, las madres del 42.4 por 100 de los niños ilegítimos nacidos en 1979 tenían 22 años o menos y en el 72 por cien de los casos no constaba la edad del padre, lo cual viene a indicar que éste no era conocido legalmente).

Al respecto, se viene señalando reiteradamente la existencia de una fuerte relación entre ausencia de anticoncepción y presencia de embarazo en la población adolescente (FURSTENBER et al., 1969; GOLOSMITH et. al., 1972; NADELSON et. al., 1980). Factores tales como una discontinuidad en la utilización de métodos anti-conceptivos, existencia de presiones sociales, miedos a los efectos secundarios de la anticoncepción, presencia de ansiedades por el reconocimiento público de una vida sexual activa, o una concepción en la que actividad sexual, embarazo, y maternidad no guardan una estrecha relación, entre otros, son factores que se han relacionado con la no utilización de anticonceptivos y existencia de embarazo en las adolescentes (NOTMAN et. al., 1974; NOTMAN, 1975; NADELSON, et. al., 1980).

En este trabajo disponemos de tres grupos de mujeres en función del estado civil definitorio de las mismas. Cincuenta de ellas son solteras, 340 son casadas y 8 son divorciadas o separadas. Dado el volumen tan escaso de sujetos existente en la última condición se ha optado por eliminarlo del análisis. Los resultados diferenciales obtenidos se encuentran en el cuadro número 3.

Antes de comentarlos, señalar el escaso número de sujetos existentes entre las solteras gestantes (un número absoluto de siete), hecho este que imposibilita el poder realizar una interpretación adecuada del significado y alcance de los resultados obtenidos a partir de las mismas. Sin embargo, la relación numérica desigual entre solteras y casadas dentro de la población en general, desaconsejaría, también, que las estimaciones se realizaran a un nivel de igualdad numérica.

Una primera inspección de los resultados alcanzados nos revela la casi total ausencia de diferencias significativas entre solteras y casadas en la condición de embarazo con respecto a la de no embarazo (ocho factores resultan significativos en el primer caso, en contraposición a los 21 que se registran entre las mujeres de planificación familiar). Este resultado sugiere la casi total irrelevancia (al menos, cuantitativamente hablando) del

CUADRO Nº 3: EL ESTADO CIVIL DE LA MUJER. La explicación en el texto.

	EMBARAZADAS			NO EMBARAZADAS			COMPARACIONES			
	(0)	(1)	(2)	(3)	(0-1)	(2-3)				
	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	n.s.	n.s.		
Actitud tareas maternidad	43.29	7	116.25	220	60.28	43	89.78	120	-0.003	-0.001
Inventario molestias										
1.-Digestivos I.	103.93	7	116.38	224	71.29	42	85.07	120	-	-0.01
5.-Algias	106.21	7	116.31	224	71.86	42	84.88	120	-	-0.10
8.-Miscelánea	159.43	7	114.64	224	86.10	42	79.89	120	0.10	-
Percepción parto (IA)										
1.-Concepción instintiva	103.79	7	112.78	217	69.38	44	93.15	127	-0.10	-0.001
2.-Connotaciones positivas I	108.21	7	112.64	217	76.47	44	89.30	127	-	-0.10
5.-Concepciones stressantes dolor.	71.97	7	113.82	217	66.01	44	92.93	127	-0.05	-0.001
6.-Connotaciones negativas	121.29	7	112.22	217	68.36	44	92.11	127	-	-0.002
8.- Preparación parto, inuitil.	105.86	7	112.71	217	76.15	44	89.41	127	-	-0.10
10.-Autoconfianza	105.23	7	112.71	217	69.55	44	91.70	127	-	-0.01
11.-Connotaciones positivas II.	106.00	7	112.71	217	58.82	44	95.42	127	-	-0.0001
13.-Preocupación personal -hijo.	72.71	7	113.78	217	80.67	44	87.85	127	-0.10	-

CONTINUACION CUADRO N° 3

	EMBARAZADAS			NO EMBARAZADAS			COMPARACIONES	
	(0)	(1)	(2)	(3)	(0-1)	(2-3)		
	Rango medio. N	Rango medio N	Rango medio N	Rango medio N			n.s.	n.s.
Percepción parto (2A)								
1.-Actitud tradicional varón	79.71 7	113.56 217	68.19 44	92.17 127	-	-0.005		
3.-Actitud tradicional mujer	86.93 7	113.32 217	68.30 44	92.13 127	-	-0.005		
5.-Inseguridad padre	68.50 7	113.92 217	73.29 43	89.63 127	-0.05	-0.05		
Necesidad contacto social.								
5.-Nostalgia pasado.	134.00 6	93.20 182	67.61 38	71.58 38	0.01	-		
Expectativas de futuro								
2.-Relaciones sexuales	104.36 7	104.50 201	92.86 43	72.29 112	-	0.005		
Extraversión								
	150.64 7	99.21 194	69.58 39	73.59 105	0.02	-		
Rigidez								
1.-R1	92.25 6	97.15 187	50.97 38	77.77 102	-	-0.001		
2.-R2	78.00 6	97.61 187	48.62 38	78.65 102	-	-0.0001		
3.-R3	95.58 6	97.05 187	118.55 38	78.68 102	-	-0.0001		

- Continúa en la página siguiente -

CONTINUACION CUADRO Nº 3

EMBARAZADAS (0) NO EMBARAZADAS (2) COMPARACIONES (0-1) (2-3)

Motivación y ansiedad	EMBARAZADAS (0)		(1)		(2)		(3)		COMPARACIONES	
	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	(0-1)	(2-3)
1.-M1	115.58	6	94.33	183	54.25	38	77.18	103	-	-0.002
2.-M3	86.50	6	95.28	183	49.50	38	78.93	103	-	-0.0001
3.-MP	119.83	6	94.19	183	50.20	38	78.67	103	-	-0.0002
4.-A1	76.83	6	95.60	183	62.24	38	74.23	103	-	-0.10

Nota.— (0) = Grupo de mujeres embarazadas solteras; (1) = grupo de mujeres embarazadas casadas; (2) = grupos de mujeres no embarazadas solteras; (3) = grupo de mujeres no embarazadas casadas; N = número de sujetos correspondientes a cada grupo de comparación. En la penúltima columna, los niveles de significación correspondientes a las comparaciones efectuadas con los grupos de mujeres embarazadas. En la última columna, los niveles de significación correspondientes a los grupos de mujeres no embarazadas. El signo indica el sentido de la comparación. Caso de no ser significativa figura un guión. En todas las comparaciones se ha utilizado la "U" de Mann-Whitney.

estado civil como variable criterial entre las mujeres gestantes. Veamos más detalladamente sobre qué factores se han registrado las diferencias.

(1) Tanto entre las mujeres gestantes como entre las de planificación familiar, son las mujeres casadas las que defienden con mayor intensidad una preferencia por el hogar y la crianza de los hijos.

(2) En el área de sintomatología somática, y por lo que respecta al grupo de las embarazadas, solteras y casadas se muestran casi indistinguibles entre sí; tan solo, se registra una ligera tendencia ($p < .10$) en el grupo de las solteras a informar de un mayor número de síntomas varios. Por el contrario, en la situación de planificación familiar son las mujeres casadas las que informan de un mayor volúmen de sintomatología (en digestivos II y en algias).

(3) Con respecto a la percepción del parto. 1ª parte, se registran tres diferencias significativas entre las mujeres embarazadas, mientras que siete, entre aquellas que no lo son. En el primer caso, las mujeres casadas conceptualizan en mayor medida los fenómenos relacionados con el nacimiento como sucesos fundamentalmente determinados por el instinto y/o la biología maternas, mantienen un mayor número de concepciones stressantes respecto de lo doloroso que resulta el parto, y se muestran más preocupadas por el desenlace y salud del futuro hijo. Entre las mujeres de planificación, se registran estos mismos resultados añadiéndose, además, un mayor volúmen de afirmaciones de índole positiva y negativa sobre el parto, una actitud menos a favor de la preparación prenatal, y una mayor expresión de confianza en los propios recursos para hacer frente al parto.

(4) En cuanto a la percepción de la mujer respecto de la distribución de tareas entre hombre y mujer en la crianza del hijo, las mujeres casadas y que están utilizando una planificación familiar son las que asumen, en mayor medida que las solteras, que la responsabilidad de dichas tareas debe recaer en la mujer, así como otorgan al varón una menor responsabilidad y competencia en las mismas. Respecto de estas mismas cuestiones, solteras y casadas, en la situación de embarazo, muestran semejante opinión.

(5) Referido a la necesidad de contactos sociales, las gestantes que son solteras muestran una mayor nostalgia del pasado que las casadas. En la situación de planificación ambos grupos son indistinguibles entre sí. El primer resultado nos sugiere que, al menos situacionalmente, el embarazo conllevaría para la mujer soltera una añoranza de los momentos anteriores al mismo y, cabe suponer que, con ello, de los tipos de vida aparejados a los mismos que, ahora, percibe no podrán seguir desarrollándose.

(6) En lo que atañe a las expectativas de futuro, mientras que en la situación de embarazo solteras y casadas son totalmente semejantes en cuanto a la percepción de problemática en la vida de relación de la mujer aparejada al nacimiento del hijo, en la situación de planificación familiar son las solteras las que dicen que el suceso del nacimiento podría afectarles más en su vida de relación sexual ($p < .005$). Este resultado estaría hablando a favor de la existencia de un mayor desequilibrio en el modo de funcionamiento sexual ocasionado por el posible nacimiento de un hijo entre las solteras que utilizan anticoncepción.

(7) Por lo que respecta al núcleo de dimensiones correspondientes a personalidad y motivación, en la situación de embarazo solamente se registra una diferencia significativa: las mujeres solteras se muestran más extravertidas que las casadas. Fuera de la situación de embarazo son las mujeres casadas las que, en todos los factores registrados, presentan mayores puntuaciones: en rigidez (en los tres factores aislados por el cuestionario), en tendencia a sobrecarga de trabajo, autoexigencia, motivación positiva, y en ansiedad perturbadora del rendimiento.

Resumiendo: los resultados obtenidos indican que el estado civil de la mujer desempeña un papel cuantitativamente mayor en el grupo de las mujeres que siguen una planificación familiar, mientras que en la situación de embarazo solteras y casadas se muestran apenas indistinguibles. Este último resultado (el de las gestantes), ya registrado en anteriores trabajos por nosotros mismos (PELECHANO y ROLDAN, 1981a; PELECHANO, 1981b; ROLDAN, 1982), vendría a confirmar, una vez más, la escasa relevancia del estado civil a la hora de evaluar el impacto del nacimiento de un hijo en la vida de la mujer (al menos, durante el período temporal comprendido desde el embarazo hasta los seis meses postparto). Y de rechazo, que solteras y casadas gestantes tienden a reaccionar de modo semejante ante el fenómeno de la maternidad. Podríamos argumentar que ello obedece a dos factores: a) la mujer soltera, al tener un hijo, tiende a homogeneizarse psicológicamente con la mujer casada. Por ello los resultados obtenidos, para una y para otra, son apenas indistinguibles; b) las mujeres solteras que han tomado parte en el estudio constituyen un grupo con una problemática no representativa de la madre soltera. Dado el tipo de metodología seguido en este trabajo (entrevistas en policlínicas de tocología, dónde se llevan a cabo periódicamente las revisiones prenatales), y la evidencia existente respecto a una menor asistencia antenatal entre las solteras, cabría argumentar que "nuestro" grupo está compuesto por aquellas gestantes solteras con menor problemática psicosocial. Y por tanto, que en este trabajo no se ha accedido a la madre soltera tradicionalmente descrita con presencia de mayor problemática y que muestra de modo concomitante bajos índices de asistencia antenatal.

3.2.1.3. *El nivel socioprofesional de la mujer.* Ya a principios de siglo el concepto de clase social empezó a utilizarse como medio de clasificar a la población, y a analizar sus posibles influencias sobre los resultados del embarazo y el parto. Indudablemente, la clase social es un concepto abstracto y, como tal, no nos dice mucho acerca del efecto que las circunstancias particulares de cada categoría profesional pueda producir. Sin embargo, como instrumento de investigación ha sido sumamente útil y desde hace tiempo se sabe que, por ejemplo, en el caso de la mortalidad infantil, los índices son mayores en las clases sociales más bajas de la población. Esto revela que existen determinados estilos de vida asociados a determinadas clases sociales, que serían en última instancia los determinantes de los resultados obtenidos en el embarazo y el parto.

Existen múltiples indicadores de clase social, y en el caso de la población femenina ha sido costumbre el dividir a las mujeres en diferentes clases sociales de acuerdo al empleo obtenido por el marido, aunque ellas tuvieran ocupaciones propias. Nosotros, por nuestra parte, hemos optado por clasificar a las mujeres de acuerdo al propio nivel profesional, utilizando una clasificación primordialmente dicotómica (mujeres que trabajan fuera del hogar vs. mujeres que trabajan dentro de casa), para pasar, posteriormente, a una clasificación posterior, que resulta tradicional en el mundo occidental: profesiones de "cuello blanco" (asimiladas a profesiones liberales, administrativos y ejecutivos, técnicos superiores y de tipo medio, entre otras) y profesiones de "cuello azul" (representadas por profesiones comprometidas con tareas domésticas, mecánicos, obreros, personal de servicio, cuidadores hospitalarios, etc.). De modo que tenemos tres grandes grupos: uno representado por mujeres de "cuello blanco", otro de "cuello azul" y un tercero que trabaja dentro de casa (amas de casa) sin prestar servicio fuera de ella. La composición con respecto a esta categorización en la muestra "total" de mujeres es respectivamente de un 17%, de un 33% y de un 50%.

Al igual que en los casos anteriores, consideraremos la muestra "total" de mujeres subdividida en dos grupos (embarazadas y no embarazadas) y sobre cada uno de ellos se llevarán a cabo las comparaciones intergrupales correspondientes. La prueba de significación utilizada en todos los casos ha sido la "U" de Mann-Whitney. Los resultados correspondientes a las comparaciones que han resultado significativas se encuentran recogidos en el cuadro número 4.

CUADRO Nº 4: NIVEL PROFESIONAL DE LA MUJER. La explicación en el texto.

	EMBARAZADAS			NO EMBARAZADAS		
	(0-1)	(1-2)	(0-2)	(0-1)	(1-2)	(0-2)
Actitud tareas maternidad	-0.04	-0.02	-0.0002	-0.02	-0.02	-0.0001
Inventario molestias						
1.-Digestivos I	-	-	-0.05	-	-	-
2.-Neurovegetativos	-0.01	-	-0.01	-	-	-
3.-Circulatorio periférico	-	-	-	-0.002	-	-0.02
4.-Digestivos II	-	-	-	-	0.10	-
5.-Algias	-0.10	-	-0.05	-	-	-0.05
6.-Cardiovasculares	-0.05	-	-0.01	-	-	-
7.-Vegetativos	-	-0.10	-0.10	-	-	-
8.-Miscelánea	-0.01	-	-0.05	-	0.01	-
Tot.	-0.01	-	-0.01	-0.05	-	-
Percepción parto y nacimiento						
1ª Parte						
1.-Concepción instintiva	-0.05	-0.01	-0.001	-0.10	-0.05	-0.001
2.-Connotaciones positivas I	-	-	-	-0.02	-	-
3.-Parto, suceso aversivo	-	-0.10	-0.01	-0.05	-	-
4.-Concepciones stressantes, dolor.	-0.01	-	-0.002	-0.01	-	-0.01
5.-Control parto, fuentes médicas.	-0.001	-	-0.0001	-	-0.01	-0.001
6.-Connotaciones negativas	-0.01	-	-0.01	-	-0.02	-0.01
7.-Percepción dolorosa	-0.05	-	-0.01	-	-	-
8.-Preparación parto, inútil	-0.005	-	-0.001	0.10	-0.01	-
9.-Percepción bajo rendimiento	-0.05	-	-0.01	-	0.03	-
11.-Connotaciones positivas II	-0.03	0.01	-	-0.05	-	-0.005
12.-Actitud negativa ante vivencia.	-0.02	-	-0.01	-	-	-
13.-Preocupación personal-hijo	-	-0.005	-0.05	-	-	-
14.-Concepciones stressantes, alto riesgo.	-0.02	-	-0.01	-0.002	-	-0.0002
15.-Preparación parto, inútil	-0.10	-0.05	-0.001	-0.05	-	-0.005

-Continúa en la página siguiente-

CONTINUACION CUADRO N° 4

	EMBARAZADAS			NO EMBARAZADAS		
	(0-1)	(1-2)	(0-2)	(0-1)	(1-2)	(0-2)
Percepción parto y nacimiento						
2ª Parte.						
1.-Actitud tradicional, varón	-	-0.02	-0.001	-0.01	-	-0.0002
3.-Actitud tradicional, mujer	-0.01	-0.005	-0.0001	-0.001	-0.01	-0.0001
4.-Presencia padre en parto, negativa	-0.05	-	-0.05	-0.10	-	-0.10
5.-Inseguridad padre	-	-0.01	-0.05	-0.01	-	-0.001
6.-Actitud tradicional, mujer	-	-	-	-0.07	-0.02	-0.001
Necesidad contacto social						
3.-Rechazo familiares	-	-0.001	-0.01	-	-	-
4.-Rechazo amistades	-	-0.01	-0.10	-	-	-
5.-Nostalgia pasado	-	-	-0.05	-0.10	-	-0.05
Expectativas de futuro						
2.-Relaciones sexuales	0.05	-	0.01	0.10	0.10	0.001
4.-Desorganización rutina	0.10	-	-	-	0.01	0.005
Tot.	-	-	-	-	0.005	0.01
Extraversión						
	-	0.03	0.01	-	-	-
Neuroticismo						
	-0.10	-	-0.01	-0.05	0.10	-
Rigidez						
R1	-0.03	-	-0.02	-0.02	-0.02	-0.0001
R2	-0.10	-	-0.03	-0.001	-	-0.0001
R3	-	-	-	-0.02	-	-0.001
Motivación y Ansiedad						
M1	-	-	-	-0.002	0.10	-0.05
M2	-0.10	-	-0.05	-0.01	-	-0.10
M3	-	-	-	-0.05	-	-0.01
M4	-	0.05	-	-	-	-
MP	-	0.05	-	-0.03	-	-0.05
A1	-0.05	-	-0.04	-0.002	-	-0.05
A2	-	0.03	-	-	-	-

NOTA: En la primera columna, los nombres de los factores que han resultado significativos. En las tres siguientes, los valores de los niveles de significación correspondientes a las comparaciones efectuadas con los grupos de mujeres embarazadas: (0) = grupo de 24 mujeres embarazadas que desarrollan una profesión de "cuello blanco"; (1) = grupo de 64 mujeres que desarrollan una profesión de "cuello azul"; (2) = grupo de 134 mujeres que son amas de casa. En las tres últimas columnas, los valores de los niveles de significación correspondientes a las comparaciones efectuadas con los grupos de mujeres no embarazadas: (0) = grupo de 37 mujeres que desarrollan una profesión de "cuello blanco"; (1) = grupo de 63 mujeres que desarrollan una profesión de "cuello azul"; (2) = grupo de 69 mujeres que son amas de casa. El signo indica el sentido de la comparación. Caso de no ser significativa figura un guión. En todas las comparaciones se ha utilizado la "U" de Mann-Whitney.

En la parte izquierda del cuadro figuran los niveles de significación correspondientes a las comparaciones intergrupales efectuadas con los distintos grupos profesionales de mujeres embarazadas; en la parte derecha, los correspondientes a los grupos profesionales de mujeres no embarazadas. Tres son las tendencias mostradas por los resultados:

Primera. Considerando en bloque los resultados obtenidos y que han sido significativos, se observa una mayor diferenciación entre los diferentes grupos profesionales pertenecientes a la situación de embarazo (76 diferencias han resultado significativas) que entre esas mismas profesiones en la situación de no embarazo (70 diferencias, en este caso).

Segundo. La mayor diferenciación registrada entre los distintos grupos profesionales de mujeres embarazadas se da por lo que respecta a sintomatología somática, percepción del parto 1ª parte, necesidad de contacto social, y personalidad (caso de rigidez). En estos casos, el número de diferencias que han resultado significativas bajo la situación de embarazo es mayor que el correspondiente a las obtenidas en la situación de no embarazo. Por lo que respecta a los factores explorados por las pruebas percepción parto 2ª parte, expectativas de futuro, y motivación y ansiedad de ejecución, la tendencia observada es la opuesta: mayor diferenciación entre los distintos grupos profesionales de no gestantes y tendencia a la homogeneización entre las que sí lo son.

Tercera. La tendencia general mostrada por los resultados es la obtención de mayores puntuaciones entre las mujeres que son amas de casa (tanto si son embarazadas como si no lo son).

Veamos en concreto cuáles han sido los resultados obtenidos.

(1) Por lo que respecta a la actitud ante tareas relacionadas con la maternidad en contraposición a las desempeñadas fuera del hogar, se registran resultados diferenciales significativos entre los tres grupos profesionales. Y a menor cualificación profesional (o en grado extremo las amas de casa) se expresan opiniones más tradicionales. Este resultado se observa tanto entre las gestantes como entre las mujeres que siguen una planificación familiar.

(2) En el núcleo de factores referido a sintomatología somática se obtienen seis diferencias significativas entre los diversos grupos profesionales de mujeres no gestantes, mientras que 13 entre los correspondientes a las gestantes. En este último caso, la mayor diferenciación se da en primer lugar, entre las mujeres que desempeñan una profesión de "cuello blanco" y las amas de casa (7 factores resultan significativos); a continuación, entre las de "cuello blanco" y las de "cuello azul" (5 factores); y por último, entre las correspondientes a las profesionales de "cuello azul" y las amas de casa, grupos, estos últimos, que son apenas indistinguibles (tan solo se diferencian en síntomas de tipo vegetativo, con una $p < .10$). En el grupo de mujeres no embarazadas cada comparación intergrupual arroja tan solo dos factores significativos.

Tanto bajo la condición de no embarazo como bajo la de sí embarazo, la tendencia general mostrada por los resultados consiste en la obtención de una mayor puntuación a medida que disminuye la cualificación profesional o se trata de amas de casa. En concreto, estas últimas manifiestan padecer un mayor volumen de sintomatología de tipo digestivo (sea emética o no lo sea), neurovegetativa, de algias, cardiovasculares, vegetativos, y en miscelánea.

Estos resultados nos indicarían que, por lo que respecta a sintomatología somática, la consideración del nivel profesional como variable criterial parece desempeñar un escaso papel entre las mujeres de planificación familiar. Es entre las mujeres gestantes dónde tiende a localización el mayor volumen de diferencias significativas. Y en este sentido, que el embarazo conllevaría una menor repercusión física entre las mujeres con profesiones más cualificadas.

(3) Un tercer grupo de diferencias significativas se agrupa en torno a la prueba que hemos denominado percepción del parto. 1ª

parte. Para el grupo de mujeres no embarazadas se registra un total de 20 diferencias significativas y de 28, para el grupo de las gestantes.

En el grupo de las no embarazadas la mayor diferenciación se da entre las mujeres con profesiones cualificadas y las que desempeñan profesiones cualificadas (8 diferencias significativas), o bien entre las mujeres con profesiones cualificadas y las que son amas de casa (7 diferencias significativas en este caso); y, la menor diferenciación se da entre las mujeres con profesiones poco cualificadas y las que son amas de casa (grupos profesionales que se diferencian en torno a 5 factores).

En las tres comparaciones intergrupales la tendencia general registrada consiste en la obtención de mayores puntuaciones entre las amas de casa o bien entre las mujeres con profesiones poco cualificadas. Las amas de casa, de este modo, manifiestan una concepción más instintiva respecto de las habilidades comprometidas con el parto y la maternidad delegando un papel secundario al factor aprendizaje, expresan mayor número de afirmaciones respecto al dolor que supone el parto, tienden a localizar en mayor medida el control de lo que suceda en el parto en fuentes médicas, emiten un mayor número de afirmaciones de índole stressante respecto de una serie de características maternas asociadas a alto riesgo para el parto, dan un mayor número de afirmaciones tanto positivas como negativas sobre el mismo y consideran que la preparación psicológica prenatal es poco útil (tanto ante la "normalidad" como ante las "dificultades" que pueda conllevar el parto). Por su lado, las mujeres que desarrollan trabajos poco cualificados en contraposición a las de mayor cualificación profesional, presentan una concepción más instintiva, expresan mayor temor asociado al parto, mayor número de concepciones stressantes sobre factores de alto riesgo materno, opinan que la preparación prenatal es más inútil, y emiten un mayor número de afirmaciones positivas sobre el fenómeno del parto.

En suma, y como norma general, se observa entre las gestantes que a menor cualificación profesional (o ama de casa) se alcanzan mayores puntuaciones, a excepción de dos factores en los que son las mujeres de "cuello blanco" las que puntúan más alto: en evaluación negativa de la preparación psicofísica para el parto ($p < .10$) con respecto a las mujeres de profesiones de "cuello azul"; y en percepción de bajo rendimiento ante el parto ($p < .03$) con respecto, en este caso, a las amas de casa.

En cuanto al grupo de mujeres que son gestantes, se sigue registrando una mayor diferenciación entre las mujeres con profesiones de "cuello blanco" al compararlas por un lado, con las de "cuello azul", o bien al compararlas por otro, con las amas de casa (12 y 11 diferencias significativas se registran respectiva-

mente para cada comparación intergrupala); mientras que la menor diferenciación se da entre las profesionales de "cuello azul" y las amas de casa (5 diferencias significativas). De modo semejante a lo que sucedía entre las no gestantes, en este caso, también, se registra la tendencia general de obtención de mayores puntuaciones en el grupo de menor cualificación profesional o en las amas de casa, con respecto a las profesiones cualificadas. Se añaden nuevos factores a los ya registrados en la situación de no embarazo: las amas de casa, además, en la situación de embarazo, expresan mayor temor respecto del parto, una percepción más dolorosa, un menor deseo de estar consciente durante el parto, y mayor preocupación por lo que tanto a ella misma como al futuro hijo les pueda suceder durante el parto.

En suma, tanto en la situación de embarazo como fuera de la misma, los grupos profesionales más heterogéneos entre sí en cuanto a percepción del parto se refiere, son los constituídos por mujeres que desempeñan profesiones denominadas de "cuello blanco" con respecto a las que desarrollan profesiones de "cuello azul" o bien con respecto a las que son amas de casa. Sin embargo, las amas de casa y las mujeres de "cuello azul" (y, también, tanto en la situación de embarazo como fuera de la misma) resultan más homogéneas entre sí. Y en todos los casos, son las profesionales de "cuello blanco" las que presentan un cuadro más "positivo", en el sentido de manifestar opiniones que reflejan una percepción menos stressante del parto, una actitud más positiva en cuanto a estar conscientes y alertas durante el mismo, un mayor autocontrol de lo que suceda durante el parto y una actitud más positiva con respecto de la existencia de una intervención psicológica en el parto y la maternidad.

(4) Un cuarto bloque de resultados hace referencia a la percepción de la mujer respecto de la distribución de tareas entre hombres y mujeres comprometidas con la crianza del hijo (cuya evaluación es realizada a través de la prueba percepción parto. 2ª parte). En esta área se registra una tendencia opuesta a la observada en los bloques de resultados hasta ahora comentados. Se da una mayor semejanza entre los distintos grupos profesionales dentro de la situación del embarazo que entre los correspondientes a la de no embarazo. Mientras que en el primer caso se registran nueve resultados diferenciales significativos, en el segundo este número aumenta a doce. Esta mayor diferenciación entre los distintos grupos profesionales en la situación de no embarazo obedece, fundamentalmente, a la comparación correspondiente entre mujeres que desempeñan un trabajo fuera del hogar (sea más o menos cualificado). Estos dos grupos de mujeres resultan más homogéneos entre sí durante el embarazo (dos factores significativos) que fuera del mismo (cinco factores significativos). Las restantes dos comparaciones interprofesionales no representan un cambio significativo en cuanto al volúmen de diferencias alcanzadas.

Por lo que respecta a las mujeres que trabajan fuera del hogar son las que pertenecen al grupo de planificación familiar las que presentan opiniones más opuestas. Y en este sentido, a menor cualificación profesional actitudes más tradicionales respecto de las funciones a desempeñar y habilidades mostradas tanto por el varón como por la mujer en cuanto a la crianza de los hijos. Asimismo, en este mismo grupo de mujeres que asisten a centros de planificación, son las amas de casa en contraposición a las mujeres con profesiones cualificadas las que expresan opiniones más tradicionales. Por último, amas de casa y mujeres de profesiones poco cualificadas tienden a ser más semejantes entre sí (dos diferencias significativas) aunque, las amas de casa siguen expresando opiniones más conservadoras.

En la situación de embarazo se sigue registrando una mayor discrepancia entre las amas de casa y las profesionales de "cuello blanco" (cuatro factores significativos) y continúan las amas de casa expresando opiniones más tradicionales. Desaparecen entre los grupos que trabajan fuera del hogar las diferencias correspondientes a asignación de papeles y tareas a realizar con el recién nacido en cuanto al sexo del progenitor. Aunque se sigue manteniendo la opinión de que el varón está poco preparado para desarrollar un comportamiento de apoyo y servir de ayuda a la mujer durante el parto.

En suma, y en cuanto a la percepción de la mujer del papel y destreza mostrados por el varón en relación al parto y crianza del bebé, la tendencia general observada (tanto en el embarazo como fuera del mismo) consiste en la manifestación de opiniones más conservadoras a menor cualificación profesional (o se trate de amas de casa). Se observa entre los grupos de mujeres que desarrollan una profesión fuera del hogar una mayor divergencia de opiniones entre las que acuden a centros de planificación familiar y una mayor semejanza entre esos mismos grupos entre las que son gestantes. Lo cual nos sugeriría, a nivel de hipótesis, que el embarazo pueda suponer, para estos dos grupos profesionales, una mayor homogeneización de sus opiniones que para el resto de los grupos.

(5) Por lo que respecta al núcleo de factores comprometidos con búsqueda y/o rechazo de estimulación social, entre las mujeres no embarazadas se registra un total de dos diferencias significativas. Las profesionales de "cuello blanco" expresan una menor nostalgia del pasado que sus contrapartes del "cuello azul" o que las amas de casa, siendo estos dos grupos indistinguibles entre sí al respecto. Es en la situación de embarazo donde el nivel profesional diferencia a las mujeres, obteniéndose un total de cinco diferencias significativas. Tres de ellas agrupadas en torno a la comparación "cuello blanco" vs. amas de casa (expresando estas últimas, durante el embarazo, un mayor rechazo de fami-

liares y amigas, así como una mayor nostalgia del pasado). Las dos diferencias restantes se localizan en torno a la comparación mujeres de "cuello azul" vs. amas de casa (dónde, otra vez, son las amas de casa las que expresan mayor rechazo de interacción social).

En suma, en la medida que las distintas categorías profesionales conlleven distinta cuantía de interacción social, parecería que la situación del embarazo, con los cambios que suele traer aparejados de mayor acercamiento de familiares y de amistades en torno a la futura madre, representaría para la mujer ama de casa una situación de "saciación" de estimulación social procedente de estas fuentes, fuentes que usualmente suelen estar a su alcance y de las que, ahora desearía menor interacción.

(6) En cuanto a las expectativas de futuro se registra un total de siete diferencias significativas entre las mujeres de planificación familiar y de dos, entre las mujeres gestantes. En el primer caso, la mayor diferenciación se observa entre las mujeres que trabajan fuera del hogar (sean de "cuello blanco" o de "cuello azul") y las amas de casa. Las primeras expresan que el nacimiento del hijo podría ocasionarles en su vida una mayor alteración en cuanto a relaciones sexuales y rutina doméstica, así como en el conjunto total de las áreas exploradas. Por su lado, las mujeres que trabajan fuera del hogar se muestran casi indistinguibles entre sí (registrándose una ligera tendencia, $p < .10$, entre las mujeres de "cuello blanco" a presentar una mayor puntuación en el área de relaciones sexuales).

En la situación de embarazo el cuadro mostrado por los resultados obtenidos cambia radicalmente de modo que las amas de casa y las profesionales de "cuello azul" son indistinguibles entre sí. Se sigue dando la misma tendencia observada en la situación de no embarazo en cuanto a expresar mayor volúmen de problemas en la vida de la mujer conectados al nacimiento del hijo entre las mujeres de "cuello blanco" bien al compararlas con las de "cuello azul" o bien con las amas de casa (aunque en esta última comparación, el número de diferencias registrada ha disminuído notablemente con respecto al alcanzado en la situación de no embarazo).

En suma, los resultados obtenidos nos estarían sugiriendo que el nivel profesional de la mujer parece ejercer un importante papel en la toma de decisión de formación (o ampliación) de la familia. Y en este sentido, que el desarrollo de una profesión remunerada fuera del hogar y la maternidad son percibidos como objetivos conflictivos.

(7) En el núcleo de dimensiones básicas de personalidad referente a neuroticismo no se registran diferencias notables entre

los distintos grupos profesionales en función de que sean mujeres que siguen una planificación familiar o de que sean gestantes. En el primer caso, son las mujeres que desempeñan trabajos poco cualificados las que presentan mayores índices de neuroticismo. Entre las gestantes, la tendencia registrada es de un mayor neuroticismo conforme se desempeña un trabajo fuera del hogar de índole poco cualificada, mientras que cualificación profesional y amas de casa son indistinguibles entre sí.

(8) En cuanto a dimensiones de personalidad comprometidas con rigidez, tanto entre las mujeres de planificación familiar como entre las gestantes, las comparaciones interprofesionales que resultan más heterogéneas entre sí son las correspondientes a las profesionales de "cuello blanco" con respecto a las de "cuello azul" por un lado y por otro, con respecto a las amas de casa. Y a menor cualificación profesional (o ama de casa) mayor rigidez. Por su lado, los grupos profesionales que resultan más semejantes entre sí son los constituidos por sujetos que trabajan fuera del hogar. Estos grupos, en la situación de embarazo, son totalmente indistinguibles.

(9) Un último bloque de resultados diferenciales a comentar se refiere a la estructura motivacional de las mujeres en función de su nivel de cualificación profesional. Con respecto a las mujeres de planificación familiar, los factores significativos tienden a localizarse en las comparaciones interprofesionales correspondientes a las mujeres de "cuello blanco" con las mujeres de "cuello azul" (cinco factores) y a las mujeres de "cuello blanco" con las amas de casa (cinco factores). Por su lado, las mujeres de "cuello azul" y las amas de casa resultan casi indistinguibles entre sí. La tendencia general registrada en cuanto a aquellos factores conceptualizados como favorecedores del rendimiento, consiste en la obtención de menores puntuaciones entre las mujeres con profesiones de "cuello blanco". Esta tendencia, registrada entre las mujeres pertenecientes a planificación familiar, no se observa (al menos en igual cuantía e intensidad) entre las mujeres gestantes. Cabría, pues, argumentar que entre las mujeres de planificación familiar que cuentan con profesiones cualificadas se tiende a reaccionar al mundo laboral con una menor motivación "realista". O dicho de otro modo, que son las mujeres con profesiones no cualificadas y las amas de casa los grupos que presentan criterios motivacionales en relación al mundo laboral, de fuera del hogar, más satisfactorios (más autoexigencia, mayor tendencia a sobrecarga de trabajo, mayor ambición y, en suma, una mayor motivación positiva en cuanto a tareas relacionadas con el mundo profesional).

A tenor de los resultados obtenidos, parecería que en aquellos grupos profesionales en los que cabría esperar una menor motivación favorecedora del rendimiento, se está operando precisamente

el resultado opuesto. Y ello nos hace pensar que (al menos con la muestra de sujetos aquí estudiada) nivel profesional y estructura motivacional básica (tal y como están conceptualizados) no guardan la relación esperada. Y por el contrario, sugeriríamos que son precisamente las mujeres que presentan estilos de vida que significan una mayor dedicación al hogar (las amas de casa) las que reaccionarían a dicha situación con respuestas verbales que denotan una mayor motivación de logro por el desempeño de tareas de fuera del hogar.

En este bloque de resultados hemos analizado el papel desempeñado por tres variables criterioles de índole demográfica (edad, estado civil, y nivel socioprofesional) en cuanto a la psicología diferencial de dos grupos de mujeres que han participado en este estudio: gestantes y mujeres que están acudiendo a centros de planificación familiar. De los resultados obtenidos retenemos:

Primero. Las tres variables criterioles parecen estar desempeñando un papel distinto en función del grupo de mujeres analizado. En este sentido, entre mujeres gestantes la edad así como el nivel profesional definitorios de las mismas, producen un mayor volumen de resultados diferenciales que el perteneciente al estado civil. En los apartados correspondientes ya hemos visto que el papel desempeñado por dicha variable ha sido poco fructífera y sugiriéndose argumentos explicativos de dicho resultado.

Segundo. Una mayor edad así como el status de casada suelen traer aparejadas posiciones más conservadoras en cuanto a la división sexual de las tareas relacionadas con la crianza de los hijos, así como actitudes más en contra en cuanto a una intervención psicológica en el nacimiento.

Por último, y referido exclusivamente a las mujeres que acuden a centros de planificación familiar, los resultados obtenidos sugieren la existencia de una mayor problemática conectada al suceso del nacimiento de un hijo entre aquellas que son más jóvenes, solteras, así como entre aquellas que desempeñan profesiones fuera del hogar.

3.2.2. Variables criterioles de índole obstétrica

En este apartado se presentan resultados diferenciales correspondientes al agrupamiento de las mujeres en función de su experiencia en el fenómeno del parto, así como de la existencia de un historial con anomalías obstétricas (historial de alumbramiento a través de cesárea). Al igual que en los agrupamientos comentados hasta el momento se considera la muestra "total" subdividida en función de que sean gestantes o de que no lo sean en el momento de realizarse este estudio y, sobre dichos dos grupos de mujeres, se realizan sucesivamente, los análisis submoduladores correspon-

dientes.

3.2.2.1. *La paridad definitiva de la mujer*

Hemos dividido a las mujeres en función de su experiencia en el fenómeno del parto. Mujeres sin ninguna experiencia (núlparas) y mujeres con al menos alguna experiencia (habiendo dado a luz al menos una vez). Si bien es cierto que la paridad que caracteriza a la mujer constituye un criterio con importantes implicaciones obstétricas, también se lo ha utilizado frecuentemente en las ciencias sociales como una característica de la población femenina fuertemente relacionada con temas tales como la fertilidad y demográficos (BECKMAN, 1979; TERHUNE, 1973).

Los resultados alcanzados y que han sido significativos se encuentran recogidos en el cuadro número 5.

En la parte izquierda del cuadro figuran las puntuaciones correspondientes a los grupos de mujeres embarazadas en función de la existencia o ausencia de una experiencia en el parto. En la parte derecha, las correspondientes a las mujeres no embarazadas, también, según su grado de experiencia en el parto. En la penúltima columna, los niveles de significación correspondientes a las comparaciones entre las mujeres gestantes. Y en la última columna, los correspondientes a los grupos de no gestantes. En todas las comparaciones se ha utilizado la "U" de Mann-Whitney.

Por lo que respecta esta variable criterio parece desempeñar un papel importante tanto entre las gestantes como entre las mujeres de planificación (con un volumen total de 29 y 24 factores significativos respectivamente para cada grupo). Se registran diferencias tanto a nivel de aspectos más directamente comprometidos con el fenómeno del nacimiento como en factores básicos en el área de la personalidad y la motivación. Sin embargo, el papel diferenciador de esta variable se muestra menor en el grupo de mujeres que siguen una planificación familiar por lo que respecta a las áreas correspondientes a sintomatología somática e interacción social, donde el papel desempeñado por la paridad se muestra casi nulo. Veamos en concreto cuáles han sido los resultados diferenciales obtenidos.

(1) Entre las mujeres de planificación familiar, son aquellas que poseen una mayor experiencia en el parto las que expresan opiniones más tradicionales en cuanto a una mayor preferencia por las tareas relacionadas con la maternidad. Experiencia o no experiencia, sin embargo, no conlleva diferencia significativa de opiniones al respecto entre las mujeres gestantes.

CUADRO Nº 5: LA PARIDAD DE LA MUJER. La explicación en el texto.

	EMBARAZADAS			NO EMBARAZADAS			COMPARACIONES		
	(0)	(1)	(2)	(3)	(0-1)	(2-3)	n.s.	n.s.	
	Rango medio	Rango medio	Rango medio	Rango medio	Rango medio	Rango medio			
Actitud tareas maternidad	108.41	119.79	122	63.22	54	96.34	116	-	-0.0001
Inventario molestias									
2.-Neurovegetativos	109.31	122.87	123	82.80	53	86.00	116	-0.10	-
3.-Circulatorio periférico	104.43	127.20	123	74.13	53	89.97	116	-0.01	-0.05
5.-Algias	106.51	125.35	123	79.40	53	87.56	116	-0.02	-
6.-Cardiovasculares	110.08	122.19	123	81.21	53	86.73	116	-0.10	-
Percepción parto y nacimiento II Parte.									
1.-Concepción instintiva vs. aprendizaje.	87.37	136.64	122	64.07	56	101.17	122	-0.0001	-0.0001
2.-Connotaciones positivas I	117.88	108.88	122	80.84	56	93.48	122	-	-0.10
3.-Parto, suceso aversivo	112.31	113.59	122	98.38	56	85.43	122	-	0.10
5.-Control parto, fuentes médicas.	97.87	125.77	122	72.65	56	97.23	122	-0.0002	-0.001
6.-Connotaciones negativas	95.07	128.14	122	68.41	56	99.18	122	-0.0001	-0.0001
8.-Preparación parto, inútil	100.32	123.70	122	79.79	56	93.96	122	-0.005	-0.05
10.-Autoconfianza	93.68	129.31	122	67.43	56	99.63	122	-0.0001	-0.0001
11.-Connotaciones positivas II	111.57	109.14	122	64.60	56	100.93	122	-	-0.0001

-Continúa en la página siguiente-

	EMBARAZADAS				NO EMBARAZADAS				COMPARACIONES	
	(0)		(1)		(2)		(3)		(0-1)	(2-3)
	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	n. s.	n. s.
14.-Concepciones stressantes, alto riesgo.	101.99	103	122.30	122	80.48	56	93.64	122	-0.01	-0.10
15.-Preparación parto, inutil	102.12	103	122.18	122	83.45	56	92.28	122	-0.01	-
Percepción parto y nacimiento 2ª Parte.										
1.-Actitud tradicional, varón	95.77	103	127.55	122	66.44	56	100.09	122	-0.0002	-0.0001
2.-Padre colaborador.	122.30	103	105.15	122	96.55	54	84.94	122	0.05	-
3.-Actitud tradicional, mujer	93.74	103	129.26	122	69.89	56	98.50	122	-0.0001	-0.0005
5.-Inseguridad padre	101.03	103	123.11	122	77.42	55	94.22	122	-0.01	-0.04
6.-Actitud tradicional, varón	99.20	103	124.65	122	80.44	56	93.66	122	-0.002	-0.10
Necesidad contacto social										
2.-Búsqueda compañeras	102.92	96	86.82	93	73.41	46	72.81	99	0.02	-
3.-Rechazo familiar	89.04	96	101.15	93	72.01	46	73.46	99	-0.01	-
4.-Nostalgia pasado	89.08	96	101.11	93	71.41	46	73.74	99	-0.02	-
Expectativas futuro										
1.-Relaciones con pareja	94.92	101	114.43	108	76.08	52	84.06	110	-0.005	-
2.-Relaciones sexuales	105.67	101	104.37	108	94.28	52	75.46	110	-	-0.01

	EMBARAZADAS			NO EMBARAZADAS			COMPARACIONES			
	(0)	(1)	(2)	(3)	(0-1)	(2-3)	n.s.	n.s.		
	Rango medio	Rango medio	Rango medio	Rango medio	N	N	N	N		
3.-Relaciones sociales	92.25	101	116.92	108	79.23	52	82.57	110	-0.0001	-
4.-Problemas económicos	102.75	101	107.11	108	89.46	52	77.74	110	-	0.10
6.-Area laboral	40.43	58	55.79	33	48.75	46	45.29	47	-0.001	-
Tot.-	94.96	101	114.39	108	89.89	52	77.53	110	-0.02	0.10
Extraversión	112.72	99	90.72	103	72.54	48	76.17	101	0.01	-
Rigidez										
R1	83.64	94	109.69	99	55.04	46	81.34	99	-0.001	-0.0005
R2	85.72	94	107.71	79	54.27	46	81.70	99	-0.005	-0.0002
R3	89.77	94	103.87	79	55.13	46	81.30	99	-0.10	-0.0005
Motivación y Ansiedad										
M1	87.61	94	102.31	95	65.50	47	77.30	99	-0.05	-0.10
M3	91.92	94	98.05	95	53.91	47	82.80	99	-	-0.0001
MP	87.70	94	102.22	95	61.43	47	79.23	99	-0.05	-0.02

Nota.- (0) = grupo de mujeres embarazadas sin experiencia en partos; (1) = grupo de mujeres embarazadas con experiencia en partos; (2) = grupo de mujeres no embarazadas sin experiencia en partos; (3) = grupo de mujeres no embarazadas con experiencia en partos. N = número de sujetos correspondiente a cada grupo de comparación. En la penúltima columna, los niveles de significación correspondientes a las comparaciones efectuadas con los grupos de mujeres embarazadas. En la última columna los niveles de significación correspondientes a los grupos de mujeres no embarazadas. El signo indica el sentido de la comparación. Caso de no ser significativa figura un guión. En todas las comparaciones se ha utilizado la "U" de Mann-Whitney.

(2) Mientras que la paridad parece desempeñar un escaso papel entre las mujeres de planificación en cuanto a expresión de sintomatología somática (registrándose, tan solo, una diferencia significativa: las mujeres con al menos un hijo declaran padecer un mayor volumen de molestias dependientes del sistema circulatorio periférico), entre las gestantes el papel desempeñado es mayor; y, en este caso, a mayor experiencia mayores puntuaciones en molestias de tipo neurovegetativo, circulatorio, dolores y dependientes del sistema cardiovascular. Ello nos sugeriría que el embarazo estaría repercutiendo físicamente más entre las mujeres que cuentan con hijos en contraposición a aquellas que aún no los tienen.

(3) Diez de los 15 factores explorados por el instrumento percepción parto. 1ª parte resultan significativos. Tanto en la situación de embarazo como en la deplanificación son aquellas mujeres con experiencia en el parto las que expresan una concepción más instintiva sobre los procesos del nacimiento y la maternidad, delegan el control del parto en fuentes médicas, opinan que la preparación prenatal es poco útil, emiten mayor número de frases de índole negativa sobre su (o sus) parto (-s) acaecido en el pasado, describen más características maternas conectadas a un alto riesgo para parto, y expresan una mayor confianza en sus propios recursos cuando se las enfrenta cognitivamente con la situación del parto.

Tomados en conjunto, estos resultados nos indican que la experiencia en partos trae como correlatos actitudes más en contra de posiciones que supongan una intervención psicológica en los procesos del nacimiento así como un mayor partidismo en cuanto a qué la toma de decisiones de lo que acaezca en el parto recaiga exclusivamente en manos de los médicos, sin tener en cuenta a la parturienta a la cual perciben como un sujeto indefenso en esa situación.

En la medida que mayor experiencia representa mayor conocimiento, estos resultados significarían que debido, precisamente, a la experiencia personal, las mujeres que ya han dado a luz tienden a valorar en mayor medida los métodos al uso llevados a cabo por el sistema médico oficial, confiando menos en intervenciones de corte psicológico que supongan "innovaciones" y "mejoras" en el proceso del nacimiento, las cuales suelen ser percibidas como ajenas al propio sistema médico. Y a partir de aquí, se sugeriría la conveniencia por realizar los cursillos de preparación prenatal coordinados con la prestación de los servicios médicos con el fin de lograr una mayor colaboración de estos grupos de la población; grupos, por lo demás, que concomitantemente a su mayor experiencia, también, presentan resultados psicológicos más desfavorables (como un recuerdo más negativo de la situación del parto $p < 0002$).

Sin embargo, no todos los resultados obtenidos son negativos. A mayor experiencia se registra también una menor aversión y un mayor volúmen de declaraciones positivas sobre el fenómeno del nacimiento. Ello denotaría una visión más "realista" en este grupo de mujeres, que perciben los "costes" pero también los "beneficios" que la situación del parto puede comportar para el individuo.

(4) Los resultados diferenciales referentes a los factores aislados por la prueba percepción del parto. 2ª parte presentan puntuaciones significativamente mayores entre las mujeres que si han dado a luz. Por tanto, tener hijos frente a no tenerlos, supone opiniones más tradicionales en cuanto a la distribución de funciones entre hombres y mujeres en el parto y crianza de los hijos. Y sugiere, que el establecimiento de una familia consolida los roles tradicionales y la división del trabajo dentro del seno familiar. Resultado este que se observa tanto entre las mujeres de planificación como entre las gestantes.

(5) En cuanto a necesidad de estimulación social es entre las mujeres gestantes dónde se detectan diferencias significativas. En la situación de no embarazo el papel desempeñado por la experiencia es nulo. Los resultados obtenidos sugieren que es durante el primer embarazo cuando aumenta el deseo de interaccionar con las compañeras y amigas de las cuales la mujer desea obtener y compartir información. Las mujeres que ya tienen hijos, por el contrario, desean una menor interacción social expresando un mayor rechazo de familiares y una mayor nostalgia del pasado, anterior a la actual gestación.

(6) En las expectativas de futuro el papel desempeñado por la experiencia es mayor entre las gestantes. Tanto el número de diferencias registrada como la cuantía de las mismas es mayor en este grupo de las correspondientes a la situación de planificación familiar. En el primer caso, las mujeres embarazadas que cuentan con descendencia perciben la llegada del futuro hijo ocasionando más problemas en las relaciones con su pareja, en su vida de relación social y laboral, así como en el conjunto total de las áreas exploradas. Entre las mujeres de planificación familiar, no se observa una relación tan fuerte ente existencia o ausencia de familia y percepción de problemas aparejados al nacimiento de un hijo. Se invierte el signo de las diferencias registradas detectándose una ligera tendencia ($p < .10$) en dos de las áreas exploradas, a la manifestación de mayores problemas entre las mujeres que no tienen hijos, a excepción del área referente a relaciones sexuales, dónde son las mujeres con experiencia las que manifiestan mayores cambios de índoles negativa.

Cabría argumentar pues, a tenor de los resultados obtenidos, que, entre las mujeres gestantes, a mayor tamaño familiar mayor

perturbación como consecuencia del nacimiento del futuro hijo; entre las mujeres que utilizan actualmente anticonceptivos, la tendencia es la opuesta: en ausencia de familia mayor perturbación en la vida de la mujer (a excepción del área de relaciones sexuales donde se percibe una menor alteración).

(7) Un último bloque de resultados se refiere a dimensiones básicas comprometidas con personalidad y motivación. La tendencia general registrada sugiere la existencia de mayores índices de rigidez y de motivación favorecedora del rendimiento entre las mujeres que cuentan con descendencia. Este resultado se observa tanto entre las gestantes como entre las que no lo son. Por el contrario, las mujeres gestantes sin experiencia alguna en el parto presentan mayores índices de extraversión. En la situación de planificación los dos grupos son indistinguibles entre sí.

Resumiendo: La paridad como criterio diferenciador de los resultados obtenidos ha demostrado su utilidad tanto entre las mujeres que son gestantes como entre las mujeres que están utilizando anticoncepción. En segundo lugar, y entre las mujeres gestantes, la existencia de hijos presenta como correlatos específicos de la situación del embarazo un mayor volumen de sintomatología y un menor deseo de interacción social. En tercer lugar, y tanto en la situación de embarazo como fuera de la misma, la existencia de una experiencia en el parto se relaciona con una actitud menos a favor de intervenir en los procesos del nacimiento, una valoración más realista del parto, así como con opiniones más tradicionales respecto de la división del trabajo dentro del seno familiar. Por último, señalar que mientras entre las mujeres gestantes se sigue la tendencia general de a mayor familia mayor impacto en la vida de la mujer conectado al nacimiento del futuro hijo, entre las mujeres que están utilizando anticoncepción se observa la tendencia opuesta, siendo las que no tienen descendencia las que expresan una mayor problemática.

3.2.2.2. La existencia de un historial con intervención quirúrgicas durante el parto. El parto a través de cesárea

La existencia de alumbramiento por cesárea, como uno de los indicadores de complicaciones obstétricas durante el parto, se ha relacionado con múltiples factores. Desde problemas fetales, constitución biológica de la mujer, enfermedades durante el embarazo, hasta problemas surgidos durante el mismo curso del parto que pueden desembocar en una aplicación urgente de la cesárea (OTT, 1981) Varios trabajos (CRAMOND, 1954; KAPP et. al., 1963; MCDONALD, 1968) también sugieren la existencia de una relación positiva entre una actitud negativa por parte de la mujer hacia el embarazo y el parto y la presencia de ansiedades durante los mismos, con la existencia de intervenciones quirúrgicas durante el parto. Así mismo, también se ha señalado la influencia, facilitadora o per-

turbadora, que el setting hospitalario puede ejercer en la forma de encauzar la ansiedad mostrada por la mujer durante el parto y con ello, poder determinar el resultado del mismo. Desde una perspectiva propia de la sociología de la familia y considerando el fenómeno del parto desde la óptica de la pareja y no como una experiencia que afecta tan solo a la mujer, existen resultados demostrativos (PEDERSEN et. al., 1980) de que el modo de dar a luz (vaginal o por cesárea) puede suponer cambios en la dinámica de relación con la familia y poder influir con ello en la interacción padre-hijo lactante.

En este trabajo disponemos de dos grupos de mujeres: uno, sin historial de partos por cesárea; el otro, con existencia de tal historial. A su vez, en los dos grupos, pueden ser mujeres que sean gestantes o bien mujeres que acuden a centros de planificación familiar. Y cabe argumentar que el embarazo, como fenómeno situacional, pueda reactivar en las mujeres que cuentan con tal historial una serie de procesos psicológicos que fuera de tal situación cabría no registrar. Veamos, pues, cuáles han sido los resultados diferenciales obtenidos en ambas situaciones. Estos se encuentran recogidos en el cuadro número 6.

Fundamentalmente, se han alcanzado resultados diferenciales significativos sobre factores correspondientes a dos de las pruebas específicamente pensadas para este trabajo. Todas ellas se localizan entre las mujeres de planificación y ninguna entre las que son gestantes.

(1) En el inventario de molestias son las mujeres que cuentan con un historial en cesárea las que alcanzan mayores volúmenes de sintomatología digestiva (sea emética o no lo sea), de tipo neurovegetativo, en dolores, y en el grupo de síntomas varios. Dentro de la situación de embarazo existencia y ausencia de tal historia son indistinguibles al respecto.

(2) En el núcleo de factores correspondientes a la percepción del parto. 1ª parte, son las mujeres que cuentan con cesárea las que expresan un menor volumen de frases positivas (tanto respecto de los momentos del parto como de los del nacimiento del hijo), de expresiones que revelan una menor confianza en los propios recursos para enfrentarse al parto, perciben el mismo como un suceso más doloroso y valoran menos el hecho de estar consciente y alerta durante el parto. Dentro de la situación de embarazo ambos grupos de mujeres resultan, también, indistinguibles.

(3) Se registra una ligera tendencia ($p < .10$) entre las mujeres gestantes que cuentan con cesárea, a percibir una menor ayuda y apoyo de la pareja durante el parto, y a mostrar una menor autoexigencia laboral.

CUADRO Nº 6: EL PARTO A TRAVÉS DE CESAREA. La explicación en el texto.

	EMBARAZADAS			NO EMBARAZADAS			COMPARACIONES		
	(0)	(1)	(2)	(3)	(0-1)	(2-3)	n.s.	n.s.	n.s.
	Rango medio	Rango medio	Rango medio	Rango medio	Rango medio	Rango medio	N	N	N
Inventario molestias.									
1.-Digestivos I	63.77	77.00	96.78	103	72.12	13	-	-0.02	
2.-Neurovegetativos	64.18	72.96	56.50	103	74.31	13	-	-0.05	
4.-Digestivos II	64.21	72.75	56.69	103	72.85	13	-	-0.10	
5.-Algias	64.22	72.58	55.45	103	82.69	13	-	-0.005	
8.-Miscelánea	65.05	64.50	56.72	103	72.62	13	-	-0.10	
Tot.	65.04	64.58	56.04	103	77.96	13	-	-0.02	
Percepción parto 1ª Parte.									
2.-Connotaciones positivas I	65.41	55.71	63.29	108	41.96	13	-	0.02	
7.-Percepción dolorosa	64.32	66.21	58.97	108	77.85	13	-	-0.05	
10.-Autoconfianza	64.79	61.67	63.08	108	43.73	13	-	0.05	
11.-Connotaciones positivas II	63.84	70.88	63.36	108	41.38	13	-	0.02	
12.-Actitud negativa ante vi- vencia.	65.16	58.17	59.13	108	76.58	13	-	-0.10	
Percepción parto 2ª Parte.									
4.-Padre en parto, negativo	66.22	47.92	61.60	108	56.04	13	0.10	-	

-Continúa en la página siguiente-

CONTINUACION CUADRO Nº 6

Motivación y Ansiedad	(0) EMBARAZADAS			(1) EMBARAZADAS			(2) NO EMBARAZADAS (3)			(0-1) (2-3)		
	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N	Rango medio	N
M3	52.98	95	19.58	6	50.10	88	49.18	11	0.01	-	n.s.	n.s.

Nota.-- (0) = grupo de 117 mujeres embarazadas sin un historial de cesárea; (1) = grupo de 12 mujeres embarazadas con un historial de cesárea; (2) = grupo de 103 mujeres no embarazadas sin un historial de cesárea; (3) = grupo de 13 mujeres no embarazadas con un historial de cesárea. N = número de sujetos correspondiente a cada grupo de comparación. En la penúltima columna, los niveles de significación correspondientes a las comparaciones efectuadas con los grupos de mujeres embarazadas. En la última columna los niveles de significación correspondientes a los grupos de mujeres no embarazadas. El signo indica el sentido de la comparación. Caso de no ser significativa figura un guión. En todas las comparaciones se ha utilizado la "U" de Mann-Whitney.

En suma, el papel desempeñado por esta variable dentro de la situación de embarazo es casi nulo, mientras que fuera de la misma se logran resultados que podrían indicar que la existencia de cesáreas sí repercute en el modo de reaccionar ante el fenómeno del parto, pareciendo afectar la calidad de vivenciación del mismo.

Nos parece interesante destacar la casi total ausencia de resultados diferenciales durante la gestación, lo que significaría que ambos grupos de mujeres, durante este período, resultan más homogéneos entre sí que fuera del mismo. Nosotros argumentaríamos que esta igualdad pueda estar obedeciendo a una disminución de puntuaciones entre las mujeres que sí cuentan con cesáreas y no viceversa. En la medida en que el embarazo actúe como una situación desencadenante de comportamientos preventivos para el futuro parto estaría ejerciendo un mayor papel entre aquellas mujeres que sí cuentan con un historial de cesárea que entre aquellas que no lo presentan. Da la impresión que la mujer que cuenta con tal experiencia (y debido precisamente a ella) sería durante la época del embarazo cuando se percibe como un sujeto más vulnerable y con mayor riesgo de padecer futuras intervenciones lo que la conduciría al desarrollo de un mayor control sobre su estado físico (por propia iniciativa y/o respaldada por el cuerpo médico), y a una reestructuración cognitiva con el fin de adaptarse y hacer frente al futuro parto. La ausencia de diferencias entre ambos tipos de experiencias (cesárea vs. no cesárea) parece corroborar nuestro argumento (o al menos no refutarlo).

En este bloque hemos analizado resultados diferenciales correspondientes a dos variables criterio de índole obstétrica. De ambas, la experiencia en partos ha desempeñado un mayor papel entre los sujetos tanto en la situación de embarazo como fuera de la misma, habiéndose localizado áreas distintas de diferenciación en función de la situación analizada. Al respecto, se muestran más específicas de la situación del embarazo aspectos comprometidos con sintomatología somática y comportamientos de interacción social de la gestante. Asimismo, en la gestación la existencia de hijos conlleva la percepción de un mayor impacto en la vida de relación de la mujer atribuible al nacimiento de un nuevo hijo y actitudes más antiintervencionistas en cuanto al mismo. Por el contrario, el papel desempeñado por la variable criterial historial de parto a través de cesárea ha sido nulo durante el embarazo, mientras que fuera del mismo se han registrado aspectos diferenciales entre grupos de mujeres caracterizados por la presencia o ausencia de tal complicación obstétrica. En el apartado correspondiente ya hemos expuesto argumentos explicativos de los resultados obtenidos.

4. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo es, exclusivamente, un trabajo de campo en el que se ha realizado una primera exploración y rastreo acerca de la percepción que diversos grupos de mujeres poseen sobre el fenómeno del parto y la maternidad en un intento por evaluar el comportamiento y percepción mostrados por la población femenina ante dichas cuestiones y que sirva de apoyatura en la toma de decisión respecto de la política sanitaria y social a seguir en esta área. Nos hemos centrado sobre dos grupos de sujetos: sobre mujeres gestantes, y sobre mujeres que están acudiendo a centros de planificación familiar. El trabajo se ha realizado en base a la cumplimentación de una serie de pruebas que evalúan por un lado, factores psicológicos comprometidos con el parto y por otro, personalidad y motivación. Cumplimentación desarrollada en sesión de entrevista individual y en los propios centros sanitarios donde las mujeres acuden a consulta ginecológica. La elaboración estadística de los resultados aquí presentados se ha restringido exclusivamente, a análisis diferenciales convencionales (diferencias en medidas de tendencia central) en los que se ha seguido lógicas distintas en cuanto a la agrupación de los sujetos. Primero, se comparan, en bloque, a los dos grupos de mujeres participantes en el estudio. Y, posteriormente, en un segundo momento del trabajo, son una serie de datos demográficos y obstétricos los que han funcionado como variables ordenatrices criterioales de los resultados obtenidos en cada uno de los dos grupos de mujeres mencionados. Los resultados más importantes alcanzados parecen ser los siguientes:

(1) De entre las cinco variables ordenatrices criterioales examinadas en este trabajo, han sido dos las que han desempeñado un papel diferenciador exclusivamente entre las mujeres del grupo de planificación. En el caso del estado civil, la ausencia de resultados diferenciales significativos entre las gestantes nos sugiere que solteras y casadas tienden a reaccionar de modo semejante al fenómeno de la maternidad y, por tanto, que esta variable criterioal, tomada por sí misma, posee escasa relevancia a la hora de evaluar el impacto que el nacimiento de un hijo pueda ocasionar en la vida de la mujer. En todo caso, en este trabajo existen factores de sesgo muestral que deben constituir una llamada de atención en cuanto al alcance e interpretación de los resultados obtenidos. Estos factores bien pueden ser los responsables de la ausencia de diferencias psicológicas entre solteras y casadas. Por su lado, la ausencia de diferencias significativas entre las gestantes en función de que cuenten o no cuenten con un historial de parto a través de cesárea nos ha llevado a sugerir la posible presencia de comportamientos preventivos en relación al futuro parto entre aquellas gestantes que sí cuentan con un historial obstétrico de este tipo.

(2) Los modos de reaccionar frente al fenómeno del parto y la maternidad parecen ser percibidos de modo distinto por las mujeres en función de su nivel socioprofesional. En este punto, son las amas de casa y las mujeres que desempeñan profesiones poco cualificadas las que presentan correlatos psicológicos de índole más "negativa" en cuanto al parto, a comportamientos de interacción social, a sintomatología física, y a personalidad. No sucede lo mismo por lo que respecta a criterios de motivación. En este caso, los resultados obtenidos por nosotros entre las mujeres de planificación están sugiriendo que son, precisamente, las amas de casa las que parecen reaccionar a su "situación profesional" con respuestas verbales que denotan una mayor motivación "realista" por el desempeño de tareas del mundo profesional.

(3) El nivel de experiencia poseído en el fenómeno del parto como criterio diferenciador de las respuestas emitidas por las mujeres, ha demostrado utilidad tanto en la situación de embarazo como fuera de la misma. La tendencia general mostrada por los resultados obtenidos sugiere que la existencia de una experiencia presenta como correlatos un estado físico más precario, mayores dificultades de interacción social, actitudes más en contra en cuanto a que se intervenga psicológicamente en el nacimiento, una valoración más realista del parto, así como opiniones más tradicionales respecto de la división del trabajo en el seno familiar. Señalar que, mientras entre las gestantes se registra la tendencia de la existencia de descendencia mayor expresión de problemática en la vida de relación y familiar atribuida al nacimiento del hijo, entre las mujeres que están utilizando anticoncepción se registra la tendencia opuesta: en ausencia de descendencia expresión de un mayor volumen de problemática.

(4) Tomados los resultados diferenciales correspondientes a la comparación en bloque entre los dos grupos de mujeres participantes en el estudio, estos nos han llevado a sugerir que las mujeres gestantes presentan una problemática psicológica distinta a la mostrada por las mujeres que acuden a recibir prestación médica anticonceptiva como medio de control de la natalidad. Para las primeras, tanto ellas mismas como sus compañeros parecen encontrarse sensibilizados frente al futuro parto. Para las segundas, destacar la existencia de una estructura de personalidad que, en relación al grupo de las gestantes, cabría caracterizar de más inestable emocionalmente. En concreto, las mujeres de planificación, consideradas en bloque, presentan correlatos de personalidad que, según el modelo de personalidad eysenkiano en relación a los trastornos mentales, las asimilaría al cuadrante constituido por comportamientos histéricos y ciertos tipos de conducta antisocial. Los análisis submoduladores han revelado, sin embargo, que este resultado se localiza entre las mujeres con menos de 30 años. En un intento por dar explicación al mismo hemos apelado a variables contextuales e históricas como posibles responsables de

los resultados correspondientes al núcleo de factores de personalidad obtenidos por estas mujeres. Hipótesis que, en buena medida, debería ser contrastada a través de otros estudios, con diferentes metodología y tipo de sujetos a los aquí utilizados.

NOTA

- (1) Agradecemos a V.J. Girbes su eficaz ayuda en el tratamiento estadístico de la información llevada a cabo en el Centro de Cálculo de la Universidad Literaria de Valencia.

BIBLIOGRAFIA

- BECKMAN, L.J.: Fertility preferences and social exchange theory, *J. of Applied Social Psychology*, 1979, 9 (2), 147-169.
- BOGUE, D.: Wich way will Fertility go in the 1980s?. Trabajo presentado en la Asociación Americana sobre la Población, Denver, 1980.
- BUTZ, W. y WARD, M.: The emergence of countercyclical U.S. fertility, *American Economic Review*, 1979a, 69, 318-328.
- BUTZ, W. y WARD, M.: Will U.S. Fertility remain low?. A new economic interpretation. *Population and Development Review*, 1979b, 5, 663-688.
- CAMPO, S. y NAVARRO, M.: Análisis sociológico de la familia española, Ed. Ariel, 1985.
- CRAMOND, H.: Psychological aspects of uterine dysfunction, *Lancet*, 1954, 2, 1241-1245.
- DEVANEY, B.: The future of fertility. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Asociación Americana sobre la población, 1980.
- EASTERLIN, R.: Towards a socioeconomic theory of fertility: Survey of recent research of factors in American fertility. (En S.J. BEHRMAN, L. CORSA, J.R. y R. FREEDMAN (eds.) *Fertility and Family Planning*) Ann Arbor: University of Michigan Press, 1969, 127-156.
- EASTERLIN, R.: What will 1984 be like?. Socioeconomic implications of recent twists in age structure. *Demography*, 1978, 15, 397-432.

- FURSTTENBERG, F.; GONDIS, L.; MARKOWITZ, H.: Birth control knowledge and attitudes among unmarried pregnant adolescents: A preliminary report, *J. of Marriage and Family*, 1969, 31, 34-42.
- GOLOSMITH, S.; GABRIELSON, I.; MATTHEWS, W.; POTTS, L.: Teenagers, sex and contraception, *Family Planning Perspectives*, 1972, 4 (1), 32-38.
- HUBER, J. y SPITZ, G.: Sex stratification. Children, housework, and jobs, Academic Press, 1983.
- INE: *Movimiento natural de la población española*. Año 1979, Tomo I, Madrid, 1983.
- JONES, F.A.: Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period: Age differences, *Pediatrics*, 1980, 65, 815-820.
- KAPP, F.T.; HORSTEIN, S.; GRAHAM, U.T.: Some psychologic factors in prolonged labour due to inefficient uterine action, *Compr. Psychiat.*, 1963, 4, 9-14.
- MCDONALD, R.L.: The role of emotional factors in obstetric complications: a review, *Psychosomatic Medicine*, 1968, 30, 222-234.
- MOORE, W.M.O.: Antenatal care and the choice of place of birth (en S. KITZINGER y J.A. DAVIS (ed.)). *The place of birth*, Oxford, University Press, 1978.
- NADELSON, C.; NOTMAN, M.; GILLON, J.: Sexual knowledge and attitudes of adolescents: Relationship to contraceptive use, *Obstetrics and Gynecology*, 1980, 55, 340-345.
- NOTMAN, M.: Teenage pregnancy: the non-use of contraception, *Psychiatric Opinion*, 1975, 12 (2), 23-27.
- NOTMAN, M.; ZILBACH, J.: Family factors in the non use of contraception in adolescents, trabajo presentado en el Quinto Congreso Internacional sobre Psicología en Obstetricia y Ginecología, Tel Aviv, Israel, Octubre, 1974.
- OTT, W.J.: Primary cesarean section: A critical analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 1981, 58 (6), 691-695.
- PEDERSEN, F.A.; ZASLOW, M.T.; CAIN, R.L.; ANDERSON, B.J.: Cesarean birth: the importance of a family perspective, Trabajo presentado en la Conferencia Internacional de estudios sobre el niño, New Haven, Abril, 1980.
- PELECHANO, V.; ROLDAN, M.C.: Criterios demográficos y datos médicos como fuente de diferencias en parturientas hospitalizadas (En V. PELECHANO (comp.) *Intervención psicológica*), Alfaplús, 1981a.
- PELECHANO, V.: *El impacto psicológico de ser madre*. Alfaplús, 1981b.
- ROLDAN, M.C.: *Una aproximación a la psicología de las parturientas*, Tesis de Licenciatura, Universidad Literaria de Valencia, Mimeo, 1982.

- ROLDAN, M.C.: Factores psicológicos comprometidos con la percepción del nacimiento: Una aproximación al estudio de la maternidad a través de diversos grupos criterio, Tesis Doctorales, Mimeo, Universidad Literaria de Valencia, 1986.
- ROLDAN, M.C.: Construcción de una batería de pruebas psicológicas referente a la percepción del fenómeno del nacimiento: Estudios estructurales y de consistencia interna. Anal. y Modif. de Conducta, 1987.
- ROSSI, A.: Life-span theories and women's lives, *Signs*, 1980, 6, 4-32.
- SKLAR, J. y BERKOW, B.: The American birthrate: Evidences of a coming rise, *Science*, 1975, 189, 693-700.
- STOLTE, L.A.M.; BOUT, J.; JANSENS, J.: Age and parity in relation to maternal death in the Netherlands, *European J. of Obstetrics and Gynecology*, 1970, 2 (11).
- TERHUNE, K.W.; KAUFMAN, S.: The family size utility function, *Demography*, 1973, 10(4), 599-618.
- VEEVERS, J.: Voluntary childlessness: A review of issues and evidence, *Rev. Marriage and family*, 1979, 2, 1-26.
- WARD, M.; BUTZ, W.: Completed fertility and its timing: AN economic analysis of U.S. experience since World War II, Santa Mónica, Calif.: Rand Corporation, 1978.
- WESTOF, C.F.: Comments on a panel. The future of fertility. Trabajo presentado en la Asociación Americana sobre Población, Denver, 1980.
- WILKIE, J.: The trend toward delayed parenthood, *J. of marriage and the family*, 1981, 43 (3), 583-593.