



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EL ESTUDIO DE LA MATERNIDAD Y LA VIOLENCIA
COMO PARTE DE LA SALUD REPRODUCTIVA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

JUDITH MÁRQUEZ CONTRÓ

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

COMITÉ TUTORIAL: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

DR. ALFONSO GERARDO CARRERA RIVAPALACIO

MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA

MTRA. GEORGINA TANNIA OVIEDO GONZÁLEZ

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Casi todo lo que realice será insignificante, pero es muy importante que lo haga”

Mahatma Gandhi

Gracias a la vida, al momento mágico y satisfactorio que comparte conmigo.

A mi directora de tesis por su apoyo incondicional, su sabiduría y su calidez.

A mis profesores, familia, pareja, amigos, mi país y la UNAM, por apoyarme, por compartir miles de experiencias y por permitirme ser parte de esta historia.

Índice	Pág.
<i>Introducción general</i>	4
Descripción de la sede.....	7
Estudio 1. Motivos hacia la maternidad en mujeres primíparas que cursan su puerperio.	
Resumen.....	11
Introducción.....	11
Método.....	32
Resultados.....	35
Discusión.....	48
Estudio 2. Efectos de una intervención cognitivo-conductual para enfrentar el parto en mujeres nulíparas.	
Resumen.....	57
Introducción.....	57
Método.....	81
Resultados.....	97
Discusión.....	106
Estudio 3. Violencia sexual en la pareja: Un caso de trastorno por estrés postraumático agudo.....	113
Referencias.....	125
Anexos.....	142

La Medicina Conductual, campo interdisciplinario de las ciencias biomédicas y comportamentales centrada en el estudio de los procesos de la salud y la enfermedad, constituye un ramo vasto, enriquecedor, retador y prometedor para los psicólogos interesados en investigar, diseñar, tratar y evaluar intervenciones que incidan en las variables psicológicas y sociales inmiscuidas en dichos procesos.

Un área de trabajo del Psicólogo especialista en Medicina Conductual es la salud de la mujer, en especial la reproductiva. Él puede intervenir a diferentes niveles (primario, secundario o terciario) en campos tales como las enfermedades de transmisión sexual, el ejercicio responsable de la sexualidad, la adaptación a la menopausia, la planificación familiar, el ejercicio de la maternidad, la violencia, etc. Estas dos últimas temáticas son las que se abordarán en el siguiente reporte de experiencia profesional.

El presente trabajo contiene los resultados obtenidos durante los dos años de práctica hospitalaria realizada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán Dr. Salvador González Herrejón – Daymler Chrysler, en el periodo comprendido del 1º de Marzo del 2006 al 28 de Febrero del 2008.

Con un enfoque preventivo y entorno a la elección y el ejercicio de la maternidad en sus etapas tempranas, los propósitos de las investigaciones realizadas fueron: 1) Explorar los motivos hacia la maternidad en mujeres que cursaban su puerperio inmediato o mediato en un hospital de segundo nivel; 2) evaluar la eficacia de una intervención cognitiva-conductual para preparar a las mujeres nulíparas para el parto y; 3) presentar un estudio de caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual en la pareja.

El embarazo, parto y puerperio, por sí mismos, conllevan peligros para la salud y la vida de las mujeres. Aunado a ello, algunas mujeres pueden contar con otros factores de riesgo que incrementan sus posibilidades de presentar complicaciones o incluso llevarlas a la muerte.

Ciertos factores de riesgo pueden ser evitados de forma voluntaria, como la elección de la maternidad en edades extremas del ciclo reproductivo (<15 años o > 35 años), la no elección ni uso de métodos anticonceptivos eficaces, los embarazos consecutivos y dentro de periodos breves de tiempo, el número insuficiente de visitas médicas para el control prenatal y la falta de adherencia a los tratamientos médicos durante la gravidez o después de ella, por ejemplo.

Algunos otros, en buena medida, exceden las posibilidades de influencia del propio comportamiento, tales como la hemorragia obstétrica, la aparición de preeclampsia y/o eclampsia, la diabetes gestacional, la sepsis puerperal o incluso la culminación del nacimiento vía cesárea o por parto instrumental.

Cabe aclarar también la presencia de más variables de índole social, tales como el nivel educativo, la ocupación, el acceso a servicios de salud, el nivel socioeconómico o el apoyo social y la violencia, que también pueden tener una influencia importante en la experiencia de la maternidad desde etapas tan tempranas como la gestación, y que pueden o no ser modificables.

Sin embargo, los posibles efectos de los distintos factores de riesgo arriba mencionados en la salud y la vida están mediados, al final, por la decisión de las mujeres de ser madres. Por lo que el estudio de algunas variables psicológicas contribuiría a esclarecer el papel de la mujer en el cuidado de su propia salud dentro del ámbito reproductivo.

De ahí que la inquietud por estudiar las motivaciones hacia la maternidad surgiera a raíz de las complicaciones observadas en la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio en el área de hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia; y cómo a pesar de dichas complicaciones, algunas mujeres con varios factores de riesgo presentaban conductas que, de nuevo, ponían en peligro su bienestar, tales como la no elección ni uso de métodos anticonceptivos, o un embarazo consecutivo e inmediato, a otro que fue complicado.

Partiendo del supuesto que cada persona (excluyendo los niños) es responsable en buena medida de su propio estado de salud, incluyendo la esfera reproductiva, entonces resulta necesario explorar los aspectos psicológicos que impactan la decisión de ser madres.

Aunque en varias ocasiones el embarazo no ha sido elegido o planeado de forma deliberada, frecuentemente es deseado y esperado. Y durante este proceso de gravidez, caracterizado por cambios físicos, psicológicos y sociales, las mujeres se aproximan gradualmente a la inevitable, intensa y, a veces desconocida experiencia del parto, la cual puede tener implicaciones a corto, mediano y largo plazo en el estado de ánimo de las mujeres, en la manera en que se perciben a sí mismas, en su actitud hacia un nuevo embarazo o en el tipo de relación que van estructurando con sus hijos, entre otras.

Por ello la segunda etapa del presente reporte está enfocada en analizar la eficacia de un tratamiento diseñado para entrenar a las mujeres nulíparas en el enfrentamiento del parto, partiendo del supuesto de que las mujeres pueden tener un papel más activo en el proceso del nacimiento del bebé dentro del ámbito hospitalario.

Finalmente, la tercera parte del reporte describe el estudio de caso de una mujer embarazada que presenta la sintomatología característica del estrés postraumático resultado de la experiencia de un evento de violencia sexual dentro de su relación de pareja. Este estudio muestra cómo en la etapa preliminar al ejercicio de la maternidad, como lo es la gestación, las mujeres muestran mayor vulnerabilidad a sufrir actos de violencia por personas que conocen en la gran mayoría de los casos, siendo la violencia sexual un tipo de violencia con graves consecuencias para las esferas física, psicológica y social de quienes la padecen. De ahí la importancia de la intervención temprana del Psicólogo en Medicina Conductual para reducir las consecuencias en las mujeres y promover la recuperación y el mantenimiento de su salud física, psicológica, sexual y reproductiva.

Los estudios y experiencias adquiridos durante el trabajo realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia buscan fomentar el comportamiento deliberado y saludable entre las mujeres, para favorecer una vida más satisfactoria en el ámbito de la reproducción.

Descripción de la sede

Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler-Chrysler”

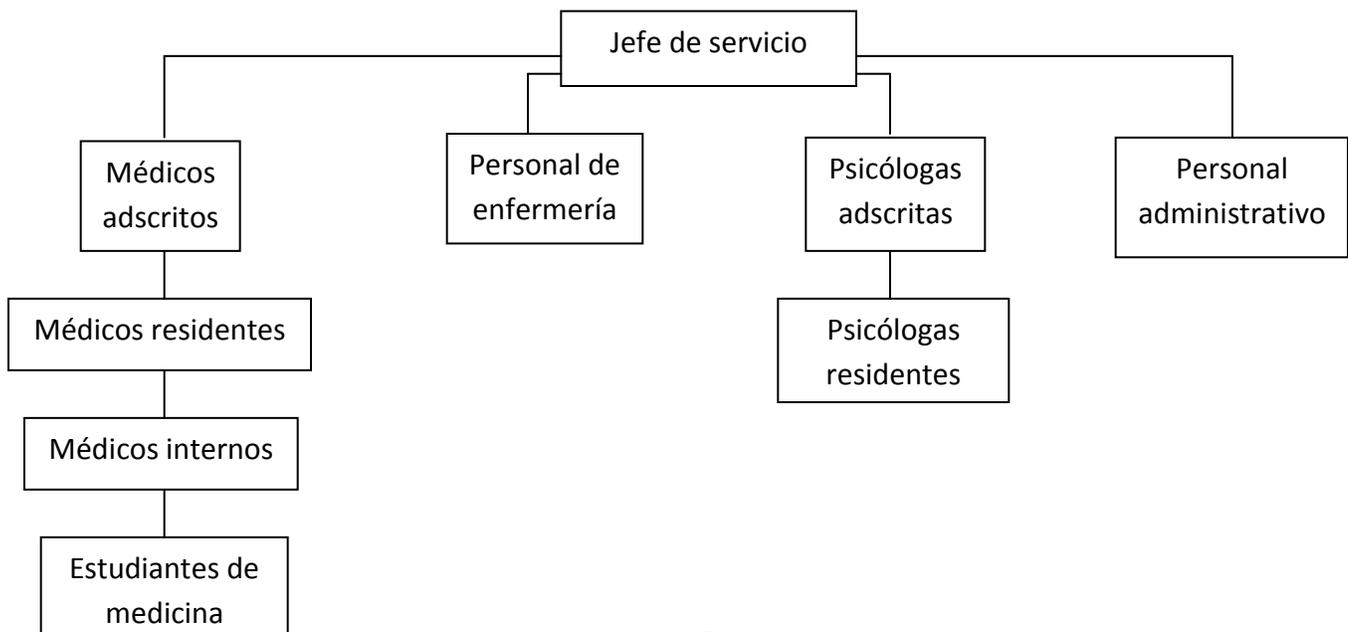
Servicio de Ginecología y Obstetricia

Es un hospital de segundo nivel, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México. Está ubicado en el Boulevard Adolfo López Mateos S/N, esquina Montesol, colonia El Potrero, Atizapán de Zaragoza, Estado de México, C.P. 54500. Tel: 01-55-58-22-94-59.

Su misión es proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud pública a la población del Estado de México, particularmente quienes residen en el municipio de Atizapán de Zaragoza y que no están afiliados a ningún seguro médico. La población beneficiada es de 1'104,056 habitantes.

El hospital está conformado por los servicios médicos de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología, consulta externa y urgencias. Los primeros cuatro servicios en total cuentan con 144 camas en el área de hospitalización, además de 14 camas en el área de urgencias, 4 en terapia intensiva y 3 quirófanos. Además, el hospital tiene servicios de apoyo médico: laboratorio, rayos X, ultrasonido, servicio de transfusión, farmacia, ambulancia, Psicología Clínica, Técnico Electrodiagnóstico, Inhaloterapeuta, Técnico en Terapia del Lenguaje y Citotecnólogo (ISEM, 2009).

En particular, el servicio de Ginecología y Obstetricia tiene cuatro consultorios en consulta externa y 39 camas en el área de hospitalización. Está organizado de la siguiente manera:



El horario de trabajo del residente en Medicina Conductual dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia era de 7 a 14:30 hrs de lunes a viernes. Durante los dos años de residencia se realizaban semanalmente las siguientes actividades:

Lunes

7-8 hrs. Detección de pacientes en situación de violencia que estaban hospitalizadas.

8-9 hrs. Pase de visita con el personal médico.

9-14:30 hrs. Atención psicológica en el área de consulta externa a personas con distintos padecimientos: síndrome de maltrato por violencia familiar, estrés postraumático, depresión, ansiedad, abuso sexual, fobia social, etc. En general, las actividades incluían: entrevista inicial, evaluación psicológica empleando diferentes instrumentos, conceptualización cognitiva conductual del padecimiento, diseño y aplicación del tratamiento específico para cada paciente, canalización de pacientes psiquiátricos, referencia y contrarreferencia a otros servicios médicos dentro de la misma institución y/u otras organizaciones y, llenado de notas de evolución en los expedientes médicos.

Martes, jueves y viernes

7-8 hrs. Detección de pacientes en situación de violencia que estaban hospitalizadas.

10:00-14:30 hrs. Diagnóstico y tratamiento de pacientes hospitalizadas.

Violencia: Consejería y referencia psicológica y legal a pacientes que vivían situaciones de violencia.

Aborto y óbito: Intervención en crisis; psicoeducación acerca de las causas probables de muerte del producto y sobre las emociones esperadas ante una pérdida; manejo de la culpa; promoción de métodos de anticonceptivos e identificación de redes de apoyo social.

Diabetes, preeclampsia y climaterio: Psicoeducación sobre los factores asociados al origen y el desarrollo de la enfermedad, probables efectos en la mujer y el bebé y conductas de autocuidado necesarias para prevenir efectos secundarios. Diseño y aplicación de tratamientos dirigidos a incrementar la adherencia terapéutica al tratamiento médico.

Ansiedad: Por procedimientos quirúrgicos programados y por larga estancia hospitalaria. Uso de la entrevista para detectar los síntomas fisiológicos y emocionales, las redes de apoyo social, las preocupaciones que la generan, los pensamientos irracionales asociados a éstas y, los

recursos de afrontamiento. Empleo de la relajación para disminuir los síntomas fisiológicos y emocionales. Psicoeducación sobre procedimientos médicos. Solución de problemas para buscar alternativas de solución ante las cosas que más les preocupaban.

Pacientes con trastornos psiquiátricos: Diagnóstico y canalización de pacientes con algún trastorno de esta naturaleza.

Martes

8:30-9:00 hrs. Asistencia a las sesiones generales del Hospital, donde se abordaban diferentes problemáticas de salud.

Miércoles

7-8 hrs. Detección de pacientes en situación de violencia que estaban hospitalizadas.

8-9 hrs. Sesiones bibliográficas con el personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia. Todos los residentes del servicio buscaban y presentaban semanalmente algún estudio científico reciente sobre temas de salud específicos.

10-10:30 hrs. Plática grupal sobre planificación familiar a mujeres que cursaban el puerperio, con la finalidad de promover el cuidado a la salud reproductiva y la autonomía en la elección o rechazo de algún método anticonceptivo.

10:30-14:30 hrs. Consejería en planificación familiar. Entrevista individual a pacientes que no eligieron ninguna opción, para valorar su condición particular (que incluye la identificación de creencias acerca de los métodos de planificación, experiencia previa de uso, apoyo social, situación familiar, número de gestas, complicaciones médicas durante el embarazo, violencia familiar, etc.) y brindar información sobre métodos específicos en función de sus necesidades (mecanismo de acción, instrucciones de uso, efectividad y posibles efectos secundarios). Trabajo multidisciplinario con los médicos y enfermeras para acelerar la entrega del anticonceptivo antes de que la paciente sea dada de alta.

Jueves

8-9 hrs. Presentación de casos clínicos por parte de residentes médicos y psicólogas del servicio, cada estudiante presentaba un caso trimestralmente frente al personal médico de base y demás residentes.

Viernes

8-9 hrs. Pase de visita con el personal médico.

12-14 hrs. Supervisión académica de casos clínicos cada quince días.

*Ocasionalmente se asistía al servicio de Urgencias o a la Unidad Tocoquirúrgica, a petición del personal médico, para atender a mujeres en crisis debido a intervenciones médicas o quirúrgicas por aborto, óbito, violencia sexual o familiar, etc.

Motivos hacia la maternidad en mujeres primíparas que cursan su puerperio

Resumen

Se realizó un estudio exploratorio para conocer los motivos hacia la maternidad en una muestra no probabilística de 90 mujeres que se encontraban en el puerperio y hospitalizadas en un hospital de segundo nivel. Los principales motivos para ser madres fueron de carácter afectivo (que me quiera, amarlo, ser/sea cariñoso y ser feliz), de trascendencia (dar vida, tener un hijo y formar una familia), para desempeñar el rol materno (cuidarlo, educarlo y apoyarlo) y motivación por el crecimiento personal (ser responsable, buena y aprender). El estudio de la motivación hacia la maternidad ayudaría a comprender la aceptación o rechazo del uso de anticonceptivos en poblaciones de riesgo y para diseñar intervenciones que busquen promover la salud reproductiva de las mujeres, mediante el ejercicio consciente de la elección y planeación de la maternidad.

Características epidemiológicas de la maternidad

Siendo México uno de los once países más poblados del mundo (103.3 millones de personas), el estado de México y el Distrito Federal concentran la mayor cantidad de población (22.1%) dentro del territorio nacional. El 51.3% de los habitantes del país son mujeres y de éstas, el 48.8% se encuentra en edad reproductiva, es decir, en la actualidad casi 1 de cada dos mujeres en el país tienen la posibilidad de embarazarse (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2005). De hecho, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2006, el 65.4% de las mujeres entre los 15 y los 49 años de edad alguna vez ha estado embarazada (CONAPO, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], Secretaría de Salud [SSA] e Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2008).

En 2006 las mujeres tenían un promedio de 2.01 hijos (ENADID 2006 en CONAPO *et al.*, 2008), tendencia que ha venido disminuyendo desde la época de los 60's, donde la tasa global de fecundidad era de 7.3 hijos nacidos vivos por mujer, como lo indica la figura 1.1:

Motivos hacia la maternidad en mujeres primíparas que cursan su puerperio

Resumen

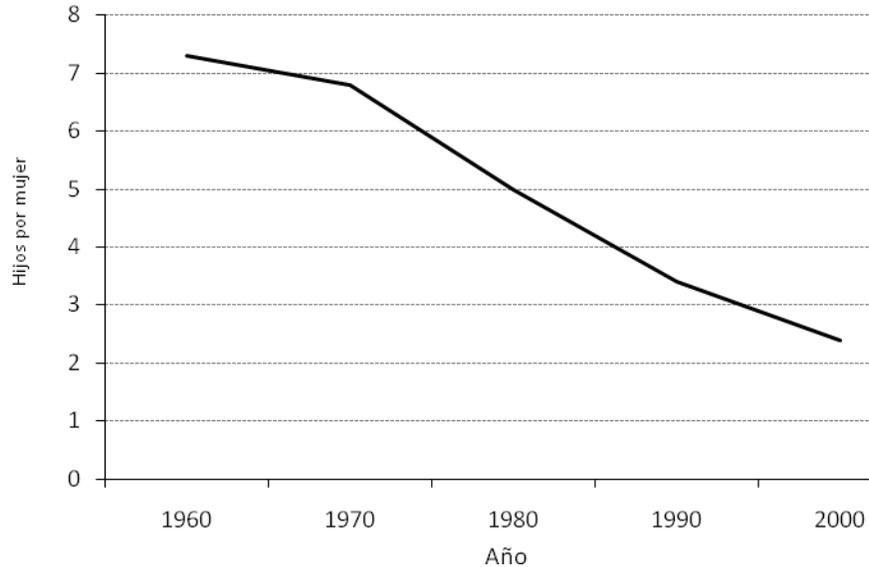
Se realizó un estudio exploratorio para conocer los motivos hacia la maternidad en una muestra no probabilística de 90 mujeres que se encontraban en el puerperio y hospitalizadas en un hospital de segundo nivel. Los principales motivos para ser madres fueron de carácter afectivo (que me quiera, amarlo, ser/sea cariñoso y ser feliz), de trascendencia (dar vida, tener un hijo y formar una familia), para desempeñar el rol materno (cuidarlo, educarlo y apoyarlo) y motivación por el crecimiento personal (ser responsable, buena y aprender). El estudio de la motivación hacia la maternidad ayudaría a comprender la aceptación o rechazo del uso de anticonceptivos en poblaciones de riesgo y para diseñar intervenciones que busquen promover la salud reproductiva de las mujeres, mediante el ejercicio consciente de la elección y planeación de la maternidad.

Características epidemiológicas de la maternidad

Siendo México uno de los once países más poblados del mundo (103.3 millones de personas), el estado de México y el Distrito Federal concentran la mayor cantidad de población (22.1%) dentro del territorio nacional. El 51.3% de los habitantes del país son mujeres y de éstas, el 48.8% se encuentra en edad reproductiva, es decir, en la actualidad casi 1 de cada dos mujeres en el país tienen la posibilidad de embarazarse (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2005). De hecho, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2006, el 65.4% de las mujeres entre los 15 y los 49 años de edad alguna vez ha estado embarazada (CONAPO, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], Secretaría de Salud [SSA] e Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2008).

En 2006 las mujeres tenían un promedio de 2.01 hijos (ENADID 2006 en CONAPO *et al.*, 2008), tendencia que ha venido disminuyendo desde la época de los 60's, donde la tasa global de fecundidad era de 7.3 hijos nacidos vivos por mujer, como lo indica la figura 1.1:

Figura 1.1: Tasa global de fecundidad, 1960-2000



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de población, disponible en http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=238

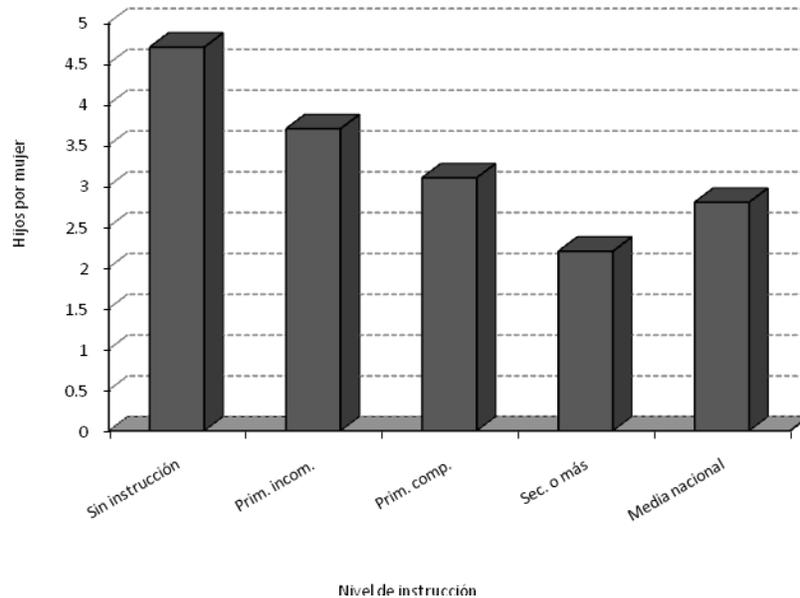
Las mujeres en el rango de 15 a 49 años tienen su primera relación sexual entre los 18 y 19 años (CONAPO *et al.*, 2008). Y según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva ENSAR 2003 (Secretaría de Salud & Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2006), la mitad de las mujeres (49.8%) tuvieron su primer hijo entre los 15 y los 19 años, seguido de un 32.3% entre los 20 y los 24 años de edad, en otras palabras, de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad embarazadas por primera vez, 8 de cada 10 se embarazaron en edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. El 60.6% de las mujeres están casadas o viven en unión libre; el 51.3% se dedica al hogar y; el 33.9% tienen estudios de primaria, 29.9% de secundaria y 15% de preparatoria.

A nivel mundial más del 10% de los nacimientos anuales son de mujeres entre los 15 y los 19 años de edad, lo que equivale a 14 millones de adolescentes. En los países en desarrollo en promedio 1 de cada 3 mujeres tienen su hijo antes de los 20 años. En América Latina los embarazos entre adolescentes representan entre el 15 y el 20%, y el 70% de éstos son no planeados. En México, la tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años de edad es de 70/1000 mujeres jóvenes (Taracena, 2003 & Rowbottom, 2007).

Aunque el número de hijos por mujer ha venido disminuyendo gradualmente desde hace cinco décadas, aparecen diferencias importantes cuando se consideran algunos factores socio demográficos, en particular, el nivel educativo y el lugar de residencia.

Para el año 1996, la tasa global de fecundidad variaba hasta en dos hijos dependiendo de la instrucción de la madre (ver figura 1.2):

Figura 1.2: Tasa global de fecundidad por instrucción, 1996



Fuente: Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana, CONAPO, 2000.

En el 2006 el porcentaje de mujeres con cinco ó más hijos aumentó conforme disminuyó la escolaridad (44% en mujeres sin instrucción vs. 4.3% en mujeres con secundaria o más) (CONAPO *et al.*, 2008).

En cuanto al lugar de residencia, las mujeres que viven en el medio rural presentan mayor número de hijos en comparación con las que están en el medio urbano. En 1996 la tasa global de fecundidad para mujeres del medio rural fue de 3.5 vs. 2.3 para las del medio urbano (Zúñiga, Zubieta & Araya, 2000). Así mismo, mientras que un 39.1% de las mujeres que viven en el área rural tuvieron 4 hijos o más en el 2006, sólo 21.1% tuvieron ese número de hijos en las ciudades (CONAPO *et al.*, 2008).

En cuanto a las preferencias reproductivas, los datos de la ENADID 2006 sugieren que ocho de cada diez mujeres que no tienen hijos desearían tener alguno (81.4%). El ideal para muchas serían dos, ya que el 58.3% de las que ya tienen uno, desean más hijos, pero el porcentaje de deseo disminuye a menos de la mitad (23.7%) entre las que ya tienen dos hijos, hasta llegar a ser de casi una de cada diez mujeres (9.2%) las que sólo quieren más de tres hijos.

Siendo que el control de la fertilidad se logra a través del uso de métodos anticonceptivos, la misma ENADID 2006 encontró que el 70.9% de las mujeres unidas refirió usar un método anticonceptivo en ese momento. Se observó también que a mayor número de hijos, el porcentaje de mujeres usuarias aumenta también (usuarias sin hijos 7.4%, 1-2 hijos 60.9% y, 3-4 hijos 79.9%) y que el porcentaje de mujeres unidas usuarias es mayor cuanto mayor nivel de escolaridad tienen (sin instrucción 4.2% vs. secundaria o más 60.8%).

Finalmente, de las mujeres que alguna vez han estado unidas y que actualmente son usuarias de métodos anticonceptivos, el 57% usa quirúrgicos, 16.6% DIU, 7.6% preservativos, 5.7% inyecciones, 5.6% pastillas y 7.3% otros, y en el Estado de México, los porcentajes respectivos son: 58.6%, 20.8%, 8.2%, 3.5%, 2% y 6.8%.

De todas las mujeres que estuvieron embarazadas entre el 2002 y el 2005, el 63.1% tuvieron un parto normal (CONAPO *et al.*, 2008).

En el 2006, el embarazo, el parto y el puerperio fueron la primera causa de egresos hospitalarios en el país, explicando el 34.4% del total de éstos. Dicha cifra aumentó a un 49.7% si sólo son considerados los casos para el sexo femenino, en otras palabras, casi la mitad de las mujeres que fueron hospitalizadas egresaron por un motivo asociado con la reproducción. En particular, la atención del parto único espontáneo fue la tercera causa específica de egresos hospitalarios a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2008). Sin embargo, en el Estado de México fue la primera causa, constituyendo el 28.2% de los egresos, seguida de causas obstétricas directas (15.7%) y del aborto (7.1%). Específicamente en el Hospital General Dr. Salvador González Herrejón, escenario donde se realizó la residencia en Medicina Conductual se registraron cifras similares (28.2%, 13.7% y 8.1%, respectivamente) durante el mismo año (Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), 2007).

Principales problemas o quejas psicológicas asociadas con la maternidad

El ejercicio de la maternidad evidentemente tiene una función biológica, psicológica, familiar, social, económica y cultural, que va desde la preservación de la especie humana, la trascendencia personal a través de la procreación de nuevos seres humanos, el desarrollo de vínculos afectivos, la convivencia, el apoyo al crecimiento de un individuo en sus diferentes esferas y la oportunidad de crecimiento personal concomitante, la vivencia continua de experiencias motivadoras, gratificantes, divertidas y satisfactorias, la formación de las familias, hasta la transmisión y la conservación de la cultura y el desarrollo de las sociedades. Sin embargo, el ejercicio de la maternidad también conlleva algunos riesgos y desventajas para las mujeres a diferentes niveles: físico, psicológico, social, económico y cultural y en distintos momentos de la misma, ya que las demandas cambian conforme el hijo crece.

El embarazo y el parto constituyen los primeros eslabones de una cadena de cambios en la vida actual y futura de la mujer en sus diferentes dimensiones. Por ejemplo, en el ámbito cognitivo aparecen una serie de expectativas sobre el evento que se avecina, sobre el hijo, sobre el desempeño de sí misma como madre, sobre los nuevos roles sociales que desempeñará y, en general, aparecen cambios en las expectativas de vida. También se pueden presentar modificaciones en el estado de ánimo por el proceso biológico *per se* y por la valoración que se le pueda dar al embarazo, es decir, si fue deseado, planeado o forzado, sentimientos ambivalentes en cuanto a la inminencia de la maternidad, sentimientos con respecto a las actitudes y la falta de o el apoyo social recibido, y por las condiciones físicas, económicas y sociales bajo las cuales transcurre el embarazo, la percepción de los cambios del propio cuerpo debidos al avance de la gestación y la diversidad de emociones que pueden acompañar a dicha percepción, etc. Y los cambios conductuales que implica el proceso de la gestación, tales como las visitas mensuales al médico, el someterse a exámenes médicos de rutina, la ingesta de ciertas vitaminas o medicamentos, la modificación de determinados estilos de vida como los periodos de sueño y de vigilia, la alimentación, la actividad física en general, la fatiga, el consumo de tabaco, alcohol y/u otras drogas, la suspensión de las actividades laborales, los arreglos físicos del hogar para la llegada del nuevo integrante, el incremento de las demandas económicas, etc.

Dichos cambios pueden o no venir acompañados de algunos problemas o riesgos. Por ejemplo, a nivel físico el proceso del embarazo, parto y puerperio implica riesgos a la salud de las mujeres, que pueden traducirse en incremento de la presión arterial, aumento de los niveles de azúcar en sangre, infecciones vaginales y renales, desgarros, hemorragias, etc., los cuales si no son atendidos de forma oportuna podrían traer consecuencias tan devastadoras como la propia muerte. Inclusive la mortalidad materna que se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio, es un indicador esencial tanto para estimar la calidad de los servicios de salud brindados a la población, como para identificar el grado de desigualdad social en una región. Particularmente reducir tres cuartas partes la razón de la mortalidad materna para el 2015 es una de las 8 metas del milenio de las Naciones Unidas (United Nations [UN], 2008).

Aunque para el 2005 las tasas más altas de mortalidad materna se registraron en África subsahariana y al sur de Asia, quienes explican el 86% de las muertes a nivel mundial, México tiene una tasa de alrededor de 60 por cada 100,000 nacimientos vivos, por encima de varios países de Latinoamérica (Cuba 45, Chile 16, Costa Rica 30 y Uruguay 20), Norteamérica (EU 11 y Canadá 7) y de toda Europa (World Health Organization [WHO], United Nations Children's Fund [UNICEF], United Nations Population Fund [UNFPA] & The World Bank, 2007).

Y dicha mortalidad materna que se presenta en las primeras etapas de la maternidad podría reducirse a través de estrategias tales como la atención prenatal temprana, la atención del parto por personal capacitado (médicos, enfermeras, parteras), y el acceso y el uso de métodos de planificación familiar efectivos para disminuir prioritariamente los embarazos en adolescentes (UN, 2008).

Por otro lado, una elevada fecundidad se relaciona con mayor ocurrencia de embarazos en edades extremas de la vida (<20 ó >35 años), lo que a su vez aumenta la probabilidad de muerte perinatal y neonatal; menor periodo de recuperación física de la madre entre parto y parto y mayor competencia entre los hermanos por los recursos del hogar para su crianza. Así mismo, el inicio temprano de la maternidad limita las oportunidades de desarrollo personal de la mujer y favorece la transmisión intergeneracional de la pobreza (Zúñiga *et al.*, 2000).

Aunado a los riesgos físicos, durante el embarazo también se pueden experimentar miedos relacionados específicamente con éste y con el parto tales como el temor a perder el atractivo físico, a tener un hijo con malformaciones o algún otro problema de salud, a no tener leche, a morir durante el parto, a sufrir mucho dolor durante el mismo, preocupaciones con respecto a la anestesia, temor a la episiotomía, a la cesárea, a los fórceps y a no desempeñar “bien” el rol de madre (Videla, 1997).

Otras consecuencias inmediatas que aparecen en etapas tempranas de la crianza de los hijos son sentirse nula o poco preparada para ser madre, al menos cuando sé es por primera vez, lo cual contradice la ideología de la maternidad instintiva. El cambio radical en la vida de la mujer, desde el desgaste biológico por el embarazo y el parto y los cambios hormonales después del mismo, hasta los planes de vida futuros. La existencia de una dosis diaria de estrés, debido a la pesada carga de trabajo diaria, a la gran dedicación de tiempo que la asistencia del hijo demanda en decremento del tiempo empleado en ella misma e inclusive para realizar sus actividades laborales, al desempeño de otras tareas demandantes concomitantes como el quehacer o el cuidado de otros miembros de la familia, a la responsabilidad de cuidar a un hijo y, a la evaluación continua del propio desempeño, que en muchas ocasiones es negativa por la inadecuación entre la realidad y la ideología tradicional de la maternidad. Aunado a ello, hay un incremento de los gastos económicos familiares, una modificación en la interacción con la pareja y otros miembros de la familia, la presencia de sentimientos ambivalentes como el goce, pero también la ansiedad y la depresión (Choi, Henshaw, Baker & Tree, 2005; Papalia, Wendkos y Duskin, 2005), y el desempeño de diversos roles sociales tales como el cuidado de las necesidades básicas del hijo en edades tempranas (alimentarlo, bañarlo, limpiar, vestirlo y jugar con él), la disciplina, la socialización y la enseñanza de la responsabilidad y los valores, y el sostén económico, principalmente en culturas donde la mujer no cuenta con el apoyo de la pareja, ya sea porque se quedó sola, porque su pareja no trabaja o que por la naturaleza de su trabajo, éste pasa una larga temporada fuera del hogar (Hahnen, Rosado, Capozzi & Hamon, 1997).

En especial el embarazo en la adolescencia podría traer consecuencias más numerosas y de mayor impacto ya que alimenta el ciclo de mortalidad materna e infantil porque incrementa el

riesgo de muerte materna durante el parto y también de muerte infantil en la niñez (UN, 2008). Por ejemplo, las adolescentes en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años tienen el doble de riesgo de morir en el embarazo o el parto en comparación con las mujeres de 20 años, y el riesgo es cinco veces mayor en mujeres menores de 15 años. A menor edad al primer nacimiento del hijo aumenta la probabilidad de tener más hijos en un intervalo menor de tiempo y con ello también se incrementa el riesgo de muerte y discapacidad durante el embarazo o el parto. Entre las mujeres adolescentes es más frecuente la presencia de un parto prolongado, malnutrición, riesgo de transmisión del VIH a los hijos, abuso físico, retraso en la identificación de complicaciones del embarazo, en acudir a un centro de atención médica y en recibir atención de calidad (Rowbottom, 2007). A su vez, la maternidad en la adolescencia se asocia con consecuencias adversas a mediano y largo plazo tales como menores niveles de logro académico para las adolescentes, mayores niveles de dependencia de la ayuda social del gobierno, menor niveles de participación en el mercado laboral, menores ingresos (Boden, Fergusson & Horwood, 2008), mayores posibilidades de recolectar una pensión por discapacidad, de vivir solas y de presentar una alta paridad a lo largo de su vida, aumentando más el riesgo de dichas consecuencias cuanto más joven fue la mujer al tener su primer hijo (Otterblad, Haglund, Ringbäck & Cnattingius, 2001). Aunado a ello, se sabe que la pobreza en la familia actual hace más probable que también aparezca en la familia de los hijos, favoreciendo el estrés, la precaria salud en los hijos, las dificultades en su desarrollo y la criminalidad. Finalmente las madres jóvenes también se encuentran en desventaja cognoscitiva, emocional y de planeación del futuro porque a la vez tienen que lidiar con los cambios propios de la adolescencia (Hanna, 2001b).

Reseña de investigaciones que estudian los aspectos psicológicos asociados con la motivación para la maternidad

Hablar de maternidad implica hablar de mujer y también de muchas actividades relacionadas con el desarrollo de un nuevo ser, tales como la gestación, el dar a luz y el amamantar, las cuales son funciones inherentemente femeninas desde un punto de vista biológico, sin embargo, también implica proteger, cuidar, criar, amar, en fin, cubrir las necesidades básicas y no tan básicas para la supervivencia y el desarrollo de un nuevo ser

humano, que serían funciones de índole más social. Por lo tanto, tratar de definir qué es la maternidad resulta complicado cuando se observa con detalle que algunas funciones atribuidas a la madre tales como cuidar y educar también las puede realizar el padre o inclusive otras personas o instituciones como los abuelos o la escuela, entonces ¿se definirían como funciones paternas acaso?, o por otro lado, ¿la procreación, que es un acto inherente a la mujer, conlleva la crianza *per se*? Si sólo se tomara en cuenta lo relativo a la engendración, parecería que la maternidad entonces se reduciría a las funciones biológicas exclusivas de la mujer como dar a luz y amamantar, entonces ¿las madres adoptivas no estarían ejerciendo la maternidad?, o por el contrario, ¿las mujeres que se embarazan y dan en adopción al infante ejercen la maternidad o sólo son madres?

Aunque la maternidad resulta un concepto difícil de definir y dista mucho de ser estático y exclusivo, resulta necesario estudiarlo porque encuentra expresión en las relaciones interpersonales de la vida diaria y al final forma parte de la cultura en general que está influida e influye los valores, las creencias, las expectativas, las emociones, las pautas de comportamiento y las normas sociales de los seres humanos.

El concepto de maternidad es un constructo social que ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad y ha guardado una estrecha relación con el concepto de mujer. Generalmente los cambios en la noción de maternidad han estado vinculados con las funciones que se le han atribuido a la mujer respecto a sus hijos, lo que a su vez también ha impactado su autodefinición y autoevaluación debido a que su identidad y su valor dentro de la sociedad han estado estrechamente ligados a su rol como madre, en la cultura mexicana en particular el rol de madre forma parte del rol de la mujer.

Molina (2006) en una reseña interesante de las transformaciones culturales de la concepción de la maternidad, entre otras cosas señala que tanto en la teología cristiana como en la Edad Media prevaleció una visión negativa de la mujer, como una persona sucia, hueca, débil, merced al poder y deseos del hombre, percepción que fue reblandecida con la inserción de la figura de la Virgen María dentro de la religión, donde recuperó una posición un tanto más positiva al considerársele una esposa casta, dócil y con una vida de devoción por el hijo. En esa época su papel como madre únicamente se reducía a la procreación, nutrición y orientación

moral del infante, mientras que su educación en general recaía en el padre. Sin embargo, el papel de la mujer y su valor dentro de la sociedad fue aumentando conforme el paso del tiempo. En la era Romántica, Rousseau proclamó la maternidad como el objetivo central en la vida de las mujeres, y por ende fueron valoradas por su capacidad fértil, aunque la crianza continuó a cargo del padre o de otras instituciones como la iglesia y la comunidad. Más aún, con los cambios económicos y sociales de la revolución industrial, la mujer se quedó a cargo de la crianza de los hijos en el ámbito privado, mientras que el hombre se mantuvo en la esfera pública desempeñando el trabajo remunerado.

La crianza adquirió mayor importancia desde la óptica de la ciencia y la razón en la era moderna, promoviéndose incluso la capacitación de las mujeres para realizar dicha labor de mejor forma y es a finales del siglo XIX cuando la crianza se identifica con la maternidad.

Por lo tanto, en un primer momento la mujer fue valorada por su capacidad de procrear convirtiéndose la maternidad en el objetivo central de su vida, y posteriormente ésta fue identificada con la crianza, y no solamente con la gestación.

Para el siglo XX en Estados Unidos apareció la valoración simultánea del hogar y la maternidad, así como la maternidad exclusiva, intensiva e ideal. Las mujeres adquirieron y defendieron un papel virtuoso dentro de la sociedad como las formadoras de los nuevos ciudadanos, lo cual contribuía al bienestar de la misma, fueron consideradas como las responsables perfectas no sólo del desarrollo físico del infante, sino también de su desarrollo afectivo, cognoscitivo, conductual y social. En esta época aparece la ideología de la madre omnipotente, capaz de criar a sus hijos y estar a cargo de la familia de manera perfecta, con la creencia implícita de la identidad de la mujer con la madre, es decir, la maternidad como el objetivo central de la vida de las mujeres y la naturaleza femenina como condición natural de la maternidad.

Sin embargo, la era postmoderna viene con nuevos cambios en los roles de la mujer y el valor que se le brinda a la maternidad. Ahora ésta tiende a postergarse y el número de hijos ha disminuido, el desarrollo personal de la mujer ha quedado separado del ejercicio de la maternidad, dándose mayor peso al desarrollo profesional y al empleo remunerado como otras alternativas de crecimiento personal. La crianza de nuevo empieza a verse como un asunto

colectivo, responsabilidad no sólo de la madre, sino también del padre y de otras instituciones públicas y, los roles familiares y de género empiezan a reconsiderarse. En suma, la maternidad queda menos señalada como única condición definitoria de la mujer y de su valor como persona, encontrando nuevas formas de autorrealización y autosatisfacción.

Alvarado (2005) realizó un estudio sobre la concepción de la maternidad en madres y niños de tercer grado de primaria y encontró que los niños aún vinculan estrechamente a la madre con las actividades del hogar, el cuidado de los hijos, el servicio, el amor y la dependencia, definiendo la identidad de la mujer en términos de su maternidad, la cual se empieza a construir en edades tempranas, por ejemplo, cuando las niñas asumen tareas de adultas durante su vida diaria. También encontró que en las madres prevalecen sentimientos ambivalentes, por un lado, destaca la ideología de la maternidad instintiva, abnegada e idealizada, pero también coexiste el ejercicio difícil y demandante de la maternidad. El autor concluyó que la función doméstica asignada a la mujer muchas veces limita su proceso de crecimiento personal y social, y propone que una forma de solucionar esto es a través de cambios en las interacciones diarias de las personas, porque es ahí donde la maternidad cobra significado y justifica el orden social. Propone crear y mantener una responsabilidad compartida con el padre para fomentar la independencia de los hijos e hijas, que se traduzca en un desarrollo ético y afectivo autónomo que les permita disfrutar su persona como hombre o mujer en las mismas condiciones de responsabilidad colectiva.

Para entender cómo las mujeres experimentan y construyen su rol como madres es necesario considerar el contexto cultural en que fueron educadas y donde crían a sus hijos también (Raeff, 1996), lo cual quedó demostrado en un estudio que refleja cambios en la orientación hacia la maternidad en mujeres que se desenvuelven en contextos socioculturales diferentes. Guendelman, Malin, Herr-Harthorn y Vargas (2001) analizaron estos cambios con respecto al concepto que tienen de sí mismas como mujeres, la orientación hacia lo doméstico y hacia la procreación en mujeres mexicanas que vivían en zonas rurales y urbanas pobres dentro del país, mujeres inmigrantes de zonas rurales y urbanas pobres de EU y mujeres estadounidenses de padres mexicanos viviendo también en zonas rurales y urbanas pobres de EU. Los principales resultados fueron que aunque la mayoría de las participantes tuvieron una

fuerte orientación hacia la maternidad, hubo diferencias en la forma en que definían su identidad materna, la cual estuvo influida por los cambios en los valores y normas culturales, así como por el acceso a recursos sociales y económicos. Mientras que las mujeres que viven en áreas rurales en México conservan con mayor fuerza una ideología tradicional, es decir, su identidad como personas está en función de tener hijos y de los demás, sus expectativas se limitan a la maternidad y su familia, no consideran el trabajo fuera del hogar como una opción, perciben a sus hijos como una fuente para ser valoradas y para mantener la armonía en la pareja y consideran que su fertilidad no obedece a un control interno; las mujeres de padres mexicanos pero que nacieron y viven en EU reflejan una visión más flexible, con expectativas y planes de desarrollo personal más allá de la maternidad, con trabajo remunerado fuera del hogar y el control responsable de la fertilidad compartido con la pareja. En general se halló que las actitudes y los roles son más flexibles y diversos para las mujeres que nacieron en EU y que viven en el área urbana, pero que tienen raíces mexicanas, en comparación con los otros grupos, sin embargo, las mujeres que viven en áreas urbanas de México o inmigrantes de áreas rurales de Estados Unidos, mostraron ideas intermedias entre ambos grupos extremos. En conclusión, los roles y a su vez el significado que construye la mujer de sí misma están influidos tanto por factores económicos, como por ejemplo, salir a trabajar por la insuficiencia de recursos para cubrir los gastos familiares; por variables culturales, como la concepción y las expectativas que tienen de sí mismas y que tienen sus parejas sobre ellas y; por variables sociales, como el acceso a redes sociales que les ayudan al cuidado de los hijos y el acceso a la educación.

Resultados similares fueron encontrados por Giménez Villarejo (2004) donde a mayor aculturación y menor machismo en mujeres hispanas inmigrantes de Estados Unidos, menor visión tradicional de la maternidad, habiendo controlado incluso las variables de nivel educativo y empleo.

Los resultados de los estudios anteriores nos conectan inexorablemente con las nociones de género y estereotipos de género, donde la cultura delimita y da sentido a lo que significa ser hombre o mujer en función de su sexo, de tal forma que establece y espera que las personas piensen, sientan y actúen en formas específicas conforme a dichas diferencias biológicas. Los

estereotipos de género influyen indudablemente en la motivación hacia la maternidad, ya que son las pautas de comportamiento que se esperan de las personas según su sexo, pero que tienen su base en creencias, valores, ideologías, representaciones y normas culturales que se han construido socialmente.

En México, los estereotipos en el ámbito familiar y del hogar continúan siendo tradicionales y un tanto rígidos, por ejemplo, se espera de la mujer que se dedique exclusivamente al hogar y al marido, que se encargue del cuidado y educación de los hijos, que sea fiel, y se le concibe con mayor fortaleza emocional que al hombre, más cariñosa y que encuentra su máxima realización en la maternidad. Sin embargo, los estereotipos se han ido flexibilizando por la influencia de variables como el sexo, la edad y principalmente el nivel educativo. Por ejemplo, a menor edad, mayor nivel de escolaridad y ser mujer, menor aceptación y seguimiento de los roles tradicionales (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

Por otro lado, McDonald, Bradley y Guthrie (2005) también hallaron que las actitudes sobre el cuidado del hijo por una persona diferente a la madre se modifican conforme la participación de la mujer en el mercado laboral. Mientras que las madres dedicadas exclusivamente al hogar muestran actitudes negativas, las que trabajan medio tiempo lo consideran aceptable pero sólo si es por tiempo limitado y las madres con trabajos de tiempo completo aceptan el cuidado no materno de los hijos aunque presentan sentimientos ambivalentes.

En nuestros días el ejercicio de la maternidad se ha vuelto una elección y responsabilidad personal gracias, entre otras cosas, al acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos. La salud reproductiva entendida como el derecho de todas las personas a gozar de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con las funciones y los procesos del sistema reproductor (Zúñiga, Zubieta & Araya, 2000) establece la plataforma para llevar a cabo acciones a diferentes niveles y por distintos actores que aseguren el bienestar de las mujeres en cuestiones tales como regular la fecundidad y tener un embarazo y parto sin riesgos, por ejemplo.

Los derechos reproductivos no sólo implican la responsabilidad de los sistemas y los profesionales de la salud en proveer servicios oportunos, de calidad y de amplia cobertura, sino también promueven un papel activo de los usuarios de dichos servicios para poder lograr los

resultados deseados. Por ejemplo, para decidir de manera libre, informada y responsable si se quieren tener hijos, el número de hijos deseados y el espaciamiento entre cada uno de ellos (World Association of Sexology [WAS], 1997).

Algunas de las conductas sexuales saludables esperadas en los individuos son: buscar información sobre la reproducción o sobre la propia sexualidad si es necesario; tomar decisiones informadas con respecto a los estilos de vida y las opciones familiares; ser responsables del propio comportamiento; practicar una toma de decisiones efectiva; utilizar la anticoncepción también de forma efectiva para evitar embarazos no planeados; buscar atención prenatal en etapas tempranas del embarazo y; evaluar el impacto de los mensajes familiares, sociales, culturales y religiosos sobre los pensamientos, los valores, las emociones y las conductas relacionados con la sexualidad (Sexuality Information Council of the United States cit. en. Pan American Health Organization [PAHO], WHO & WAS, 2000).

Este último ejemplo de comportamiento saludable adquiere importancia en el marco del presente trabajo ya que la elección de la maternidad muy probablemente está influida por la asimilación de determinados valores, creencias y expectativas prevalecientes en la familia, la cultura y la sociedad en general, de cuya apropiación las mujeres pueden o no ser conscientes, pero que se expresa en las tasas de fecundidad, el inicio de la vida reproductiva, las preferencias reproductivas y la práctica anticonceptiva.

Por lo tanto, la pregunta de por qué las mujeres desean ser madres evidentemente nos coloca en el marco de la motivación, la cual podría definirse como todos aquellos procesos implicados en la iniciación, dirección y provisión de energía para realizar una conducta individual (Geen, 1995, cit. en Gross, 2004). El comportamiento motivado se traduce en conducta dirigida a metas, por lo tanto, tiene un carácter propositivo.

Desde el marco de la teoría cognitiva social, los motivos serían de los primeros eslabones dentro de una cadena compleja y dinámica de comportamientos planeados y adaptados cíclicamente (pensamientos, sentimientos y acciones) que llevan al ser humano a alcanzar metas personales, lo cual se conoce como autorregulación. Los motivos adquieren relevancia en la medida en que la presencia y la calidad de la autorregulación dependen tanto de éstos como de las creencias personales. Las motivaciones pertenecerían a la fase del pensamiento

planeado, que antecede a las fases de ejecución/ control volitivo y auto-reflexión y dentro de las creencias motivacionales se incluyen nociones como la autoeficacia, las expectativas de los resultados, los valores o intereses intrínsecos y la orientación hacia la meta (Zimmerman, 2000).

Teóricos humanistas como Maslow (1991) consideran que las personas están sometidas a dos tipos generales de motivación. Aquéllos que aseguran la supervivencia al satisfacer las necesidades físicas y psicológicas, tales como los motivos fisiológicos, de seguridad, de amor y pertenencia y de estima. Y aquéllos que promueven la autorrealización de la persona, como las motivaciones cognitivas, estéticas y de autorrealización. Las primeras formarían la base de la pirámide y así sucesivamente hasta llegar a la cúspide donde se encuentra la autorrealización, la cual solamente es alcanzada si ya se han satisfecho los niveles inmediatos inferiores.

Bajo esta línea se podría identificar que hay motivos de orden fisiológico, cognitivo y, social o cultural, los cuales pueden clasificarse también en función de determinadas características tales como si son internos o externos, innatos o aprendidos y, conscientes o inconscientes (Gross, 2004). Desde esta óptica parecería que la maternidad es una motivación que toca varias dimensiones.

En primer lugar, la maternidad está inherentemente ligada al comportamiento sexual, que busca cubrir una necesidad sexual de carácter fisiológico e instintivo, pues está regulado por factores hereditarios y sistemas biológicos (como la influencia de las hormonas y la excitación sexual), sin embargo, dicho comportamiento también está influido por variables de índole cognitivo, social y cultural. Conforme se alcanza un nivel más alto en la escala filogenética, la influencia de los instintos decae y hay mayor dependencia de la cultura como instrumento de adaptación (Maslow, 1991 & Reeve, 2003). La conducta sexual en los seres humanos tiene una peculiaridad a diferencia de muchos animales inferiores: puede estar presente durante todo el ciclo menstrual, independientemente del periodo de ovulación de las mujeres, lo cual tiene al menos dos implicaciones, por un lado, la reproducción no es la única finalidad de este comportamiento y, por ende, las relaciones sexuales pueden ser mantenidas independientemente del deseo de ser madres, es decir, las mujeres tienen la capacidad de controlar su propia fecundidad.

Considerando la propuesta de Maslow a otro nivel, la maternidad también podría estar ubicada en la motivación por el amor, la pertenencia y la estima y, además, sería de orden social, pero también podría ser cognitiva o desde el punto de vista evolutivo. Los motivos para ser madres podrían ser de naturaleza interna pero simultáneamente externa en el sentido de que obedecen a las expectativas o presiones sociales por ejercerla; además son aprendidos y podrían ser tanto conscientes como inconscientes, debido a que en muchas ocasiones las mujeres no identifican de forma precisa los motivos últimos por los cuales quieren ser madres, pero se involucran en conductas sexuales que aumentan la probabilidad de un embarazo. En suma, los motivos hacia la maternidad parecen ser multifactoriales y multidimensionales, la elección que en último término depende de la mujer, no es una elección aislada sino enmarcada dentro de un contexto biológico, personal, familiar, social y cultural.

Algunas de las variables contextuales que influyen en dicho fenómeno son tanto la edad como la edad al matrimonio, el nivel socioeconómico, algunos rasgos psicológicos como el locus de control y la auto-eficacia, actitudes como el conocimiento y la aceptación de la planificación familiar, la sexualidad, el aborto, condiciones biológicas como la esterilidad y la subfertilidad, factores psicosociales como el poder dentro de la familia, la apertura en la comunicación, el apoyo social (Michaels, 1988), la creencia del momento ideal para embarazarse, las relaciones de pareja, los estudios, la frecuencia de las relaciones sexuales, etc. (Kendall, Afbale-Munsuz, Speizer, Avery, Schmidt & Santelli, 2005). Sin embargo, es necesario considerar que para algunas mujeres, en especial las adolescentes, la maternidad no es una elección sino el resultado de la presión social o religiosa de tener un hijo, la coerción o el ejercicio forzado de relaciones sexuales, o simplemente un accidente por falta de conocimiento y/o uso de la anticoncepción o por experimentar con la sexualidad (Rowbottom, 2007).

Los motivos se relacionan con la satisfacción de ciertas necesidades que se consideran valiosas, es decir, la motivación implica la satisfacción de una necesidad valorada. Más aún, la importancia del valor depende de la intensidad de la necesidad, y en el caso de la maternidad, del grado en que los hijos potencialmente pueden satisfacer la necesidad, así como de la disponibilidad de fuentes alternativas de satisfacción (Hoffman y Hoffman, 1973, cit. en Michaels, 1988).

La importancia de los valores depende significativamente del grado de satisfacción de las necesidades, de la dificultad para satisfacerlas y del goce experimentado al satisfacerlas. Las necesidades anteceden a los valores y entre más satisfecha la necesidad, mayor la importancia al valor (Díaz-Guerrero & Díaz-Loving, 2001). En el caso de la maternidad, resulta importante identificar los motivos por los cuales se quiere ser madre y el valor que se le brinda a las necesidades subyacentes, de tal forma que para algunas personas la maternidad se convierte en altamente significativa si a través de ella se satisfacen necesidades de gran valor.

Hoffman y Hoffman (1973, cit. en Michaels, 1988) crearon un modelo teórico de los valores por los cuales se tienen hijos, valores que están basados en necesidades psicológicas y que están influidos por factores sociales, culturales y económicos. Sugirieron las siguientes 9 categorías:

1.- Estatus de adulto e identidad social: Que satisface la necesidad de ser aceptado como un miembro adulto maduro y responsable de la comunidad.

2.- Extensión del sí mismo: Que cubre la necesidad de trascender a través de alguien después de la muerte, de tener experiencias de crecimiento y aprendizaje y sumarle sentido a la vida.

3.- Valores morales: La necesidad de mejorar moralmente, incluyendo el ser menos egoísta, aprender a sacrificar, contribuir a la sociedad o satisfacer un requisito religioso personal.

4.- Afecto y vínculos primarios: Satisfacer la necesidad de expresar y recibir afecto y lograr un lazo íntimo con otra persona.

5.- Estimulación y diversión: Cubrir la necesidad de añadir más interés a la vida a través del niño.

6.- Desempeño y creatividad: Satisfacer la necesidad de logro y creatividad que se derivan de ayudar al niño a desarrollarse.

7.- Poder e influencia: Cubrir la necesidad de tener influencia sobre otra persona.

8.- Comparación social: Saciar la necesidad de tener prestigio o ventaja competitiva sobre otros al comparar la apariencia, conducta o logros del hijo en comparación con otros niños.

9.- Beneficio económico: Satisfacer necesidades relacionadas con la utilidad económica y el hecho de que los hijos en ocasiones contribuyen con el ingreso familiar.

Por otro lado, Videla (1997) enlista también otras motivaciones para el embarazo que pudieran tener implicaciones distintas para el infante, ya que las necesidades distan mucho más que las anteriores de tener un beneficio evidentemente encaminado al desarrollo del infante:

- a) Embarazarse como forma de agredir al cónyuge, que no deseaba un hijo.
- b) Para castigarse por culpas inconscientes que se atribuyen (por ejemplo, la muerte de un familiar cercano).
- c) Para ser atendida y cuidada por la familia, en un momento en que se siente desplazada.
- d) Para llenar el vacío dejado por la desaparición o muerte de un ser muy querido, por un aborto anterior o por un hijo muerto en el parto.
- e) Para cumplir las expectativas sociales respecto que “una pareja casada cumplido un tiempo debe tener hijos”.
- f) Como forma de querer comprobar su fertilidad o la de su pareja.
- g) Como manera de competir con la madre o las hermanas fértiles, a las que se envidia.
- h) Por recomendación médica ante un desequilibrio psíquico.
- i) Por sometimiento a exigencias del marido.
- j) Para retener a un marido infiel, o disimular su propia infidelidad.
- k) Para exigir casamiento.
- l) Como manera de compensar sentimientos de inferioridad en otros planos de su personalidad.
- m) Para demostrar a los suegros que puede ser tan importante como el hijo, en situaciones de competencia o rivalidad familiar.
- n) Para valorar su femineidad menoscabada en la práctica sexual por la opresión del marido o el tedio de muchos años de vida en común.

Resulta necesario recalcar que tanto los valores como las necesidades arriba mencionados no son mutuamente excluyentes, lo cual implica que las motivaciones pueden tener como base múltiples necesidades concurrentes. Sin embargo la pregunta que a continuación aparece es ¿en qué grado dichas necesidades podrían ser satisfechas a través de la maternidad? o ¿cómo

el valor que se les atribuye podría ser tan alto al grado de comprometerse en conductas que aumentan la probabilidad del embarazo incluso ante situaciones donde su salud está en riesgo?

Por ejemplo en el caso de las adolescentes muchas variables contextuales entran en juego en el momento de la elección de la maternidad, tales como las relaciones sexuales, las ideas sobre el momento ideal para ser madres, el uso de métodos anticonceptivos y la actitud hacia el aborto. Kendall y cols. (2005) encontraron que para muchas madres adolescentes el embarazo no fue planeado, pero terminan por aceptarlo una vez que se descubren embarazadas debido a que estaban conscientes de la posibilidad latente que existía, simplemente por el hecho de tener relaciones sexuales sin protección. Aunque muchas consideran que el momento ideal de convertirse en madres es cuando ya se han terminado los estudios, se tiene un trabajo estable y una se siente preparada para ello, consideran a su vez que son expectativas irreales y al saberse embarazadas lo aceptan, como si razonaran el evento una vez que ya sucedió sin darle importancia a las consecuencias a largo plazo. Además, identifican algunos beneficios tales como tener a quién amar y quién las ame, recibir la atención de la pareja, los amigos o los padres, recuperar la confianza en sí misma, sentirse importante, darle sentido a la vida o estrechar la relación de pareja. También destacan la oportunidad de hacer cambios radicales en su estilo de vida, de reinventarse, hacerse responsables y desarrollar un sentido de compromiso, desarrollo y aceptación social (Hanna, 2001b).

Otro resultado interesante del estudio es que muchas mujeres estaban motivadas a tener sexo pero no lo relacionaban con la posibilidad de tener hijos, lo cual coincide con que usualmente no utilizan anticonceptivos, ya sea por concepciones erróneas o información inadecuada de los mismos, por la presencia de efectos secundarios o por no desear confrontar o negociar con la pareja el control de la fertilidad. Y, aunado a ello, el aborto para la mayoría no constituye una alternativa de solución debido a que mantienen actitudes negativas sobre él.

Hanna (2001a, b) también concluye que los factores que influyen en la elección de la maternidad de manera intencional o por accidente entre las mujeres y adolescentes son, aparte del inicio de la vida sexual a edades tempranas, la presión social, el alcanzar un estatus de adulto, el abuso de sustancias (Navarro-Pertusa, Barberá & Reig, 2003), la percepción de la

maternidad como algo normal, la depresión, el antecedente de violencia, el escapar de una infancia infeliz y, la baja escolaridad.

En relación con la pregunta ¿por qué las mujeres jóvenes, solteras y de bajo nivel socioeconómico tienen hijos que no pueden mantener, y más aún en lugares como Filadelfia, Estados Unidos, donde además de la anticoncepción también existe el aborto como otra posibilidad? Edin y Kefalas (2005) llegaron a la conclusión de que la maternidad es una necesidad esencial en la vida de estas mujeres, una oportunidad para probar que son valiosas, para madurar, para darle orden y sentido a su vida y convertirse en adultos responsables, fuente primordial de significado, identidad y amor. Además, viven la maternidad como un medio de salvación y de solución de sus problemas, tales como dificultades con familiares e iguales, fracaso escolar, consumo de drogas, soledad, desesperanza y depresión, condiciones que caracterizaban su vida antes de embarazarse.

De las entrevistas realizadas con las participantes por los autores se puede identificar que tanto el embarazo como la maternidad fueron aceptados (y elegidos en alguna medida porque no se sometieron a un aborto) pero no planeados, y el significado que le atribuyen llega *a posteriori*, una vez que ya tuvieron a sus hijos. Aunque pareciera que no buscan el embarazo intencionalmente con el propósito predeterminado de encontrar significado, identidad o valor, pareciera que no hacen nada por evitarlo, comprometiéndose en comportamientos de riesgo, como lo afirma Taracena (2003) la mayor parte de las adolescentes aceptan la maternidad sin importar que el embarazo sea el resultado de un descuido por no usar o usar inadecuadamente la anticoncepción. La pregunta entonces sería cómo cubrir esas necesidades por otros medios, ¿las mujeres adolescentes se darán cuenta de dichas necesidades antes de quedar embarazadas? o ¿al irremediablemente convertirse en madres es como significan esa experiencia?

Justificación

En México un poco más de la mitad de la población son mujeres y de éstas la mitad está en edad reproductiva, quienes 6 de cada 10 alguna vez han estado embarazadas.

La maternidad tiene diversas consecuencias en la vida de las mujeres. Si bien es una fuente de satisfacción y crecimiento personal, familiar y social, también conlleva restricciones a la

libertad personal, demanda de tiempo y energía, gastos económicos, limitaciones en el desarrollo educativo y laboral.

Las mujeres por naturaleza son capaces de procrear, con el derecho humano y social de gozar de salud reproductiva también, sin embargo, el embarazo y el parto, como parte inicial de la maternidad implican riesgos, inclusive de muerte. Y algunos de estos riesgos podrían ser predecibles y evitables por acción de las propias mujeres, quienes hoy más que nunca pueden tener una influencia activa y deliberada en su comportamiento reproductivo gracias a los avances en materia de tecnología y derechos humanos. Sin embargo, la existencia, la difusión y el acceso a herramientas altamente efectivas y seguras para controlar la fertilidad, por sí mismos no son suficientes para influir en la elección de la maternidad (cuando existen posibilidades de decisión) ya que dicha elección, que recae en última instancia en la mujer, no ocurre en aislado, sino dentro de un contexto sociocultural y por la confluencia de múltiples factores.

Siendo la motivación uno de los primeros eslabones dentro de una cadena de comportamientos encaminados y coordinados a alcanzar una meta específica, resulta indispensable estudiar las razones por las cuales las mujeres desean ser madres y cómo dichos motivos influyen en la asunción o no de conductas saludables en el ámbito de la reproducción. Es decir, es necesario explorar el papel que ciertas variables cognitivas en este caso la motivación hacia la maternidad, podrían tener sobre la dimensión conductual, por ejemplo, la regulación de la fecundidad, lo que a su vez impacta la salud de las mujeres, como la presencia de embarazos de alto riesgo o la morbilidad materna.

Este estudio resulta particularmente importante en instituciones de salud de segundo nivel de atención tales como el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler-Chrysler” que, siendo parte del Instituto de Salud del estado de México (ISEM), busca proteger y preservar la salud de la población del estado que generalmente no cuenta con seguro médico o afiliación a otras instituciones de salud, por lo cual es común encontrar, entre otros usuarios, a mujeres embarazadas de nivel socioeconómico bajo y con escolaridad básica y, en algunos casos, con un número de hijos relativamente alto a edades tempranas. Aunado a ello y por tratarse de un hospital de segundo nivel, muchas usuarias se encuentran en riesgo de

reproducción por diferentes factores, por ejemplo, edades extremas de la vida reproductiva, multigravidez, toxemia gravídica, cesárea previa, aborto, diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, neuropatía, intervalo gestacional corto, índice de masa corporal alto, prematurez y defectos del nacimiento (Alvarado 2002), los cuales ponen en riesgo la salud tanto de ellas como de sus hijos, aumentando así la probabilidad de presentar abortos, embarazos de alto riesgo y morbimortalidad materna y perinatal.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres quieren ser madres, a pesar de que en algunos casos ponen en riesgo su salud y la de su futuro hijo también?

Objetivo: Explorar los motivos y las expectativas sobre la maternidad en mujeres que cursan su puerperio inmediato o mediato en un hospital de segundo nivel.

Método

Participantes: 90 mujeres hospitalizadas cursando su puerperio inmediato o mediato con una edad promedio de 21.5 años, con escolaridad básica, 2 hijos vivos en promedio, 3 de cada 4 mujeres tenían pareja y, el 86% de la muestra se dedicaba al hogar.

Criterios de inclusión: Mujeres hospitalizadas que cursaban el puerperio inmediato o mediato, que tuvieron un producto vivo y sano, con un estado de conciencia alerta, que aceptaran colaborar en el estudio, que supieran leer y escribir y que hayan comprendido la manera de responder el instrumento, lo cual se comprobó utilizando un ítem como ejemplo.

Criterios de exclusión: Presencia de algún trastorno psiquiátrico, elevados niveles de ansiedad y/o depresión.

Tipo de muestreo: No probabilístico intencional

Aspectos éticos: Cada una de las participantes fue invitada a colaborar en el estudio de forma voluntaria y anónima, además todas leyeron y firmaron un consentimiento informado previa aplicación del instrumento.

Instrumento: Red semántica natural con cinco frases estímulo diferentes escritas a máquina, una en cada hoja tamaño esquila, que cada paciente completó de forma auto administrada con mínimo cinco palabras o ideas. El orden de presentación de las frases fue aleatorio. Las redes semánticas son un instrumento de medición culturalmente relevante que

reproducción por diferentes factores, por ejemplo, edades extremas de la vida reproductiva, multigravidez, toxemia gravídica, cesárea previa, aborto, diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, neuropatía, intervalo gestacional corto, índice de masa corporal alto, prematurez y defectos del nacimiento (Alvarado 2002), los cuales ponen en riesgo la salud tanto de ellas como de sus hijos, aumentando así la probabilidad de presentar abortos, embarazos de alto riesgo y morbimortalidad materna y perinatal.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres quieren ser madres, a pesar de que en algunos casos ponen en riesgo su salud y la de su futuro hijo también?

Objetivo: Explorar los motivos y las expectativas sobre la maternidad en mujeres que cursan su puerperio inmediato o mediato en un hospital de segundo nivel.

Método

Participantes: 90 mujeres hospitalizadas cursando su puerperio inmediato o mediato con una edad promedio de 21.5 años, con escolaridad básica, 2 hijos vivos en promedio, 3 de cada 4 mujeres tenían pareja y, el 86% de la muestra se dedicaba al hogar.

Criterios de inclusión: Mujeres hospitalizadas que cursaban el puerperio inmediato o mediato, que tuvieron un producto vivo y sano, con un estado de conciencia alerta, que aceptaran colaborar en el estudio, que supieran leer y escribir y que hayan comprendido la manera de responder el instrumento, lo cual se comprobó utilizando un ítem como ejemplo.

Criterios de exclusión: Presencia de algún trastorno psiquiátrico, elevados niveles de ansiedad y/o depresión.

Tipo de muestreo: No probabilístico intencional

Aspectos éticos: Cada una de las participantes fue invitada a colaborar en el estudio de forma voluntaria y anónima, además todas leyeron y firmaron un consentimiento informado previa aplicación del instrumento.

Instrumento: Red semántica natural con cinco frases estímulo diferentes escritas a máquina, una en cada hoja tamaño esquila, que cada paciente completó de forma auto administrada con mínimo cinco palabras o ideas. El orden de presentación de las frases fue aleatorio. Las redes semánticas son un instrumento de medición culturalmente relevante que

permiten identificar el significado psicológico de un concepto para un grupo de personas en particular, mediante la generación libre de una lista de palabras definidoras que hace el individuo para una palabra o frase estímulo central propuesto por un examinador. Se basa en la idea de que la información contenida en la memoria a largo plazo se organiza en forma de red, donde las palabras o eventos forman relaciones y éstas, en conjunto, brindan el significado. El significado psicológico es importante porque constituye la unidad fundamental de la organización cognoscitiva, el cual crea un código subjetivo de reacción y refleja la imagen del universo que tiene la persona (Reyes, 1993).

Materiales: Lápiz con goma, pluma e instrumento de medición, el cual estaba compuesto por seis hojas blancas engrapadas, impresas a máquina y tamaño esquila. En la primera hoja venía el consentimiento informado y la firma de la participante, en la segunda un cuadro de datos sociodemográficos y las instrucciones con un ítem de ejemplo, y las cuatro hojas restantes tenían las cuatro frases por separado que debían ser completadas (ver anexo).

Tipo de estudio: Exploratorio

Definición conceptual de la variable motivación hacia la maternidad:

Conceptualmente la motivación se define como todos aquellos procesos implicados en la iniciación, dirección y provisión de energía para realizar las conductas encaminadas a ser madre, lo que a su vez es un proceso que abarca la gestación, el parto, el puerperio y la crianza del hijo (Burin & Velázquez, 1987, cit en. Hernández & Osorio, 1999; Geen, 1995, cit. en Gross, 2004).

Definición operacional de la variable motivación hacia la maternidad:

La variable motivación hacia la maternidad se definió operacionalmente como el conjunto de palabras con la mayor frecuencia de mención y rango jerárquico asignado por las participantes, a partir de la generación de palabras que consideraban más importantes para las siguientes frases estímulo: a) Las ventajas de ser mamá son; b) Me gustaría ser mamá para; c) Como madre quiero ser y; d) Espero que mi hijo.

Escenario: El estudio se realizó en el área de hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler”, ubicado en el Boulevard Adolfo López Mateos esquina Montesol sin número, colonia

el Potrero, Atizapán de Zaragoza, Estado de México. Las participantes respondieron el instrumento mientras yacían en sus camas en el área de hospitalización del servicio, donde por cada cuarto hay tres camas.

Procedimiento: Cada una de las mujeres que cubrió los criterios de inclusión fue invitada a participar en el estudio explicándosele, en términos generales, la finalidad del mismo. A cada una de las que aceptaron colaborar se le dio el instrumento completo, pidiéndole leer la primera hoja que contenía el consentimiento informado. Una vez leído y aceptado, se le solicitó su firma al final de la hoja. Después de esto, el aplicador tomó el instrumento y le hizo las preguntas correspondientes para llenar el cuadro de datos sociodemográficos. A continuación le regresó el instrumento y le pidió que leyera las instrucciones contenidas en la misma página. Una vez leídas, se corroboró si existía alguna duda sobre la forma de responder el instrumento y en caso afirmativo, se aclararon todas las preguntas. Después se realizó un ejercicio para garantizar la comprensión de las instrucciones, diciéndole:

“Por favor complete/a la siguiente frase con mínimo cinco palabras sueltas que considere/s tengan importancia o relación con la misma. Por ejemplo, si yo le/te digo: una mujer es... (pausa), ¿usted/tú qué me diría/s?... (pausa). Por favor escriba/e sus/tus respuestas en forma de lista debajo de la frase y cuando haya/s terminado avíseme/avísame”

Una vez terminado, el examinador corroboraba que el ejercicio hubiera sido realizado correctamente. En caso negativo, se le explicaban las instrucciones nuevamente y se proseguía a realizar el ejemplo y, si esto no surtía efecto, se utilizaba un ejemplo más simple “una manzana es...”, el cual la participante sólo debía contestarlo verbalmente. El ejemplo de la manzana fue suficiente para aquellas mujeres que mostraron mayores dificultades de comprensión. Después de responder por escrito la frase de ejemplo, el aplicador le solicitaba lo siguiente:

“Ahora enumere/a sus/tus respuestas, dándole el número 1 a la más importante, el 2 a la que le sigue y así sucesivamente hasta terminar todas las palabras”

Una vez contestado correctamente el ejercicio, se iniciaba la aplicación completa de la red en la hoja siguiente.

El mismo examinador aplicó todos los instrumentos, durante el consentimiento informado y la frase de ejemplo se mantuvo presente con cada una de las participantes, mientras que con el resto de las frases las dejó solas. Aproximadamente diez minutos después regresaba a recoger el instrumento completamente terminado, pero si requerían más tiempo, les brindaba el necesario para finalizarlo. Al terminar, les agradecía su valiosa colaboración.

Resultados

Se obtuvieron las medidas de tendencia central, las frecuencias y los porcentajes de las características socio demográficas de la muestra (edad, escolaridad, pareja, método anticonceptivo post evento obstétrico, ocupación, número de embarazos y número de hijos vivos).

Se realizaron cinco listas diferentes para las cinco distintas frases estímulo que contenía el instrumento (incluyendo el ejemplo). Estas listas fueron llenadas con las palabras escritas por las 90 participantes para cada una de ellas.

Después se registró la frecuencia de mención de cada una de las palabras generadas para cada frase estímulo y el orden de importancia asignado a esas mismas palabras en una tabla de captura para redes, la cual se compone de una columna para escribir las palabras y de diez columnas más en las cuales se registra tanto las frecuencias como la jerarquización otorgada a cada una de ellas, generadas por el grupo. A continuación se realizaron los siguientes procedimientos para obtener la muestra representativa de conductas en las que se reflejarían las motivaciones hacia la maternidad. Primero se obtuvo el *Peso Semántico* de cada una de las palabras definidoras, el cual se calculó a través de la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada por el grupo, donde los unos (número más cercano) son multiplicados por diez, los dos (2) por nueve, los tres (3) por ocho y así hasta llegar al ordenamiento 10 que es multiplicado por uno. Posteriormente se obtuvo el *Núcleo de la Red* que se forma por el grupo de palabras que definen o representan clara y objetivamente a la frase estímulo. Para ello se utilizó el punto de quiebre propuesto por Catell (1952, cit. en Reyes, 1993), que requiere graficar los pesos semánticos de todas las definidoras en forma

Una vez contestado correctamente el ejercicio, se iniciaba la aplicación completa de la red en la hoja siguiente.

El mismo examinador aplicó todos los instrumentos, durante el consentimiento informado y la frase de ejemplo se mantuvo presente con cada una de las participantes, mientras que con el resto de las frases las dejó solas. Aproximadamente diez minutos después regresaba a recoger el instrumento completamente terminado, pero si requerían más tiempo, les brindaba el necesario para finalizarlo. Al terminar, les agradecía su valiosa colaboración.

Resultados

Se obtuvieron las medidas de tendencia central, las frecuencias y los porcentajes de las características socio demográficas de la muestra (edad, escolaridad, pareja, método anticonceptivo post evento obstétrico, ocupación, número de embarazos y número de hijos vivos).

Se realizaron cinco listas diferentes para las cinco distintas frases estímulo que contenía el instrumento (incluyendo el ejemplo). Estas listas fueron llenadas con las palabras escritas por las 90 participantes para cada una de ellas.

Después se registró la frecuencia de mención de cada una de las palabras generadas para cada frase estímulo y el orden de importancia asignado a esas mismas palabras en una tabla de captura para redes, la cual se compone de una columna para escribir las palabras y de diez columnas más en las cuales se registra tanto las frecuencias como la jerarquización otorgada a cada una de ellas, generadas por el grupo. A continuación se realizaron los siguientes procedimientos para obtener la muestra representativa de conductas en las que se reflejarían las motivaciones hacia la maternidad. Primero se obtuvo el *Peso Semántico* de cada una de las palabras definidoras, el cual se calculó a través de la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada por el grupo, donde los unos (número más cercano) son multiplicados por diez, los dos (2) por nueve, los tres (3) por ocho y así hasta llegar al ordenamiento 10 que es multiplicado por uno. Posteriormente se obtuvo el *Núcleo de la Red* que se forma por el grupo de palabras que definen o representan clara y objetivamente a la frase estímulo. Para ello se utilizó el punto de quiebre propuesto por Catell (1952, cit. en Reyes, 1993), que requiere graficar los pesos semánticos de todas las definidoras en forma

descendente y hacer el corte cuando la pendiente de la curva adquiere su carácter asintótico en relación al eje de las X's. Finalmente también se obtuvo la *Distancia Semántica Cuantitativa* entre los elemento del *Núcleo de la Red* que se logra asignándole a la definidora con el *Peso Semántico* más alto el 100% y produciendo los siguientes valores a través de una simple regla de tres.

La obtención de los *Pesos Semánticos* de las principales definidoras se presentó a manera de tablas y la *Distancia Semántica Cuantitativa* en gráficas de barras.

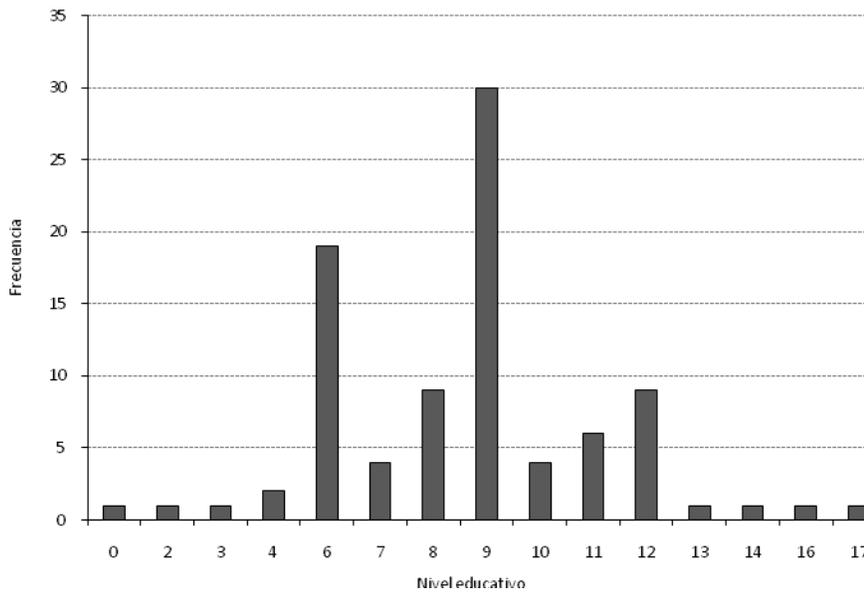
En cuanto a las variables socio demográficas se refiere, la muestra estudiada se conformó principalmente de mujeres jóvenes con una escolaridad básica de 8.57 años equivalente a educación secundaria incompleta, un poco arriba de la media nacional de 7.9. Además, al momento del estudio, las mujeres refirieron tener dos hijos vivos en promedio, el cual es muy similar a la tasa global de fecundidad (1.9) para todo el país (CONAPO, 2005), como lo muestra la tabla 1.1.

Tabla 1.1: Medidas de tendencia central de las variables edad, años de estudio, número de gestas y número de hijos vivos

	N	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Rango
Edad (años)	90	23	21.5	17	5.94	15-43
Años de estudio	90	8.57	9	9	2.72	0-17
Número de gestas	90	2.30	2	1	1.28	1-7
Número de hijos vivos	90	2.06	2	1	1.27	1-8

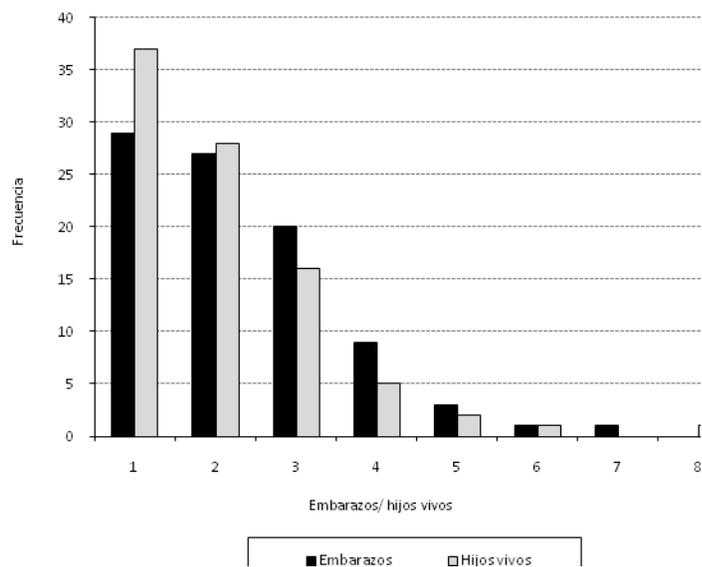
A continuación aparece con mayor precisión la forma en que se distribuyó la muestra en relación con los años de estudio terminados (ver figura 1.3), en la cual destacan dos picos que son estudios de secundaria completa seguidos de los de primaria completa, concentrando dos terceras partes (62 mujeres) de la muestra entre los seis y los nueve años de escolaridad, lo cual coincide con la media de años de escolaridad de 8.57 años.

Figura 1.3: Frecuencia de mujeres por nivel de instrucción



La figura 1.4 muestra la frecuencia de mujeres en función del número de embarazos e hijos vivos. Aunque la tendencia es muy clara debido a una marcada y consistente disminución de la cantidad de mujeres conforme aumentan el número de embarazos e hijos vivos y a pesar de que el número promedio de embarazos fue casi igual al número de hijos vivos (2.3 vs. 2.06); se observa una relación inversa ya que la cantidad de mujeres con hijos vivos es mayor cuando se tienen uno o dos embarazos, mientras que esta frecuencia disminuye entre los tres y los cinco embarazos, donde el número de mujeres embarazadas es mayor en comparación con el número de mujeres que tuvieron esa misma cantidad de hijos.

Figura 1.4: Frecuencia de mujeres por número de embarazos y de hijos vivos



En cuanto a la condición de pareja, la ocupación y el método anticonceptivo que utilizan en la actualidad, tres de cada cuatro mujeres refirieron tener pareja (ver figura 1.5), su principal ocupación es el hogar (ver figura 1.6) y casi la mitad eligieron el dispositivo intrauterino como método de planificación familiar (ver figura 1.7). Sin embargo, casi una de cada tres mujeres no eligió algún método, 17% la esterilidad y el resto métodos hormonales o el condón.

Figura 1.5: Porcentaje de mujeres por condición de pareja

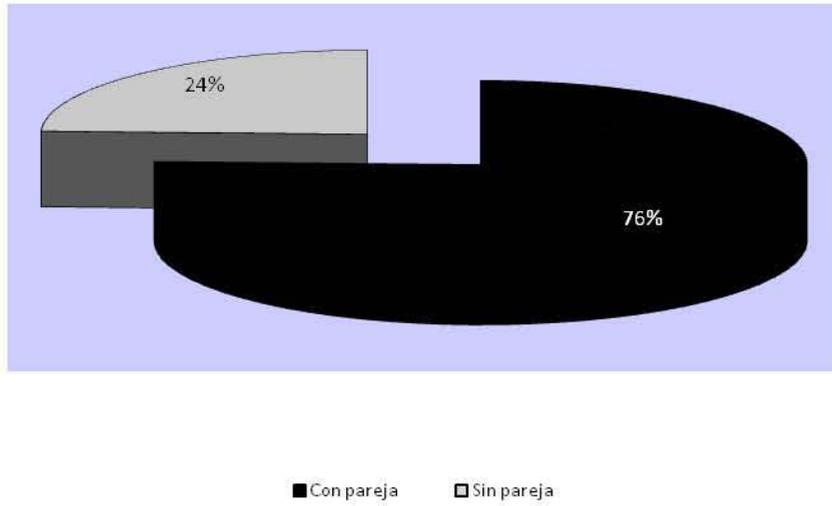


Figura 1.6: Porcentaje de mujeres por ocupación

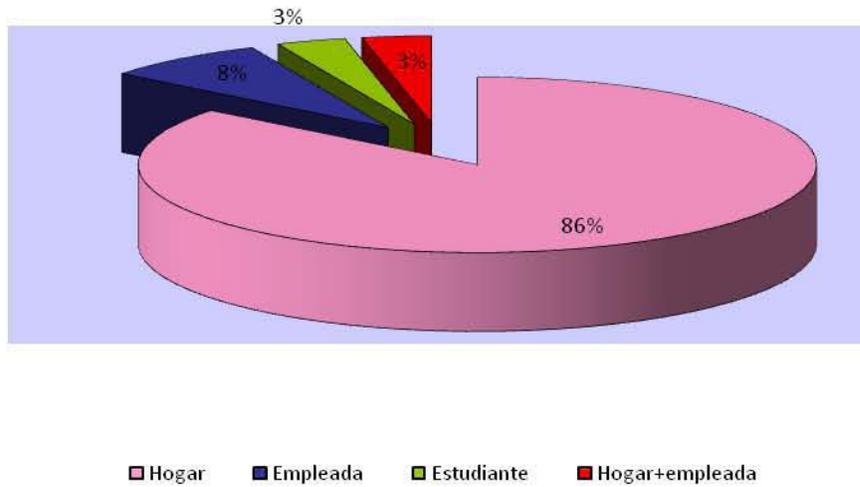
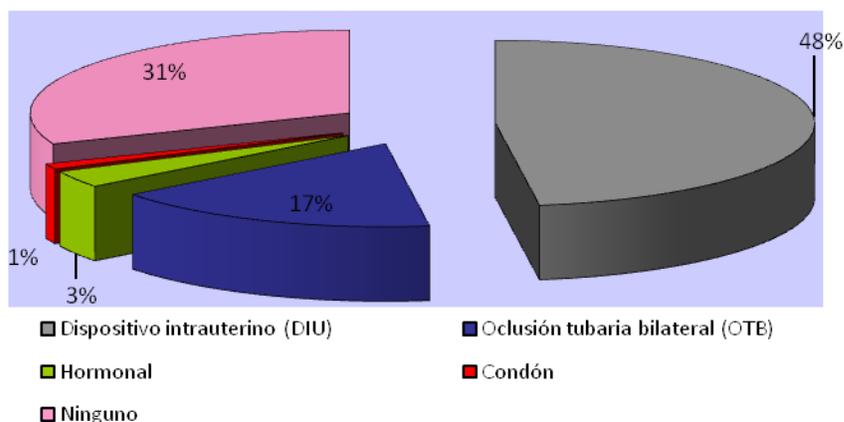


Figura 7: Porcentaje de mujeres por método anticonceptivo



En cuanto a las palabras definidoras generadas para las cuatro frases estímulo se encontró que hubo varias en común para las diferentes frases y éstas fueron: ser o que sea responsable, me quiera, amarlo, ser/sea cariñosa/o, ser/sea buena/o, cuidarlo, educarlo, apoyarlo, ser feliz, aprender, dar vida, tener un hijo y formar una familia, siendo la palabra “ser/sea responsable” la única que apareció repetida en las cuatro frases estímulo. Las palabras definidoras comunes para todas las frases podrían ser agrupadas arbitrariamente en categorías tales como:

- 1.- Motivación afectiva: me quiera, amarlo, ser/sea cariñosa/o, ser feliz.
- 2.- Motivación de trascendencia: dar vida, tener un hijo y formar una familia.
- 3.- Motivación por desempeñar el rol materno: cuidarlo, educarlo, apoyarlo.
- 4.- Motivación por el crecimiento personal: ser/sea responsable, ser/sea buena/o, aprender.

Para la frase estímulo **las ventajas de ser mamá son...**, el núcleo de la red estuvo compuesta por trece palabras, donde el 30.8% perteneció al grupo de motivación por desempeñar el rol materno, 23.1% para la motivación afectiva y también el mismo porcentaje para la de trascendencia, 15.4% para la motivación por el crecimiento personal y un 7.7% para un quinto grupo que se podría nombrar *motivación por vivir experiencias*, donde se incluyen definidoras tales como verlo crecer, siendo las palabras de los tres primeros grupos de motivación las que aparecieron liderando los 6 primeros lugares del núcleo de la red (ver tabla 1.2). Sin embargo, fueron 7 las definidoras que estuvieron más cerca (por arriba del 55%) de la definidora eje que obtuvo el mayor peso semántico en este caso “tener a mi hijo”, es decir,

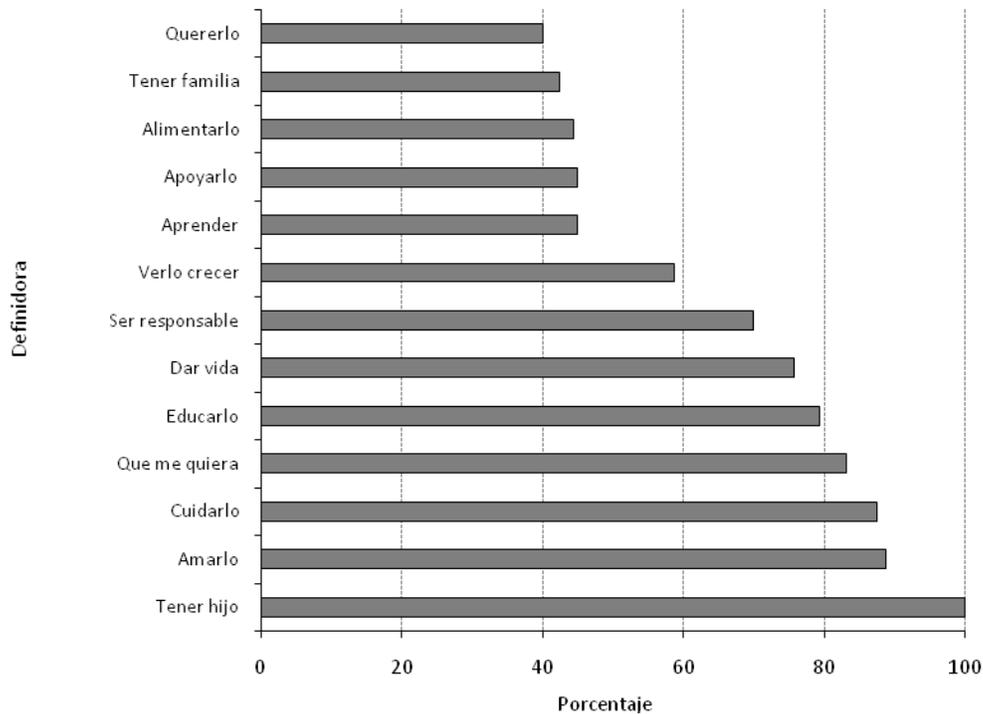
estas ocho palabras obtuvieron frecuencias de mención y jerarquía muy altas entre las participantes, como lo muestra la figura 1.8. Aunado a ello, la distancia entre las definidoras con la inmediatamente superior fluctuó en la mayoría de los casos alrededor del 5%, inclusive las diferencias fueron menores en las primeras cinco definidoras del extremo inferior lo cual en términos generales indica que la distribución del núcleo de la red fue homogénea.

Tabla 1.2: Peso semántico de las palabras definidoras del núcleo de la red para la frase estímulo: *Las ventajas de ser mamá son*

DEFINIDORA	ORDEN	1	2	3	4	5	P.S.*
	PONDERACIÓN	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	
Tener a mi hijo/ a	Frecc.	8	2	3	3	2	
	V.P.**	(80)	(18)	(24)	(21)	(12)	160
Amarlo/a	Frecc.	8	4	1	--	3	
	V.P.	(80)	(36)	(8)	--	(18)	142
Cuidarlo/a	Frecc.	4	2	7	3	--	
	V.P.	(40)	(18)	(56)	(21)	--	140
Que me ame/ quiera	Frecc.	4	5	1	4	2	
	V.P.	(40)	(45)	(8)	(28)	(12)	133
Educarlo/a	Frecc.	4	4	2	5	--	
	V.P.	(40)	(36)	(16)	(35)	--	127
Dar vida	Frecc.	9	1	2	--	1	
	V.P.	(90)	(9)	(16)	--	(6)	121
Ser responsable	Frecc.	4	5	1	1	2	
	V.P.	(40)	(45)	(8)	(7)	(12)	112
Verlo/a crecer	Frecc.	4	3	1	1	2	
	V.P.	(40)	(27)	(8)	(7)	(12)	94
Aprender	Frecc.	1	2	3	2	1	
	V.P.	(10)	(18)	(24)	(14)	(6)	72
Apoyarlo/a	Frecc.	1	2	3	2	1	
	V.P.	(10)	(18)	(24)	(14)	(6)	72
Alimentarlo/a	Frecc.	--	3	4	--	2	
	V.P.	--	(27)	(32)	--	(12)	71
Tener una familia	Frecc.	1	4	2	--	1	
	V.P.	(10)	(36)	(16)	--	(6)	68
Quererlo/a	Frecc.	1	1	3	3	--	
	V.P.	(10)	(9)	(24)	(21)	--	64

* P.S.= Peso Semántico; **V.P. = Valor Ponderado

Figura 1.8: Distancia semántica entre las definidoras para la frase estímulo:
Las ventajas de ser mamá son...



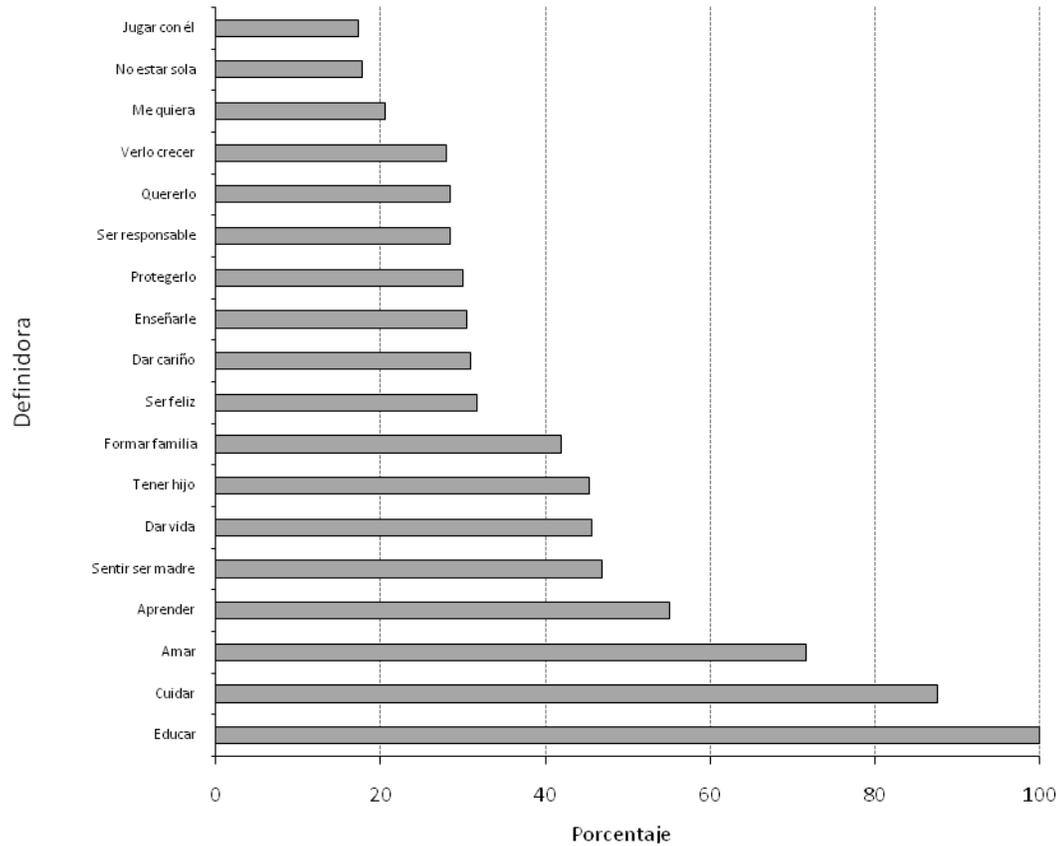
Para la frase estímulo **Me gustaría ser mamá para...** 18 palabras conformaron el núcleo de la red, cinco más en comparación con la frase anterior y frase estímulo con el núcleo de la red más numeroso en comparación con las otras frases. La motivación afectiva tuvo el mayor número de palabras con un 33.3%, seguido de la motivación por el rol materno 22.2%, la motivación por vivir experiencias y por la trascendencia tuvieron cada una 16.6% de las definidoras del núcleo de la red, mientras que la motivación por el crecimiento personal sólo 11.1%. De nuevo, los motivos por el rol materno aparecieron en los dos primeros lugares junto con uno afectivo (ver tabla 1.3). Con relación a la distancia semántica entre las definidoras, se observan tres grupos compactos con diferencias menores a 3% entre ellas, mientras que las primeras cuatro palabras estuvieron separadas entre sí por distancias mucho mayores, que van del 12 al 17%, como lo muestra la figura 1.9.

Tabla 1.3: Peso semántico de las palabras definidoras del núcleo de la red para la frase estímulo: *Me gustaría ser mamá para*

DEFINIDORA	ORDEN	1	2	3	4	5	6	P.S.*
	PONDERACIÓN	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	
Educar	Frecc.	7	10	3	5	4	--	
	V.P.**	(70)	(90)	(24)	(35)	(24)	--	243
Cuidar	Frecc.	8	7	8	4	3	--	
	V.P.	(80)	(63)	(24)	(28)	(18)	--	213
Amar	Frecc.	8	4	3	4	1	--	
	V.P.	(80)	(36)	(24)	(28)	(6)	--	174
Aprender	Frecc.	3	7	1	3	2	--	
	V.P.	(30)	(63)	(8)	(21)	(12)	--	134
Sentir lo que es ser madre	Frecc.	3	1	2	5	4	--	
	V.P.	(30)	(9)	(16)	(35)	(24)	--	114
Dar vida	Frecc.	7	2	2	1	--	--	
	V.P.	(70)	(18)	(16)	(7)	--	--	111
Tener a tu hijo	Frecc.	5	2	2	2	2	--	
	V.P.	(50)	(18)	(16)	(14)	(12)	--	110
Formar mi familia	Frecc.	5	--	3	4	--	--	
	V.P.	(50)	--	(24)	(28)	--	--	102
Ser feliz	Frecc.	1	1	5	--	3	--	
	V.P.	(10)	(9)	(40)	--	(18)	--	77
Darle cariño	Frecc.	1	2	5	1	--	--	
	V.P.	(10)	(18)	(40)	(7)	--	--	75
Enseñarle	Frecc.	--	1	5	2	1	1	
	V.P.	--	(9)	(40)	(14)	(6)	(5)	74
Protegerlo/a	Frecc.	3	4	--	1	--	--	
	V.P.	(30)	(36)	--	(7)	--	--	73
Ser responsable	Frecc.	1	2	2	1	3	--	
	V.P.	(10)	(18)	(16)	(7)	(18)	--	69
Quererlo/a	Frecc.	2	--	1	5	1	--	
	V.P.	(20)	--	(8)	(35)	(6)	--	69
Verlo/a crecer	Frecc.	1	2	1	2	3	--	
	V.P.	(10)	(18)	(8)	(14)	(18)	--	68
Me quiera	Frecc.	1	2	2	--	1	--	
	V.P.	(10)	(18)	(16)	--	(6)	--	50
No estar sola	Frecc.	--	1	--	4	1	--	
	V.P.	--	(9)	--	(28)	(6)	--	43
Jugar con él/ella	Frecc.	--	--	2	2	2	--	
	V.P.	--	--	(16)	(14)	(12)	--	42

* P.S.= Peso Semántico; **V.P. = Valor Ponderado

Figura 1.9: Distancia semántica entre las definidoras para la frase estímulo:
Me gustaría ser mamá para...



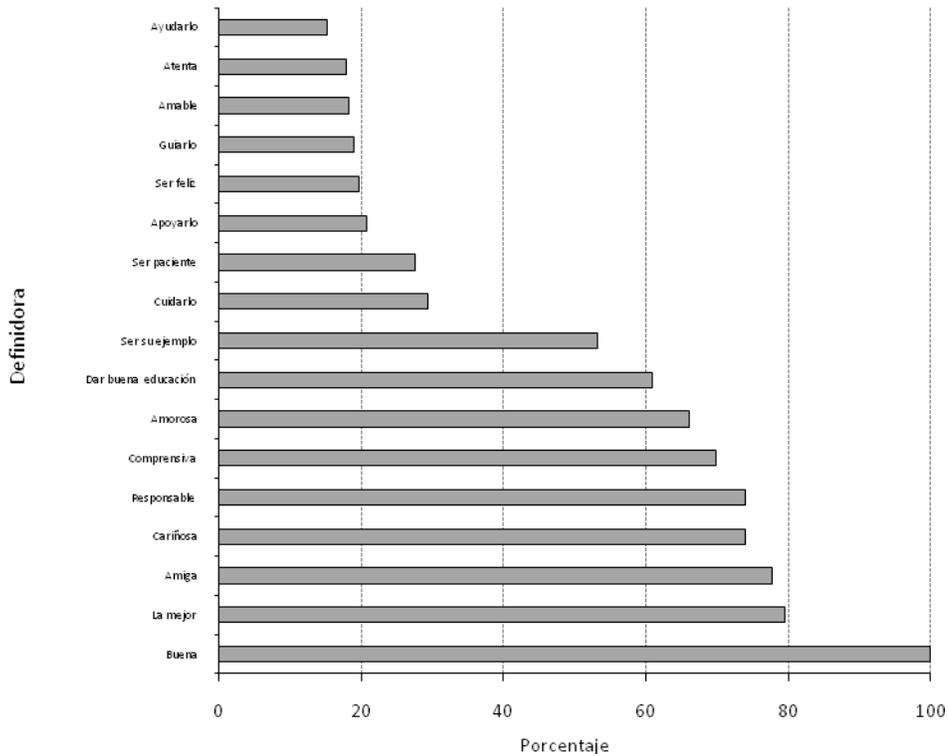
En el caso de la frase ***Como madre quiero ser...*** se obtuvieron 17 palabras definidoras. Se observan dos grandes grupos (ver figura 1.10), pero la definidora más alta se separó por más de 20% de ambos grupos, lo cual indica que el “*ser buena*” parece ser crucial en lo que significa ser madre para las mujeres. Aunado a ello, las primeras siete definidoras se relacionaron con la visión de la maternidad como algo omnipotente, ideal y perfecto. Es más, 6 de cada 10 definidoras (64.7%) estuvieron relacionadas con las cualidades o atributos positivos de una madre, 29.4% con los roles maternos y sólo una con “ser feliz” que constituyó el 5.9% (ver tabla 1.4).

Tabla 1.4: Peso semántico de las palabras definidoras del núcleo de la red para la frase estímulo: *Como madre quiero ser*

DEFINIDORA	ORDEN	1	2	3	4	5	6	P.S.*
	PONDERACIÓN	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	
Buena	Frecc.	9	5	12	2	4	--	
	V.P.**	(90)	(45)	(96)	(14)	(24)	--	269
La mejor mamá	Frecc.	11	7	2	1	3	--	
	V.P.	(110)	(63)	(16)	(7)	(18)	--	214
Amiga	Frecc.	6	4	10	3	2	--	
	V.P.	(60)	(36)	(80)	(21)	(12)	--	209
Cariñosa	Frecc.	4	8	4	7	1	--	
	V.P.	(40)	(72)	(32)	(49)	(6)	--	199
Responsable	Frecc.	12	4	3	1	2	--	
	V.P.	(120)	(36)	(24)	(7)	(12)	--	199
Comprensiva	Frecc.	8	3	6	3	2	--	
	V.P.	(80)	(27)	(48)	(21)	(12)	--	188
Amorosa	Frecc.	9	5	2	3	1	--	
	V.P.	(90)	(45)	(16)	(21)	(6)	--	178
Darle buena educación	Frecc.	3	5	6	5	1	--	
	V.P.	(30)	(45)	(48)	(35)	(6)	--	164
Ser su ejemplo	Frecc.	4	3	7	2	1	--	
	V.P.	(40)	(27)	(56)	(14)	(6)	--	143
Cuidarlo	Frecc.	2	2	1	3	2	--	
	V.P.	(20)	(18)	(8)	(21)	(12)	--	79
Ser paciente	Frecc.	1	--	4	2	3	--	
	V.P.	(10)	--	(32)	(14)	(18)	--	74
Apoyarlo/a	Frecc.	--	4	--	2	1	--	
	V.P.	--	(36)	--	(14)	(6)	--	56
Ser feliz	Frecc.	1	1	--	4	1	--	
	V.P.	(10)	(9)	--	(28)	(6)	--	53
Guiarlo/a por buen camino	Frecc.	1	1	--	2	3	--	
	V.P.	(10)	(9)	--	(14)	(18)	--	51
Amable	Frecc.	--	1	1	2	3	--	
	V.P.	--	(9)	(8)	(14)	(18)	--	49
Atenta	Frecc.	1	--	4	--	1	--	
	V.P.	(10)	--	(32)	--	(6)	--	48
Ayudarlo/a	Frecc.	1	--	3	1	--	--	
	V.P.	(10)	--	(24)	(7)	--	--	41

* P.S.= Peso Semántico; **V.P. = Valor Ponderado

Figura 1.10: Distancia semántica entre las definidoras para la frase estímulo:
Como madre quiero ser...



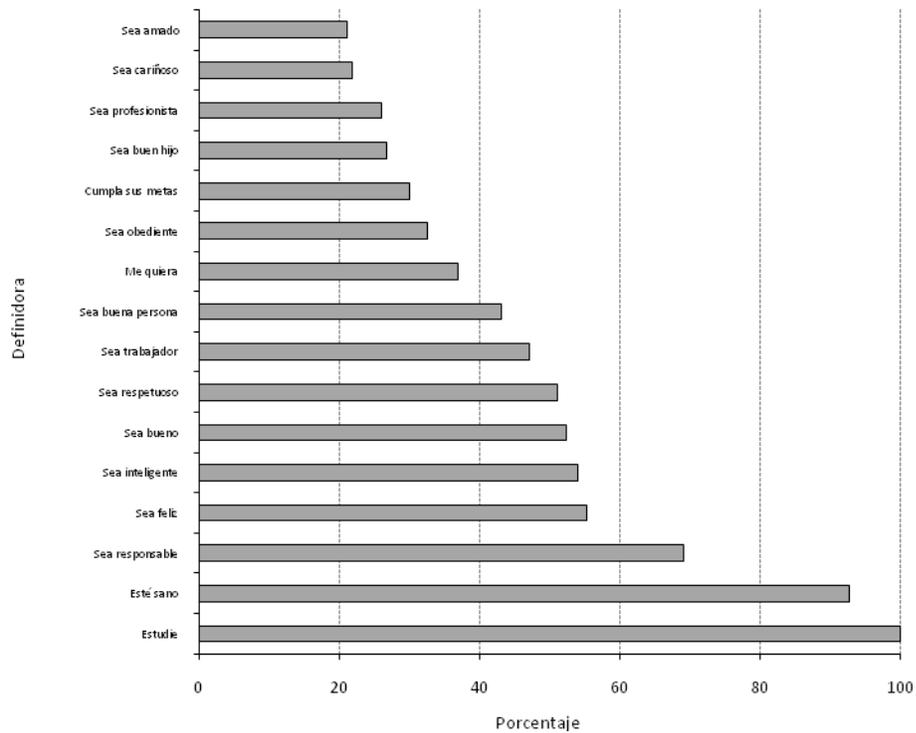
Para la frase **Espero que mi hijo...** se obtuvieron 16 definidoras para el núcleo de la red, que considerando las otras tres frases, constituyen el número promedio de definidoras. Es interesante identificar cómo lo que se espera del hijo coincide en alguna medida con lo que se espera de ser madre por ejemplo, ser responsable, cariñosa/o, buena/o, buena persona o buen hijo y que sea feliz. De nuevo aparece una motivación afectiva por parte de las mujeres que esperan recibir de los hijos “que me quiera”. El 87.5% de las definidoras se relacionaron con expectativas positivas sobre el comportamiento del hijo cuando sea mayor, como lo muestra la tabla 1.5. El núcleo de la red se distribuyó de una forma gradual y continuamente ascendente hasta alcanzar las 3 primeras definidoras las cuales estuvieron relacionadas con el tema de los estudios, la salud y la responsabilidad y guardaron una distancia semántica entre ellas mucho más pronunciada, como lo muestra la figura 1.11.

Tabla 1.5: Peso semántico de las palabras definidoras del núcleo de la red para la frase estímulo: *Espero que mi hijo/a*

DEFINIDORA	ORDEN	1	2	3	4	5	6	P.S.*
	PONDERACIÓN	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	
Estudie	Frecc.	6	11	5	5	2	--	
	V.P.**	(60)	(99)	(40)	(35)	(12)	--	246
Esté sano	Frecc.	17	3	3	1	--	--	
	V.P.	(170)	(27)	(24)	(7)	--	--	228
Sea responsable	Frecc.	5	7	3	3	2	--	
	V.P.	(50)	(63)	(24)	(21)	(12)	--	170
Sea feliz	Frecc.	5	3	5	1	2	--	
	V.P.	(50)	(27)	(40)	(7)	(12)	--	136
Sea inteligente	Frecc.	2	3	5	4	3	--	
	V.P.	(20)	(27)	(40)	(28)	(18)	--	133
Sea bueno	Frecc.	3	4	3	3	3	--	
	V.P.	(30)	(36)	(24)	(21)	(18)	--	129
Sea respetuoso	Frecc.	1	1	7	3	5	--	
	V.P.	(10)	(9)	(56)	(21)	(30)	--	126
Sea trabajador	Frecc.	2	3	1	7	2	--	
	V.P.	(20)	(27)	(8)	(49)	(12)	--	116
Sea buena persona	Frecc.	5	3	2	1	1	--	
	V.P.	(50)	(27)	(16)	(7)	(6)	--	106
Me quiera	Frecc.	2	4	1	3	1	--	
	V.P.	(20)	(36)	(8)	(21)	(6)	--	91
Sea obediente	Frecc.	4	1	3	1	--	--	
	V.P.	(40)	(9)	(24)	(7)	--	--	80
Cumpla sus metas	Frecc.	4	2	2	--	--	--	
	V.P.	(40)	(18)	(16)	--	--	--	74
Sea buen hijo	Frecc.	--	2	3	1	2	1	
	V.P.	--	(18)	(24)	(7)	(12)	(5)	66
Sea un buen profesionalista	Frecc.	2	2	1	--	3	--	
	V.P.	(20)	(18)	(8)	--	(18)	--	64
Sea cariñoso	Frecc.	--	2	2	2	1	--	
	V.P.	--	(18)	(16)	(14)	(6)	--	54
Sea amado	Frecc.	2	2	1	--	--	1	
	V.P.	(20)	(18)	(8)	--	--	(6)	52

* P.S.= Peso Semántico; **V.P. = Valor Ponderado

**Figura 1.11: Distancia semántica entre las definidoras para la frase estímulo:
Espero que mi hijo/a...**

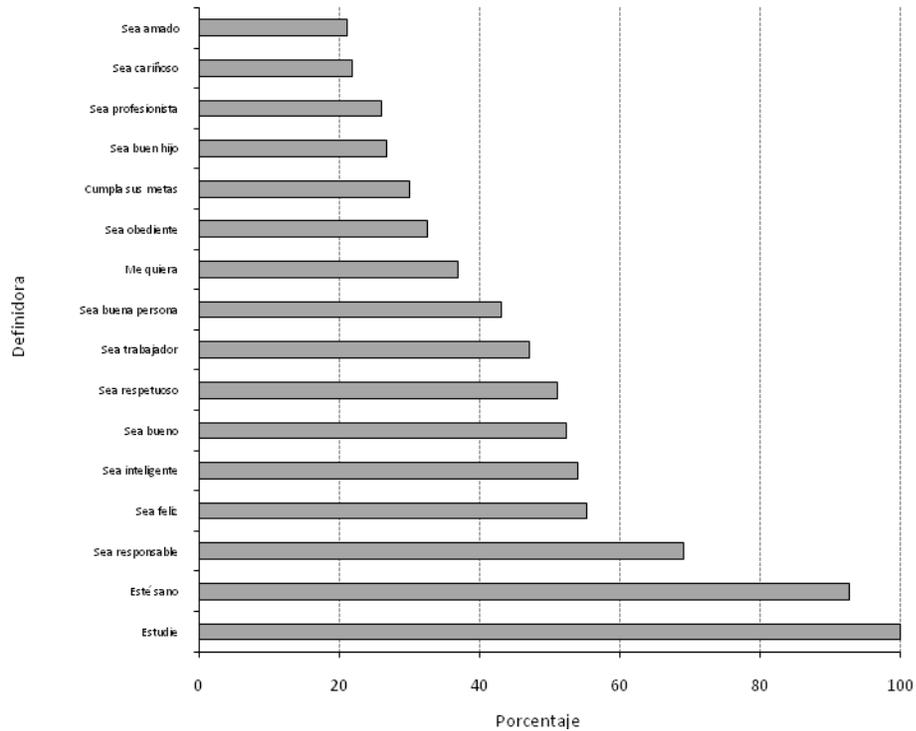


Finalmente también hubo una serie de palabras que por su bajo peso semántico no lograron ser parte del núcleo de la red de las distintas frases estímulo, no obstante, adquieren relevancia a la luz del tema en estudio tales como: “sentirme especial, única, indispensable, importante, ser respetada, ser valorada, valorarme, descubrir mis cualidades, realizarme como mujer, es el sueño de toda mujer, tener alguien por quién luchar, alguien por quién vivir, tener un motor en la vida, tener metas, darle importancia a mi vida, echarle ganas a mi vida, tener cambios en la vida, madurar, ser mejor persona, demostrar que salgo adelante, tener algo que hacer, superarme como mujer, crecer emocionalmente, triunfar y ser plena en todo”.

Discusión

En cuanto a las características de la muestra destaca la discrepancia en el porcentaje de mujeres con cierto número de embarazos y cierto número de hijos vivos. Cuando se trata de uno o dos, el porcentaje de mujeres con hijos vivos es mayor que el porcentaje de mujeres embarazadas, mientras que al pasar de tres a cinco la relación se invierte: el porcentaje de mujeres embarazadas es mayor que el de mujeres con esa misma cantidad de hijos vivos, lo

**Figura 1.11: Distancia semántica entre las definidoras para la frase estímulo:
Espero que mi hijo/a...**



Finalmente también hubo una serie de palabras que por su bajo peso semántico no lograron ser parte del núcleo de la red de las distintas frases estímulo, no obstante, adquieren relevancia a la luz del tema en estudio tales como: “sentirme especial, única, indispensable, importante, ser respetada, ser valorada, valorarme, descubrir mis cualidades, realizarme como mujer, es el sueño de toda mujer, tener alguien por quién luchar, alguien por quién vivir, tener un motor en la vida, tener metas, darle importancia a mi vida, echarle ganas a mi vida, tener cambios en la vida, madurar, ser mejor persona, demostrar que salgo adelante, tener algo que hacer, superarme como mujer, crecer emocionalmente, triunfar y ser plena en todo”.

Discusión

En cuanto a las características de la muestra destaca la discrepancia en el porcentaje de mujeres con cierto número de embarazos y cierto número de hijos vivos. Cuando se trata de uno o dos, el porcentaje de mujeres con hijos vivos es mayor que el porcentaje de mujeres embarazadas, mientras que al pasar de tres a cinco la relación se invierte: el porcentaje de mujeres embarazadas es mayor que el de mujeres con esa misma cantidad de hijos vivos, lo

cual podría explicarse por el factor de multigravidez, conforme aumenta el número de gestas, los riesgos de morbilidad materno infantil también se incrementan, lo que se traduce en embarazos que no llegan a término o en recién nacidos que mueren antes, durante o después del parto.

Los porcentajes de uso y no uso de métodos anticonceptivos difirieron de las estadísticas presentadas en otras encuestas, por ejemplo, el dispositivo intrauterino (DIU) fue elegido por el 47.8% de la muestra, en comparación con el 16.6% reportado en la ENADID 2006 y 32.61% en la SSA (2002), por el contrario la oclusión tubaria bilateral (OTB) que tuvo un porcentaje de aceptación de 16.7% en el presente estudio, fue elegido por 57% de las mujeres en la ENADID y 25.29% en la SSA. Así mismo, 31.1% de las participantes no eligieron algún anticonceptivo, mientras que en la ENADID y en la SSA esa información no está reportada dentro de las mismas tablas, pues los porcentajes únicamente incluyen a las mujeres que actualmente son usuarias. Sin embargo, la proporción de no uso de anticoncepción observada en la muestra estudiada es similar con lo que reporta ENADID en algún otro punto, pues reporta que el 70.9% de las mujeres unidas en edad fértil son usuarias de algún método en la actualidad, en otras palabras, 29.1% no usa métodos. Las diferencias observadas pueden explicarse por diferentes razones. En primer lugar, las muestras analizadas son diferentes, en el presente estudio participaron mujeres con una mediana de 21.5 años, de un hospital del municipio de Atizapán de Zaragoza del ISEM y que fueron entrevistadas en el posparto, mientras que las otras dos encuestas son de mujeres en edad reproductiva en general lo que implica un rango de edad mayor, es decir desde los 15 hasta los 49 años de edad. Esta diferencia en las muestras puede explicar por qué el porcentaje de mujeres que eligieron el método quirúrgico es menor y la elección del DIU es mayor en el presente estudio en comparación con las otras dos estadísticas, seguramente porque se trata de mujeres mayoritariamente jóvenes que más que tener una paridad satisfecha, desean espaciar sus embarazos. En segundo lugar, los datos son diferentes porque el estudio no es una muestra representativa a nivel nacional como en los otros dos casos y, finalmente, se limita únicamente a la aceptación de métodos después del evento obstétrico, y las otras encuestas reportan los datos independientemente de que las mujeres hayan atravesado por ese proceso. Es por ello que los porcentajes de la ENADID Y SSA son más

elevados tanto porque sólo reportan a las usuarias actuales, de un rango de edad más amplio, e incluyen a todas las mujeres usuarias y no sólo a las que acaban de ser madres.

Por otro lado, considerando que en el periodo posparto se promueve la lactancia materna, también resulta comprensible que el uso de hormonales fuera menor en las mujeres del estudio (3.3%) que en los datos reportados por la ENADID (11.3%) y la SSA (25.91%). Finalmente, los porcentajes más bajos observados en el estudio también podrían ser explicados por una menor promoción del uso de métodos por parte del personal de salud, porque los métodos no fueron brindados a las pacientes que los pidieron o simplemente porque la cantidad de métodos es insuficiente para cubrir la demanda de personas que los solicitan.

Sin embargo, el que casi una de cada tres mujeres del estudio no haya elegido un método anticonceptivo después del parto es preocupante si se considera que casi la mitad de las mujeres (46.5% a nivel nacional y 51% en el estado de México) inician la anticoncepción en el posparto, específicamente 75.8% de las usuarias de OTB y 55.1% del DIU (Zúñiga *et al.*, 2000) y, aunado a ello, 3 de cada 4 participantes tienen pareja. Por lo tanto, el no uso de métodos anticonceptivos en el posparto y el contar con pareja, favorece que las mujeres jóvenes se embaracen de nuevo en un intervalo de tiempo corto y con ello aumente la probabilidad de presentar un embarazo de alto riesgo.

En este sentido destaca la mediana de edad de la muestra, ya que si en la actualidad tienen alrededor de 21 años significa entonces que la oportunidad de embarazarse de nuevo se extiende por otros 25 años, y si a los 21 años ya cuentan con dos hijos, ¿cuántos hijos más podrían tener en todo su periodo fértil? Por ello resultaría importante indagar los motivos por los cuales las mujeres ya no desean tener más hijos y qué tan fuerte puede ser dicha motivación como para elegir un método permanente. ¿Las motivaciones para no tener más hijos serán más fuertes y determinantes en la regulación de la fertilidad que las motivaciones en donde se tienen uno, dos hijos o aún ninguno? Se sabe que el empleo de la anticoncepción es mayor conforme aumenta el número de hijos entre las mujeres unidas, pero también se sabe que a menor nivel de instrucción y vivir en el área rural, la tasa de fecundidad es mayor y el uso de anticonceptivos disminuye (ENADID 2006, Zúñiga *et al.* 2000).

Por lo tanto el grupo de riesgo es el de mujeres de bajo nivel educativo, que viven en un medio rural y que no usan métodos anticonceptivos. La muestra del presente estudio cuenta con educación básica, viven en el ámbito urbano, 3 de cada 4 tienen pareja, más del 80% se dedica al hogar y 1 de cada 3 no usa anticoncepción.

Kendall *et al.* (2005) sugieren que la planeación efectiva o las conductas necesarias para evitar la concepción solamente ocurren cuando existen ambientes de apoyo y motivaciones fuertes para permanecer no embarazada. Por lo tanto, sería necesario explorar si existen motivaciones de esta naturaleza particularmente en mujeres que están en riesgo reproductivo por diversas razones, es decir, explorar si existen aspiraciones o fuentes de satisfacción alternativas a la maternidad.

El tema de la salud y la responsabilidad estuvieron presentes en las definidoras propuestas por las participantes, llama la atención cómo las mujeres desean ser responsables, poner buenos ejemplos a sus hijos, quieren cuidarlos y educarlos bien, también esperan que sus hijos estén sanos y que sean responsables, entre otras cosas, sin embargo dichos motivos no reflejan un comportamiento responsable en dicho ámbito, pues muchas mujeres no realizan conductas en pro de su propia salud reproductiva, pero sí la esperan en sus hijos. Así mismo, siendo la salud un valor universal, durante el embarazo se convierte en una preocupación común entre las mujeres gestantes.

Valdría la pena diseñar e implementar formas de intervención que promuevan en las mujeres una conciencia sobre la relación entre motivación y comportamiento, cómo las conductas llevan a la consecución de logros siempre y cuando sean congruentes con los motivos que las subyacen, es decir, si esperan que sus hijos sean sanos y responsables, ¿su propio comportamiento es acorde con dichas expectativas? Y en caso de no serlo, ¿qué podrían hacer para aumentar la probabilidad de ocurrencia de sus deseos? En este sentido Zimmerman (2000) sugiere que la autorregulación del comportamiento es un proceso que consta de varias fases, desde la planeación (que incluye a las creencias motivacionales y el establecer las metas) hasta el control volitivo y la auto reflexión.

Así mismo, el análisis de estos mismos motivos sería de mucha utilidad al diseñar estrategias de intervención durante el embarazo. Por ejemplo, aquéllas centradas en lograr el

cambio conductual para mejorar la adherencia a una buena alimentación, al ejercicio, a las visitas médicas, a la ingesta de multivitamínicos, etc.

Las palabras definidoras obtenidas de los núcleos de la red podrían identificarse con la clasificación propuesta por Hoffman y Hoffman (1973, cit. en Michaels, 1988), particularmente con los siguientes tipos de motivos: extensión del sí mismo, valores morales, afecto y vínculos primarios, estimulación y diversión y, desempeño y creatividad. Sin embargo, en algunos casos cabe la duda de si una palabra pertenece a un grupo u al otro, por ejemplo, *tener una familia*, podría ubicarse tanto en la necesidad por tener un status de adulto, como en la extensión del sí mismo, o por un beneficio económico. Lo cual podría indicar, por un lado, que una palabra puede estar satisfaciendo varias necesidades, lo que implicaría a su vez que las categorías propuestas por los autores no son mutuamente excluyentes o, por otro lado, que se requiere un estudio con mayor profundidad para identificar el motivo final o identificar el motivo detrás de cada frase, a través de entrevistas a profundidad por ejemplo.

En este sentido cabe resaltar cuál podría ser el papel de la pareja en los motivos hacia la maternidad ya que a pesar de que ninguna definidora sugerida por las participantes se relacionó literalmente con la pareja, por ejemplo, querer ser madre porque “mi pareja quiere un hijo, para que mi esposo no me deje o para complacer a mi pareja”, llama la atención que la mayoría de las participantes refirieron tener pareja y además es bien sabido que para muchas mujeres, particularmente las adolescentes, la maternidad no es una elección sino una imposición ya sea por presión social o mediante la violencia (Rowbottom, 2007). Por lo tanto, es necesario indagar con más profundidad en este tipo de población qué tanta influencia tiene el hombre en las decisiones de la mujer sobre su salud reproductiva.

En un panorama global, se observa que algunas de las motivaciones más importantes para ser madres tienen un componente afectivo, así como el seguimiento de los roles tradicionales de la maternidad, éste último podría a su vez tener una serie de motivaciones subyacentes asociadas alcanzar un estatus social o por cuestiones morales, por ejemplo. En este sentido, los resultados coinciden con lo encontrado por Molina (2006) y Alvarado (2005), donde destacan la construcción de la identidad de la mujer en términos de su maternidad, que se caracteriza por ser idealizada y omnipotente, donde la procreación y la crianza son las principales y

probablemente únicas metas en la vida. Ejemplo de ello se identifica en el mismo uso de palabras tanto para significar la frase estímulo ejemplo **Una mujer es...** como para la frase **Como madre quiero ser...**: cariñosa, amorosa, trabajadora, amiga, buena, responsable y madre, de tal manera que la concepción que muchas mujeres tienen sobre sí mismas invariablemente incluye el ejercicio de la maternidad. Así mismo el carácter idealizado de la maternidad se refleja en el tipo de respuestas generadas para la frase **Como madre quiero ser...** donde el 64.7% de las definidoras del núcleo de la red se referían a cualidades de la madre, tales como ser la mejor, buena, comprensiva, atenta y paciente, entre otras.

Aunque varias palabras quedaron fuera del núcleo de la red por su bajo peso semántico, resultan importantes para ejemplificar el significado que se le puede atribuir a la maternidad y cómo podrían tener un fuerte impacto en el comportamiento reproductivo de las mujeres. Por ejemplo, la visión de la maternidad como medio para ser valoradas y reconocidas: ser madre para “sentirme importante, respetada y única”; para encontrarle sentido y motivación a la vida “tener alguien por quién luchar, tener metas” y; la maternidad como un medio para desarrollarse “ser mejor persona, demostrar que salgo adelante”.

Todo lo anterior lleva a preguntarse ¿entonces qué pasa con las mujeres que, por diferentes razones, no pueden realizar este rol?, ¿qué impacto tiene en su vida y su bienestar?, ¿la inadecuación por no desempeñar un rol esperado, ya sea tanto por no ser madres, como por no ejercerla con los estándares predeterminados, podría generar algún trastorno psicológico, como ansiedad o depresión, en algunas mujeres?

Por ello durante el puerperio también sería indispensable identificar algunas ideas relacionadas con la maternidad en aquellas mujeres que presentan algún disturbio emocional concomitante a la presencia de un aborto, un óbito o un procedimiento irreversible como la histerectomía. Debido a que si entre los motivos para ser madre se encuentran el no estar sola, el realizarse como mujer, el sentirse querida, valorada y respetada, el ser feliz o el tener a alguien por quién luchar o por quién vivir; las probabilidades de presentar síntomas de ansiedad o de depresión podrían ser más altas, en comparación con aquellas mujeres que depositan su valor como ser humano en cuestiones independientes o más allá del contexto de la maternidad.

Varios estudios han revelado que en mujeres jóvenes, de bajo nivel económico y educativo, la maternidad es percibida como una oportunidad para encontrar significado, responsabilidad y orden en la vida (Hanna 2001a, b; Edin & Kefalas, 2005), de tal forma que se vuelve una de las pocas fuentes de satisfacción cuando no se tienen posibilidades de acceso a otras fuentes y por ende a la maternidad se le deposita un alto valor (Hoffman y Hoffman, 1973, cit. en Michaels, 1988).

Por lo tanto, si para algunas mujeres jóvenes con escasos recursos personales, sociales y económicos la maternidad constituye un aliciente ante dichas condiciones de vida, entonces resulta un reto el idear los mecanismos por los cuales se podría intervenir en ellas a sabiendas que sus probabilidades a largo plazo de tener varios hijos, no terminar sus estudios, tener limitaciones financieras, estar sin pareja y depender de la ayuda gubernamental son mayores en comparación con otros grupos (Boden, Fergusson & Horwood, 2008; Otterblad, Haglund, Ringbäck & Cnattingius, 2001). Entonces ¿cómo fortalecer personal y socialmente a las mujeres para que puedan decidir más responsablemente el momento del embarazo y el número de hijos? Pareciera como si la maternidad fuera una solución a corto plazo a sus condiciones de vida actuales, sin incluso imaginar las posibles implicaciones a largo plazo y mucho menos sopesarlas en comparación con los beneficios percibidos en el futuro inmediato.

En este sentido, Michaels (1988) sugiere que durante la adolescencia, la gratificación de necesidades psicológicas a través de la maternidad parecer ser una vía más fácil y rápida de satisfacerlas, que mediante otras fuentes a largo plazo.

En el caso de las mujeres atendidas en el Hospital General de Atizapán, el estudio de las motivaciones hacia la maternidad resulta indispensable por diversas razones: en primer lugar, se trata de un grupo de riesgo ya que una buena parte son adolescentes, tienen educación básica, con pareja, se dedican al hogar y probablemente presentan complicaciones del embarazo, pues son atendidas en un hospital de segundo nivel de atención. En segundo lugar, el estudio de las motivaciones permite comprender un poco más la aceptación o el rechazo de los métodos anticonceptivos. En tercer lugar, para diseñar estrategias de intervención en las cuales se haga uso de las necesidades y deseos de las usuarias a la hora de enfatizar la importancia de la anticoncepción. Finalmente, para explorar posibles fuentes de satisfacción

alternativas a la maternidad y averiguar si las mujeres se identifican, se dan valor y reconocimiento como personas más allá del rol materno.

Debido a que en la literatura se encontró muy poco acerca de los motivos hacia la maternidad desde un enfoque de la salud reproductiva, más que desde un punto de vista sociológico, sin dejar de ser menos importante, se decidió realizar un estudio descriptivo. El presente reporte intenta contribuir a promover la salud reproductiva de las mujeres, buscando hacer de la maternidad un ejercicio responsable de elección y de alguna forma de planeación, más que de aceptación o resignación pasiva. En este sentido la prevención y el cuidado de la salud pueden iniciar desde el darse cuenta del por qué quieren ser madres y si lo eligen, vivir dicho proceso de forma informada, planeada y con mayores opciones de enfrentamiento que aumenten las probabilidades de tener una vida reproductiva satisfactoria, sana y responsable.

Se propone intervenir prioritariamente en mujeres con embarazos de alto riesgo, ya sea durante las consultas prenatales o en la consejería en planificación familiar post evento obstétrico, mediante el apoyo de profesionales de la salud sensibles, entrenados, de fácil acceso y constante contacto con ellas, como podría ser el personal de enfermería. Finalmente, durante las intervenciones con las mujeres más allá de presentar una actitud autoritaria o incrementar su conciencia de forma alarmante o amenazante acerca de las consecuencias adversas de un embarazo consecutivo poco espaciado en el tiempo, se recomendaría indagar las motivaciones subyacentes a la negación de un método de planificación familiar; examinar qué tan conscientes son de dichas motivaciones y retroalimentarlas en ese sentido; explorar otras fuentes de satisfacción personal en la vida; examinar la disponibilidad de recursos sociales y económicos; indagar la rigidez en las creencias y los estereotipos de género, en su identidad como mujer, sus valores y necesidades personales, sus características sociodemográficas y su condición física de salud, por ejemplo, con la finalidad de promover una intervención desde un enfoque más comprensivo e integral.

Limitaciones del estudio: Las redes semánticas fueron aplicadas en el puerperio lo que pudo haber influido en las respuestas de las participantes, por ejemplo aceptar al hijo o el ser madres, porque ya nació o por deseabilidad social. Por otro lado, el empleo de otro tipo de técnicas, como la entrevista semiestructurada podría favorecer el estudio de la motivación

hacia la maternidad con mayor profundidad, o identificar los motivos subyacentes a las palabras definidoras propuestas por las mujeres.

Por otro lado, habría que realizar el estudio considerando grupos diferentes como mujeres primíparas vs. multíparas, ya que los motivos para ser madres podrían variar dependiendo de si se ha sido madre con anterioridad o es la primera vez, así como en mujeres de embarazo de alto vs. bajo riesgo o entre quienes usan o no usan la anticoncepción. O también grupos diferentes en función del nivel educativo y la edad, porque se sabe que el seguimiento de roles tradicionales está mediado por variables como el sexo, la edad y el nivel de instrucción (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), así como las atribuciones sobre el control de la fertilidad (Guendelman, et. al., 2001).

Ventajas del empleo de las redes semánticas como instrumento de medición: Se pueden aplicar a un gran número de participantes de forma simultánea incluso por ser una herramienta autoadministrada, fácil y rápida de responder, lo cual facilitó su aplicación en un contexto hospitalario. Segundo, no se requieren materiales extras de recolección de datos tales como la grabación en audio o en video, como en el caso de entrevistas semiestructuradas o grupos focales, sino simplemente lápiz y papel. Además, es accesible para personas con educación básica. Debido a su forma de operar, no limita las respuestas de los sujetos, pues no establece opciones de respuesta predeterminadas. Aunado a ello, facilita la obtención de palabras culturalmente relevantes, que sirven como pauta para la elaboración de instrumentos de medición confiables, válidos y estandarizados. Lo cual significa que la información obtenida en este estudio podría servir de base para diseñar escalas que busquen medir los motivos hacia la maternidad en mujeres mexicanas en edad reproductiva de manera más sistemática, lo que a su vez, facilitaría la comparación entre grupos.

Efectos de una intervención cognitivo-conductual para enfrentar el parto en mujeres nulíparas

Resumen

Se realizó un estudio cuasiexperimental de grupo control antes y después, para evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual para el enfrentamiento del parto en mujeres nulíparas con 7 meses de embarazo (N=13). El grupo de estudio (N=9) recibió 4 sesiones semanales de tratamiento que incluían técnicas de psicoeducación, imaginería, entrenamiento en relajación y exposición, principalmente. Se evaluaron los niveles de ansiedad, miedo, dolor y satisfacción a los 7 meses de gestación y en el puerperio inmediato. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dichas variables entre los grupos de estudio y comparación después del parto. Sin embargo, las mujeres del grupo de estudio, emplearon un mayor número de estrategias cognitivas y conductuales durante el parto, entre ellas, la respiración, el masaje y la imaginería. Y la respiración fue la estrategia percibida como más útil por las mujeres que participaron en el programa.

El 48.8% de la población femenina del país se encuentra en edad reproductiva (CONAPO, 2005). De las mujeres entre 15 y 49 años de edad, el 68.7% alguna vez ha estado embarazada y de éstas, únicamente el 15.3% ha tenido pérdidas, lo que significa que en el 84.7% de los casos, la gestación llega a su término (SSA y CRIM, 2006).

La atención del parto ha cambiado a través de los años, si bien es cierto que en el periodo 1974-1976 los alumbramientos eran atendidos casi en la misma proporción tanto en las casas particulares (39.9%) como en las instituciones públicas de salud (38.6%); para el periodo comprendido entre los años 1994 y 1997 la atención hospitalaria creció en un 23% en el sector público cubriendo así un 61.5% de la atención, mientras que disminuyó en las casas particulares a un 16.2%. Por su parte, el sector privado ha conservado los mismos niveles de atención a lo largo de esos años, alrededor del 21% (Zúñiga et al., 2000).

Del periodo de 1998 al 2006, el embarazo, el parto y el puerperio fueron la primera causa de egreso hospitalario a nivel nacional para toda la población, seguida de las demás afecciones obstétricas directas y de la atención del parto único espontáneo. En particular, esta última fue la tercera causa de egreso hospitalario de todo el país, cubriendo el 34.4% del total de casos de

Efectos de una intervención cognitivo-conductual para enfrentar el parto en mujeres nulíparas

Resumen

Se realizó un estudio cuasiexperimental de grupo control antes y después, para evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual para el enfrentamiento del parto en mujeres nulíparas con 7 meses de embarazo (N=13). El grupo de estudio (N=9) recibió 4 sesiones semanales de tratamiento que incluían técnicas de psicoeducación, imaginería, entrenamiento en relajación y exposición, principalmente. Se evaluaron los niveles de ansiedad, miedo, dolor y satisfacción a los 7 meses de gestación y en el puerperio inmediato. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dichas variables entre los grupos de estudio y comparación después del parto. Sin embargo, las mujeres del grupo de estudio, emplearon un mayor número de estrategias cognitivas y conductuales durante el parto, entre ellas, la respiración, el masaje y la imaginería. Y la respiración fue la estrategia percibida como más útil por las mujeres que participaron en el programa.

El 48.8% de la población femenina del país se encuentra en edad reproductiva (CONAPO, 2005). De las mujeres entre 15 y 49 años de edad, el 68.7% alguna vez ha estado embarazada y de éstas, únicamente el 15.3% ha tenido pérdidas, lo que significa que en el 84.7% de los casos, la gestación llega a su término (SSA y CRIM, 2006).

La atención del parto ha cambiado a través de los años, si bien es cierto que en el periodo 1974-1976 los alumbramientos eran atendidos casi en la misma proporción tanto en las casas particulares (39.9%) como en las instituciones públicas de salud (38.6%); para el periodo comprendido entre los años 1994 y 1997 la atención hospitalaria creció en un 23% en el sector público cubriendo así un 61.5% de la atención, mientras que disminuyó en las casas particulares a un 16.2%. Por su parte, el sector privado ha conservado los mismos niveles de atención a lo largo de esos años, alrededor del 21% (Zúñiga et al., 2000).

Del periodo de 1998 al 2006, el embarazo, el parto y el puerperio fueron la primera causa de egreso hospitalario a nivel nacional para toda la población, seguida de las demás afecciones obstétricas directas y de la atención del parto único espontáneo. En particular, esta última fue la tercera causa de egreso hospitalario de todo el país, cubriendo el 34.4% del total de casos de

morbilidad hospitalaria y, correspondiendo al 49.7% si sólo se toman en cuenta las pacientes del sexo femenino, en otras palabras, para el 2006 casi 1 de cada dos mujeres que egresaron de una institución de salud lo hicieron debido a la atención de su parto (INEGI, 2008). En el Estado de México, el parto único espontáneo fue la primera causa de morbilidad hospitalaria (33.4%), seguida de las causas obstétricas directas (15.7%) y del aborto (7.1%) (Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS], 2008). Finalmente, en el caso específico del Hospital General de Atizapán y para ese mismo año, el parto único espontáneo lideró el grupo pero con un porcentaje relativamente menor del 28.2%, seguido de las causas obstétricas directas 13.7% y del aborto 8.1% (Información, Planeación, Programación y Evaluación. Departamento de estadística, 2007).

Así mismo del total de mujeres que resuelven su parto, el 64.9% lo hizo vía vaginal y el 35.1% vía cesárea según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (SSA y CRIM, 2006); mientras que la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 (CONAPO, INEGI, SSA e INSP, 2008) registró casi dos puntos porcentuales más en la opción quirúrgica 36.8%, quedando en 63.1% por parto natural.

En síntesis, más de la mitad de las mujeres mexicanas en edad reproductiva han estado embarazadas, de éstas arriba del 80% llega al término del mismo y tiene 6 posibilidades de cada diez de que su parto sea natural y un poco más del 80% de probabilidad de que sea atendida en un hospital público o privado.

El nacimiento de un nuevo ser por parto natural tiene muchas ventajas en comparación con una interrupción quirúrgica. En primer lugar, implica menos riesgos para la salud física de las mujeres, pues disminuye la posibilidad de presentar hemorragia, infección, dolor, días de estancia hospitalaria y la recuperación física es más rápida. Por otro lado, la revisión médica en el puerperio no requiere el retiro de puntos ni las mujeres se quedan con la cicatriz de la cirugía.

En contraparte, la cesárea aumenta el riesgo de infección del útero y la vejiga, y del daño al tracto urinario y al bebé. También incrementa el riesgo de presentar en los próximos embarazos placenta previa, placenta acreta y/o ruptura uterina. Además de que conlleva los riesgos propios de un procedimiento quirúrgico tales como sangrado, infección y presencia de

coágulos en piernas o venas de la pelvis, y los de la anestesia, como reacciones al medicamento y problemas para respirar (Landon, 2007). Sin embargo, en algunos casos específicos la resolución del parto vía cesárea es necesaria principalmente cuando el riesgo de morbi-mortalidad materna infantil sobrepasa las desventajas del procedimiento en sí mismo, tales como la falta de progresión del trabajo de parto, la desproporción céfalo pélvica, la ruptura prematura de membranas... (Dirección General de Salud Reproductiva, 2001).

Así mismo, los gastos económicos de la atención médica del parto normal son menores tanto porque no se emplea un quirófano para su realización, como que no se utilizan necesariamente sustancias medicamentosas como la anestesia, los antibióticos y los medicamentos para aliviar el dolor. Después de un parto natural, la recuperación requiere menos tiempo y la mujer puede reintegrarse rápidamente a sus labores cotidianas, mientras que en el caso de la cesárea inclusive algunas personas necesitan la ayuda de algún familiar para realizar sus actividades diarias, mientras se recuperan.

A pesar de todas las ventajas del parto vaginal, la tasa de cesáreas se ha venido incrementando mundialmente a través de los años. En México, aunque la Norma Oficial Mexicana 007 recomienda hasta un 20% de cesáreas en relación con el total de nacimientos, en el 2005 se registró un 36.8% (CONAPO *et al.*, 2008). Algunos factores que pueden estar contribuyendo a esta tendencia son el miedo al parto, el reconocimiento del derecho y la autonomía de las mujeres para decidir qué tratamiento desean tener o cuál es el mejor para ellas, algunas creencias acerca de la cesárea, considerada como procedimiento igual o menos riesgoso que el parto para las mujeres y los bebés, y la percepción de que es una intervención más controlada y organizada (Bryant, Porter, Tracy & Sullivan, 2007).

El parto es un evento estresante en sí mismo. Inclusive desde el embarazo, las mujeres pueden ser propicias al estrés por diversas circunstancias. Por mencionar algunas, están los cambios corporales, los síntomas físicos, los problemas médicos, la salud del bebé y las relaciones/maternidad (Yali & Lobel, 2002). Por su parte, diversos aspectos del parto pueden favorecer la aparición del estrés más allá de su carácter novedoso, intenso, impredecible e inevitable, por ejemplo, su inducción o su resolución por medio de fórceps y con episiotomía (Maclean, McDermott & May, 2000).

El mismo ambiente hospitalario donde se realiza la atención médica del parto puede ser evaluado como estresante, pues tiene ciertas características que le dan ese potencial, por ejemplo, la falta de familiaridad con los elementos del entorno (aspectos físicos, lenguaje técnico, ignorancia sobre la enfermedad y el tratamiento, caras nuevas), la rutina hospitalaria rígida y limitada, la pérdida de la independencia, la separación de la familia y de la vida cotidiana, los problemas financieros, el aislamiento de otras personas, la falta de información y la comunicación con el personal... (Rodríguez & Zurriga, 1997). En este último aspecto, el estrés se ve favorecido cuando el médico busca ejercer control social del parto a través del manejo de la información sobre el diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico de la paciente, mediante el refuerzo de actitudes pasivas y calmadas por parte de ella y por medio del trato estandarizado, uniforme y rutinario brindado, independientemente de la unicidad de cada persona (Klein, 1979).

Se sabe que la respuesta al estrés tiene manifestaciones a diferentes niveles: conductual, inmune, endocrina y autónoma (Tsigos & Chrousos, 2002). A nivel endocrino, Alehagen, Wijma, Lundberg, Melin y Wijma (2001) encontraron que los niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol aumentan significativamente durante el parto en comparación con los del embarazo y que dichos niveles disminuyen de forma significativa después del nacimiento, pero no son menores a los que se tenían al final del embarazo. También se halló que los niveles de adrenalina y noradrenalina disminuyen después de recibir analgesia obstétrica, pero no así los niveles de cortisol, los cuales aumentan significativamente en todas las mujeres durante la segunda etapa del trabajo de parto.

A nivel emocional, las personas hospitalizadas incluyendo las mujeres que asisten por el nacimiento de su bebé, pueden sentirse asustadas, amenazadas, preocupadas, devaluadas, indefensas, desamparadas, ansiosas, deprimidas, con miedo, incertidumbre e impotencia (Rodríguez y Zurriga, 1997).

A las 9 semanas del posparto, el 42% de las mujeres mencionan sentir algún tipo de frustración con relación al trabajo de parto y el nacimiento del bebé, por ejemplo, frustración por el dolor, la falta de control, la falta de conocimiento y por una percepción negativa sobre el personal de salud (Fowles, 1998). Además, una experiencia negativa del parto es más frecuente

entre mujeres primíparas, en mujeres con embarazos no deseados, con cesáreas de emergencia y otros procedimientos médicos invasivos, cuando el dolor de parto es intenso o cuando se carece de control, apoyo social o tiempo suficiente para hablar durante el control prenatal (Waldenström, 1999; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Radestad, 2004).

La experiencia del parto puede ser tan negativa al grado de favorecer el desarrollo de algunos síntomas o del trastorno de estrés postraumático. En el posparto la prevalencia del trastorno varía desde 1.25% al 6% entre la población femenina, sin embargo, alrededor del 30% de las mujeres pueden presentar algún síntoma, en especial, lo referente al aumento en el estado de alerta. Los factores asociados con su presencia van desde aspectos médicos tales como los abortos previos, las complicaciones en el embarazo, la cesárea de emergencia, el parto instrumental, la episiotomía, el dolor severo y el sentirse poco o inadecuadamente informada; aspectos psicológicos como una discrepancia negativa entre las expectativas y la experiencia del parto, poco control percibido, síntomas depresivos, niveles altos de ansiedad estado y/o rasgo, presencia de síntomas del trastorno de estrés postraumático durante el embarazo, el miedo al parto, la fragilidad emocional, un embarazo no planeado, una historia de abuso sexual, problemas psicológicos previos y; aspectos sociales, como la percepción de poco apoyo social, tanto de la pareja como del personal de salud (Soet, Brack & Dilorio, 2003; Söderquist, Wijma & Wijma, 2004; Cigoli, Gilli & Saita, 2006; Maggioni, Margola & Filippi, 2006; Olde, Hart, Kleber & Son, 2006; Slade, 2006; Söderquist, Wijma & Wijma, 2006).

Por lo tanto, el parto a pesar de ser un evento natural común en la vida de muchas mujeres, actualmente es atendido en instituciones de salud la mayor parte del tiempo, lo cual duplica su naturaleza estresora. Afortunadamente, la mayoría de las mujeres viven la experiencia sin sufrir secuelas negativas tales como el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, la depresión posparto, una fobia, etc., sin embargo, una considerable proporción puede presentar algunos síntomas, estar frustrada por la calidad de la experiencia o incluso presentar malestar en alguna esfera de su salud. La probabilidad de manifestar alguna de estas reacciones depende de muchos factores, por ello a continuación se mencionan algunas de las variables más importantes que influyen en la manera como se vive el parto, así como en la satisfacción con dicha experiencia.

Dolor

El dolor es una experiencia personal sensorial y emocionalmente desagradable que, como tal, es identificado por los demás hasta que quien lo experimenta lo manifiesta de forma verbal y/o no verbal.

Lowe (2002) refiere que el dolor de parto es una vivencia compleja, subjetiva y multidimensional dependiente de variables sensoriales, motivacionales, cognitivas, sociales y culturales. Por ejemplo, en mujeres primíparas, la intensidad del dolor está mediada por la motivación por tener un parto sin medicación y, por la ansiedad sobre el parto y sobre el dolor. Así mismo, la dimensión afectiva se ve influida por la duración de la labor, la depresión, la expectativa de que la educación prenatal permitirá tener un parto libre de medicación y la ayuda del entrenador, mientras que la dimensión sensorial depende de la inducción de la labor y también de la motivación a no ser medicada (Dannenbring, Stevens & House, 1997).

Entre las variables cognitivas importantes destaca la evaluación y la atención que se le presta al estímulo del dolor. Cuando éste se evalúa como algo amenazante (lo cual depende de un estilo de pensamiento catastrófico y del carácter novedoso e impredecible del estímulo), aumenta la atención que se le presta a éste, generando un efecto distractor de otras tareas. A su vez, la hipervigilancia favorece la aparición de conductas de escape, evitación y la sensación de miedo, aunque ésta no necesariamente aumenta la percepción del dolor (Crombeza, Ecclestonb, Baeyensa & Eelena, 1998; Crombeza, Van Dammea & Ecclestonb, 2005).

En el caso de la labor y el parto, que constituyen un estímulo novedoso, impredecible e inevitable particularmente para las mujeres nulíparas, sería necesario fomentar una valoración útil y positiva del evento, más que amenazante. En el sentido de aprender a percibir el dolor de parto como una señal para decidir cuándo solicitar atención médica y, por otro lado, para estimar el tiempo que falta para el nacimiento del bebé, ya que conforme aumenta el borramiento y la dilatación necesarios para la expulsión del mismo, la intensidad del dolor también se incrementa. De esta manera, el dolor producido por este proceso natural puede alejarse de una evaluación amenazante y de una respuesta de hipervigilancia y miedo.

En este sentido, Ahern (1999) considera que el tratamiento del dolor debe incluir tanto el tratamiento de las distorsiones conceptuales y creencias defectuosas alrededor del mismo, de

la salud y la enfermedad, así como la introducción de técnicas de regulación somática como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y las técnicas de retroalimentación biológica.

Por ello, para aliviar el dolor de parto no sólo existen medios farmacológicos sino también no farmacológicos. Dentro de estos últimos se encuentran el apoyo, el baño de tina, los cambios de posición, el masaje y la inyección de agua intradermal, entre otros. Sus principales ventajas son el alivio temporal del dolor, la postergación del uso de medicamentos, los bajos costos económicos y el favorecer una sensación de seguridad, control y satisfacción (Simkin & O'Hara, 2002). Las autoras enfatizan que el apoyo social tiene un mejor impacto cuando se brinda de manera continua. Y sugieren que lo ideal sería una combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos, evitando la sumersión en agua. En este sentido, Eckert, Turnbull y McLennan (2001) encontraron que el sumergirse en agua durante la primera etapa del trabajo de parto no es un método que beneficie los resultados obstétricos ni el tipo de remedio solicitado para aliviar el dolor, por el contrario, podría aumentar el riesgo de resucitación en el recién nacido.

Por su parte, Eberhard, Stein y Geissbuehler (2005) concluyeron que el permanecer acostada puede incrementar los niveles de dolor en la primera etapa del trabajo de parto y disminuirlos en la segunda etapa significativamente, en comparación con quienes se sumergen en agua o usan la silla para el parto. Las mujeres que tuvieron su parto acostadas es más probable que usen analgesia, tal vez porque experimentaron niveles altos de dolor en la primera fase.

Finalmente, el masaje en diferentes zonas del cuerpo por parte de la pareja disminuye la intensidad del dolor hasta antes de los 8 centímetros de dilatación, después ya no surte efecto (Chang, Chen & Huang, 2006).

En cuanto a los métodos farmacológicos se refiere, el uso de la analgesia epidural se ha asociado con una mayor duración de la fase de expulsión, mayor frecuencia en el uso de oxitocina, e hipotensión y fiebre materna. Sin embargo, las mujeres que la usan también refieren menos dolor y mayor satisfacción con el método que a quienes se les administran opioides (Leighton & Halpern, 2002). En otro estudio de 2482 mujeres suizas embarazadas, la

analgésia obstétrica también fue evaluada como el método más efectivo a los dos meses después del parto y fue usado con mayor frecuencia por las mujeres primíparas que multíparas (Waldenström & Irestedt, 2006).

El uso de la anestesia para fines obstétricos se ha visto favorecido por algunos factores culturales, económicos, tecnológicos y de conocimiento, tales como el auge de los derechos de las mujeres, el dolor visto como una causa de problemas sociales y como algo inútil, los valores e intereses de los médicos, los costos económicos accesibles, la seguridad y facilidad de aplicación y el incremento en ciertas prácticas obstétricas como la cesárea y el parto instrumental (Caton, Corry, Frigoletto, Hopkins, Lieberman, Mayberry *et al.*, 2002; Caton, Frölich & Euliano, 2002).

A nivel personal, la elección y el uso de anestesia epidural también se ha relacionado con el miedo al parto, el locus de control externo y la adherencia pasiva a las intervenciones médicas, inclusive la elección de dicho método en la mayoría de los casos se hace antes del establecimiento de la labor (Heinze & Sleight, 2003). Otras variables que han demostrado predecir su elección son el deseo de tener un parto libre de dolor y el conocimiento de experiencias positivas con su empleo por otras personas, por otro lado, la probabilidad de usarla disminuye a la mitad si las mujeres son multíparas y si se tiene miedo de sus efectos secundarios (Bussche, Crombez, Eccleston & Sullivan, 2007). Todo lo anterior podría significar que el uso de anestesia depende más de variables culturales, sociales y de la experiencia previa, más que de la vivencia actual.

Por lo tanto, la experiencia del dolor de parto está mediada por un sinnúmero de variables externas e internas, y así también la elección y el uso de los medios para aliviarlo. Sin embargo, existen ciertos factores que influyen en la percepción y vivencia del dolor independientemente de que se empleen medicamentos para aliviarlo y en los cuales se podría incidir, tales como los pensamientos alrededor de éste, las expectativas sobre la futura experiencia del parto, la percepción de autoeficacia y, el manejo de las emociones como la ansiedad y el miedo a través del entrenamiento en ciertas estrategias.

Miedo

Es natural sentir miedo porque el parto es impredecible, inevitable, desconocido (cuando es por primera vez), doloroso y conlleva un cierto nivel de riesgo a la salud y la vida, sin embargo, hay mujeres que experimentan niveles muy elevados de miedo, que pueden llevarlas a considerar una cesárea electiva en pleno trabajo de parto y sin que existan condiciones médicas de elección, siendo que la cesárea puede tener muchas más complicaciones que el parto natural. De ahí la importancia de identificar y tratar en etapas tempranas del embarazo a mujeres con niveles altos de miedo (Bewley & Cockburn, 2002). También se ha visto que el miedo experimentado en la primera parte del trabajo de parto (hasta los 5 cm. de dilatación) predice la cantidad total de medicamento recibido para aliviar el dolor, y que los niveles de miedo son más elevados entre nulíparas que entre multíparas (Alehagen, Wijma & Wijma, 2001).

Lo anterior tiene sentido si se sabe que el miedo generalmente se acompaña de una conducta de evitación o escape y, en el caso del miedo al dolor de parto, las conductas correspondientes serían la petición de cesárea electiva o de analgesia, incluso antes de que la labor activa se haya establecido.

A parte de la evitación o escape, el miedo se puede manifestar por medio de insomnio, taquicardia, nerviosismo, tensión, fatiga, llanto, hablar mucho y pensar constantemente en los miedos o en los movimientos del bebé (Melender, 2002a). Algunas mujeres enfrentan el miedo adquiriendo conocimiento en libros, revistas..., expresando sus sentimientos, y solicitando ayuda a los proveedores de salud o a su red de apoyo social (Melender, 2002b).

El miedo al parto es un continuo que va desde un miedo ligero hasta incluso uno que puede cubrir los criterios de fobia o trastorno de estrés postraumático. Además, se puede experimentar desde las primeras etapas del embarazo hasta el puerperio, y puede intensificarse gradualmente conforme se acerca el momento del parto (Wijma, 2003).

Una de cada cinco mujeres embarazadas presenta un miedo moderado, y entre el 6 y el 13% un miedo severo incapacitante (Poikkeus, Saisto, Unkila-Kallio, Punamaki, Repokari *et al.*, 2006). Aunque otros refieren que entre el 6to y el 7to mes de embarazo, el miedo extremo (que podría pasar por fobia) se presenta sólo en el 2.4% de la población, y de este porcentaje, el 73%

se acompaña de algún trastorno de ansiedad (Zar, Wijma & Wijma, 2002). Inclusive hay una relación directa entre el miedo al parto y la ansiedad rasgo; y el miedo tiende a disminuir del posparto inmediato al tardío, en proporción al grado en que se haya experimentado (Zar, Wijma & Wijma, 2001). De tal forma que la ansiedad como característica de personalidad predispone a evaluar las situaciones como amenazantes e influye directamente en la magnitud de la manifestación fisiológica y conductual de dicho temor específico.

Las manifestaciones y razones por las cuales se experimenta un miedo al parto pueden tener una influencia social y otra personal, en el primer caso, se trata de historias de horror experimentadas por otras personas o un miedo en general por el bienestar del bebé, mientras que la influencia personal se debe a una vivencia traumática con el parto o su velocidad (Fisher, Hauck & Fenwick, 2006). Otras fuentes del miedo pueden ser la incertidumbre y las creencias sobre el parto sin un origen claro (Melender, 2002b). De ahí que las mujeres nulíparas puedan sentir miedo al parto, a pesar de que no tengan una experiencia directa con él, pues en el aprendizaje vicario el miedo puede ser aprendido a través de las experiencias relatadas por otras mujeres y, por lo visto y oído en programas de televisión, en películas, en revistas, en la escuela...

Entre los principales miedos al parto se encuentran el acudir al hospital en un momento inadecuado, el dolor, una prolongada duración del parto, sentir pánico, ser incompetente para respirar y pujar adecuadamente, las rupturas, la episiotomía, la cesárea, las preocupaciones sobre el bienestar de la madre o el bebé, entre otros (Melender, 2002a). Sin embargo, el 44% de las mujeres primíparas que refieren miedo al parto, no identifican el objeto de su miedo (Saisto, Ylikorkala & Halmesmäki, 1999).

Algunos de los factores que se relacionan con el miedo al parto son ser joven, un nivel educativo y socioeconómico bajo, problemas psicológicos previos o durante el embarazo, historia de abuso sexual, resultados perinatales adversos previos, una experiencia de parto decepcionante, falta de conocimiento, ausencia de clases prenatales, gran cantidad de estresores diarios, baja autoestima, bajo umbral del dolor, el estado de ánimo negativo, la falta de apoyo social (Saisto & Halmesmäki, 2003); la ansiedad rasgo, la depresión, la insatisfacción con la pareja (Poikkeus *et al.*, 2006); la presencia de un aborto espontáneo previo, mayor

tiempo entre un embarazo y el subsecuente en comparación con quienes no tienen miedo, una duración del trabajo de parto mayor, la resolución por medio de cesárea de emergencia o parto instrumental (Saisto *et al.*, 1999); el dolor y los niveles de cortisol durante el parto (Alehagen, Wijma, Lundberg & Wijma, 2005) y; el uso de analgesia epidural (Alehagen, Wijma & Wijma, 2006).

Finalmente, se han diseñado diversas intervenciones con resultados satisfactorios para mujeres que presentan niveles elevados de miedo. Por ejemplo, en un estudio donde se dio un tratamiento compuesto por información y por la expresión de experiencias obstétricas, emociones e ideas erróneas con base en la terapia cognitivo conductual, se encontró que disminuyeron las preocupaciones sobre el parto y la duración de la labor fue más corta (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen & Halmesmäki, 2001). Y una intervención basada en brindar información, en la relajación por imaginería y en la expresión de sentimientos sobre el parto, favoreció que el 82.4% de las participantes (nulíparas con miedo severo) eligieran un parto vaginal (Saisto, Toivanen, Salmela-Aro & Halmesmäki, 2006). En este sentido, Scarborough (2003) promueve el tratamiento desde un enfoque cognitivo, al sugerir que incluso el cambio de palabras puede facilitar una experiencia más positiva y exitosa del parto. Propone que en vez de hablar del ciclo miedo-tensión-dolor, se podría hablar del miedo como entusiasmo ante el dar a luz, la tensión como poder, fuerza o energía y el dolor como progreso.

En suma, el miedo al parto es un sentimiento natural por la naturaleza del fenómeno que se enfrentará, el cual se puede presentar en mujeres embarazadas con o sin la experiencia del parto. Se vuelve un problema cuando las mujeres experimentan elevados niveles de miedo y desean una cesárea a pesar de no tener indicaciones médicas para ello; o cuando llega a ser tan severo que desarrollan una fobia o un trastorno de estrés postraumático, afectando de esta forma su bienestar emocional principalmente. La identificación del miedo, sus causas y manifestaciones en etapas tempranas del embarazo podría prevenir un aumento en el número de cesáreas, en el uso de medicamentos para aliviar el dolor y en la vivencia del parto como una experiencia traumática, mediante intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual.

Depresión y ansiedad

Varios estudios sugieren la relación entre la experiencia del parto y algunas variables psicológicas, por ejemplo, la depresión y la ansiedad.

La depresión en las mujeres se presenta con mayor frecuencia cuando los niveles hormonales fluctúan de manera aguda, por ejemplo, en la fase premenstrual, peri menopáusica y durante el posparto (Studd & Panay, 2004). Su presencia se asocia principalmente con cambios en la cantidad de estrógenos (Walf & Frye, 2006), tales como niveles bajos, retiro súbito o fluctuaciones (Douma, Husband, O'Donnell, Barwin & Woodend, 2005). En particular, la depresión posparto también se ha relacionado con una historia psiquiátrica personal o familiar, la falta de apoyo social, los desajustes maritales (Seyfried & Marcus, 2003), la ansiedad rasgo, una experiencia estresante del parto, un bebé con bajo peso al nacer... (Bergant, Heim, Ulmer & Illmensee, 1999). Aunque del 30 al 75% de las mujeres primíparas pueden manifestar algunos síntomas depresivos dentro de los primeros diez días del posparto, sólo un 10 a 20% de las puérperas desarrollará el cuadro completo de depresión posparto durante el primer mes (Bergant *et al.*, 1999; Seyfried *et al.*, 2003; Douma *et al.*, 2005).

La depresión y la ansiedad guardan una relación estrecha. Las mujeres que presentaron niveles altos de ansiedad (en especial la dimensión cognitiva de preocupación) en el tercer trimestre del embarazo tienen 2.6 veces más la posibilidad de desarrollar depresión en el posparto, que las mujeres que no la presentaron (Austin, Tully & Parker, 2007). Así mismo, antecedentes de depresión y ansiedad predicen los niveles actuales de ésta última y conforme los niveles de la primera aumentan así también lo hacen los de la segunda (Radecki, Primeau, Levine, Olson, Wu & Berenson, 2006). Aproximadamente a las 8 semanas del parto, la comorbilidad entre ambas puede variar del 10 al 50% y entre el 40 y 50% de las mujeres establecieron o iniciaron sus síntomas en el posparto (Wenzel, Haugen, Jackson & Brendle, 2005).

La importancia de atender a las mujeres con trastornos de ansiedad y/ o depresión radica en que su presencia durante el segundo trimestre del embarazo ha sido asociada con una mayor frecuencia de vómito, náusea y ausentismo laboral durante el embarazo, visitas frecuentes al ginecólogo por contracciones prematuras o miedo al parto, mayor porcentaje de

cesáreas electivas y el uso de analgesia epidural (Andersson, Sundström, Wulff, Aström & Bixo, 2004), y con una duración del trabajo de parto más prolongada (Johnson & Slade, 2003); aunque estos últimos autores sugieren que tipos específicos de ansiedad tales como el estrés psicosocial, el funcionamiento familiar o el miedo al parto son los que se relacionan con la cesárea y el parto prolongado. Así mismo, la evaluación amenazante o potencialmente dañina que se hace de la experiencia del dolor, guarda una relación significativa y positiva con la dimensión sensorial y afectiva del dolor, y con su grado máximo de percepción (Lang, Sorrell, Rodgers & Lebeck, 2006).

En conclusión, la depresión y la ansiedad constituyen factores de riesgo psicológico que influyen en la experiencia del parto, en los resultados obstétricos inmediatos y en el bienestar de la mujer después del puerperio, es decir, tienen un impacto importante al grado de merecer ser tomados en cuenta en intervenciones que busquen prevenir o disminuir la inadaptación al fenómeno del embarazo, parto y maternidad.

Satisfacción

La satisfacción del paciente es un indicador de la calidad de la atención en los servicios de salud y tiene efectos en la salud de las mujeres, en aspectos específicos como la autoestima, la sensación de plenitud, el dolor, el enojo, el miedo, la tristeza, la depresión, la presencia del trastorno de estrés postraumático y la relación que se establece con el infante (Goodman, Mackey & Tavaloki, 2004).

La satisfacción es un concepto complejo, multidimensional y amplio que incluye la satisfacción consigo mismo, como pareja, con el momento de formar una familia, con la llegada de un bebé deseado o no deseado, con las posibilidades económicas, con las frustraciones que acarreará el cuidado del bebé, con la atención médica, con los resultados de la atención, etc. Hodnett (2002) argumenta que se puede estar satisfecho con algunos pero no todos los elementos de la experiencia, haciendo una distinción entre la satisfacción por el servicio recibido y el de la propia conducta o desempeño personal. Además, la satisfacción tiene un componente cognitivo (expectativas) y otro emocional (Fotaine, King, Klein & Ratcliffe, 2003).

La satisfacción con la experiencia del parto se ha asociado con diversos factores, tales como el tener un hijo sano, el cubrir las expectativas personales inclusive las referidas al alivio del

dolor, la calidad de la relación con el cuidador (información, trato, apoyo, rapport y libertad para expresar sentimientos), el apoyo recibido de la partera o de la pareja, el grado de participación en la toma de decisiones o que sus deseos sean considerados, la percepción de control o grado de involucramiento durante el proceso y la sensación de seguridad durante la labor, entre otros, y no tanto del dolor experimentado (Tarkka & Paunonen, 1996; Waldenström, 1999; Hodnett, 2002; Fotaine *et al.*, 2003). La seguridad es una necesidad humana que puede ayudar a prevenir o disipar el miedo y además de que depende del apoyo social recibido, del conocimiento sobre el embarazo, el parto y el cuidado del bebé, de las experiencias positivas durante el control prenatal (apoyo recibido, visitas e información científica que corrobore el embarazo normo evolutivo) y de la solvencia económica (Melender & Lauri, 2002).

En suma, la satisfacción con el parto es un elemento indispensable de la calidad de los servicios de la salud y del bienestar de la parturienta. Aunque depende de factores tan elementales como la salud física de ella y del bebé, está profundamente influida por factores de carácter social y psicológico, tales como el apoyo recibido y la calidad de la relación con el personal, así como el grado de participación y control percibido. A pesar de que no todos los factores pueden ser modificables a favor de las pacientes, en algunos aspectos sí se puede incidir, tales como los referidos a la participación y el control, que podrían ser promovidos mediante la adquisición de información sobre el proceso natural del parto, las rutinas hospitalarias, los lineamientos de la atención médica, el entrenamiento en estrategias para relajarse y manejar el dolor, así como habilidades para promover una comunicación más activa y asertiva con el personal de salud.

Afrontamiento

Otra variable importante que se ha estudiado con respecto al parto es el afrontamiento, entendido éste como los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que la persona tiene para enfrentar las situaciones evaluadas como desbordantes de sus propios recursos (Lazarus & Folkman, 1991).

En este sentido la atención del parto en un escenario hospitalario es una fuente de estrés, ya sea tanto por el evento que se avecina en sí mismo como por las características físicas y

culturales peculiares del lugar, convirtiéndose así en una condición potencial que pone a prueba las habilidades y los recursos de las mujeres embarazadas.

Además de la relación bidireccional y dinámica que guarda con el estrés, el afrontamiento también está vinculado estrechamente con la satisfacción con la experiencia del parto, la cual se ve favorecida cuando la paciente percibe cierto grado de control sobre el proceso, que se manifiesta en la expresión de emociones y deseos al personal de salud, la participación en la toma de decisiones con referencia a los procedimientos médicos, la ejecución de conductas para aliviar el dolor o la modificación del ambiente físico para hacerlo más confortable (Goodman *et al.*, 2004). De esta manera, se podría suponer que a mayor número de estrategias de afrontamiento funcionales y disponibles, mayores posibilidades de elección en la solución de un problema, de éxito y, finalmente, de satisfacción.

La eficacia del uso de determinadas estrategias depende en alguna medida de la naturaleza de la situación por la cual se esté atravesando. Por ejemplo hay eventos que escapan casi por completo de la capacidad de control del ser humano, tales como los desastres naturales y, por el contrario, hay otros que son contingentes al comportamiento humano como la violencia. El parto es un evento inevitable, traumático, estresante y recompensante.

En un intento por clasificar y analizar la utilidad de las diversas respuestas del ser humano a las demandas del ambiente, se han creado categorías dependiendo, por ejemplo, de la función que cumplen dichas respuestas: ya sea dirigidas a resolver el problema, a manejar las emociones, a postergar la resolución del mismo o incluso a evitarlo.

En un estudio de mujeres en su segundo trimestre del embarazo se encontró que el optimismo guarda una relación inversa con el estrés, mientras que la evitación se asocia directamente con éste (Yali & Lobel, 2002). En el caso de adolescentes embarazadas también se ha detectado que las estrategias más usadas y percibidas como exitosas por ellas mismas, son las que se dirigen a la emoción y que tienen un componente cognoscitivo, como el optimismo, sin embargo, son insuficientes para encarar los retos que implicará la maternidad y, por lo tanto, podrían ser complementadas a través de un entrenamiento en estrategias centradas en el problema (Myors, Johnson & Langdon, 2001).

En este sentido, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento constituye una manera de promover el comportamiento saludable, debido al aumento en el repertorio de conductas disponibles para incidir deliberadamente en un área de la vida, en este caso la salud reproductiva.

Los programas de educación prenatal constituyen un esfuerzo en esta dirección, los cuales tienen su base en los trabajos del obstetra inglés Grantly Dick-Read (1933, 1944) sobre la importancia de eliminar el círculo de miedo-tensión-dolor del parto por medio de información realista, la relajación muscular y la respiración. Las aportaciones de los rusos Velvosky *et al.* (1933) para controlar las emociones por medio de la respiración y la presión de diferentes zonas del cuerpo, así como la importancia de la presencia de la pareja como apoyo moral, para recordarle el uso de las técnicas de respiración e incluso para el conteo de las contracciones. Y la difusión que el obstetra francés Fernand Lamaze dio al método psicoprofiláctico de los rusos en la década de los 60's a través de Europa y Estados Unidos (cit. en Beck, Geden & Brouder, 1979).

En la actualidad los programas de preparación prenatal tienen varios componentes esenciales que incluyen a) el brindar información de aspectos anatómicos, fisiológicos y psicológicos del proceso de la labor y el parto, el carácter único de su vivencia, la naturaleza del dolor y los diferentes medios para aliviarlo, diferentes tipos de nacimiento e intervenciones médicas, la salud después del parto, los métodos anticonceptivos, etc.; b) la enseñanza de diversas estrategias para ayudarse a sí misma durante el parto, como la relajación y la práctica de ejercicios específicos, y cómo cuidar al bebé incluyendo su alimentación y; c) la promoción de un clima comprensivo por parte del personal hospitalario (Rumi, 2003; National Health Services [NHS], 2009).

Aunque muchos programas promueven el “parto natural”, entendido éste como la disposición a dejar que el proceso fluya natural, instintiva y confiadamente a través de la consciencia y el control del mismo, en realidad, los programas tienen un carácter eminentemente social, pues consideran que dicho proceso natural se facilita a través de la práctica social específica de algunas habilidades tales como las mencionadas en el párrafo anterior; y dicha práctica, a su vez, favorece la sensación de confianza en el proceso de la labor

y el parto, reduciendo así el miedo (Mansfield, 2008). Por ello, no es sorprendente que las intervenciones se hagan desde un enfoque de bienestar, fomentando que las mujeres participen de forma más activa, por ejemplo, para identificar el tipo de respiración que más les relaja, la clase de postura y vestimenta que más les favorece y hacerse conscientes de la influencia de sus emociones durante el proceso (Hotelling, 2005).

Inclusive se sabe que muchas de las mujeres que no acuden a clases prenatales, de todos modos ponen en práctica estrategias que han aprendido y usado anteriormente en otros contextos, pero ahora aplicadas en la labor y el parto, para manejar tanto el dolor como la ansiedad. En el caso del primero, tanto las estrategias adquiridas formalmente como las informales se han relacionado negativamente con los niveles de dolor reportado (Niven & Gijssbers, 1996). Y en programas de entrenamiento donde se promueve el uso de habilidades previamente adquiridas, se ha encontrado que son empleadas con mayor frecuencia, existe un mayor involucramiento del acompañante durante el parto y son evaluadas como igualmente eficaces que las enseñadas en la educación prenatal tradicional (Escott, Slade, Spiby & Fraser, 2005). Sin embargo, también se sugiere que no todas las estrategias preexistentes tienen consecuencias positivas, por lo que sería importante ayudar a las mujeres primerizas principalmente (que no cuentan con una experiencia directa del parto) a identificar, dentro de su repertorio personal, aquéllas habilidades que tienen un potencial de surtir efectos positivos sobre el manejo de la ansiedad y el dolor, y a sustituir a aquéllas menos útiles por algunas que pudieran ser adquiridas en la etapa prenatal (Escott, Spiby, Slade & Fraser, 2004).

Hay estudios que refieren que 3 de cada 4 asistentes a clases prenatales, consideran que son de utilidad para enfrentar el parto y 1 de cada 2 mujeres refiere haberse reunido con otras participantes al año de haber acudido a las mismas; mientras más clases se hayan tomado, más probabilidad de evaluarlas como útiles y de mantener contacto con otras asistentes (Fabian, Radestad & Waldenström, 2005). Así mismo, también se ha reportado una mejora en el bienestar emocional de las parejas a los dos meses del posparto, después de haber participado, junto con sus parejas embarazadas, en un entrenamiento prenatal basado en habilidades de relajación y comunicación (Black-Olien, 1993).

De las estrategias comúnmente entrenadas (respiración profunda, relajación, autoinstrucciones y distracción), la respiración con relajación es la que se usa con mayor frecuencia (36%) mientras que sólo el 14% utiliza las cuatro estrategias, sin embargo, 4 de cada 10 mujeres refieren que la respiración por sí misma es la estrategia más efectiva (Hurtado, Donat, Escritá, Poveda y Ull, 2003).

Por su parte, Slade, Escott, Spiby, Henderson y Fraser (2000) concluyen que de 121 nulíparas que recibieron preparación prenatal, el 88% usó la respiración lenta, el 51% el uso de posturas y el 40% la relajación por el método Mitchell durante el parto. Sugiriendo que el uso de ciertas estrategias obedece a su grado de sencillez versus complejidad, nivel de práctica supervisada, apoyo recibido por parte del personal de salud, estado emocional cuando se quiso usar y el nivel del dolor experimentado en ese momento.

Además, las mujeres iniciaron el uso de la respiración lenta, la relajación Mitchell y el cambio postural como respuesta al dolor y para mantener la calma, principalmente. La respiración lenta y la relajación parecen tener un efecto calmante y del control del pánico. La respiración y el cambio postural un efecto distractor, y éste último también alivia el dolor (Spiby, Slade, Escott, Henderson & Fraser, 2003).

El entrenamiento en relajación para mujeres primigestas con elevados niveles de ansiedad ha tenido efectos significativos en la disminución de la cantidad de niños con bajo peso al nacer, en el número de cesáreas y en el de partos instrumentales, en comparación con mujeres que sólo recibieron la atención prenatal rutinaria (Bastani, Hidarnia, Montgomery, Aguilar-Vafaei & Kazemnejad, 2006). Inclusive pacientes médicamente enfermos y con ansiedad, se han visto beneficiados por una intervención compuesta de psicoeducación, entrenamiento en relajación y en habilidades cognitivas (Sánchez, Velasco, Rodríguez & Baranda, 2006).

Finalmente, en cuanto al uso de posturas se refiere, sus beneficios radican en que permiten adquirir mayor movilidad pélvica; mejorar el tránsito del bebé por el canal vaginal; influir en la duración de la segunda fase del parto y en la oxigenación del bebé; favorecer u obstaculizar la distensión de la musculatura pélvica, dependiendo del tipo de postura; reducir el número de pujidos necesarios y; la cantidad de energía que la madre debe gastar para dar a luz (Benito & Rocha, 2005).

El uso de diferentes posiciones preferidas por la paciente favorece el bienestar emocional y una experiencia positiva. Sin embargo, su uso depende de diversos factores, tales como las condiciones físicas del escenario, el consejo de la partera, la comodidad que se va experimentando con su uso, la sensación de control generada, la duración de la labor, el tipo de dolor, las complicaciones médicas...(Jonge & Lagro-Janssen, 2004).

En conclusión, para algunas mujeres el parto en un escenario hospitalario constituye una fuente de estrés importante que las obliga a poner en marcha una serie de respuestas que les han funcionado en el pasado, sea porque tuvieron un parto previo o por experiencias ajenas a éste, o que adquirieron recientemente a través de la educación prenatal. Promover el empleo de ciertas estrategias potencialmente efectivas para manejar dicho proceso natural facilita la adaptación y satisfacción con el mismo, en la medida en que la mujer cuenta con mayores opciones de participación activa ante un evento que en la actualidad se encuentra altamente medicalizado.

Expectativas

Lo que se espera del parto influye en la forma en que se vive el mismo: cuando las expectativas coinciden con lo que se vivió, entonces la experiencia del parto se evalúa como satisfactoria y positiva, de lo contrario, se pueden presentar sentimientos de culpa, miedo, depresión, enojo e insatisfacción (Kao, Gau, Wu, Kuo & Lee, 2004). Las expectativas más frecuentes son desear un parto rápido y sin dolor (31.42%), tener un parto natural pero con el apoyo de otros (25.71%), tener un parto rápido (22.85%, siendo más común entre mujeres con niveles altos de ansiedad rasgo) y tener un parto natural pero donde ellas lo controlen (20.02%) (Maggioni, Margola & Filippi, 2006).

Las expectativas negativas en cuanto a las emociones, el control y el apoyo en general suelen ser más comunes en quienes presentan niveles altos de ansiedad en el tercer trimestre del embarazo y entre las mujeres nulíparas, quienes también presentan expectativas positivas de control externo, tales como el manejo del dolor por parte del personal y la efectividad de la analgesia. Mientras que, por el contrario, esperar tener emociones positivas durante el parto se asocia con experimentar un control del pánico, del dolor, de la posición y de la eficacia de la analgesia (Ayers & Pickering, 2005).

Por ello, de nuevo resulta necesario que en el transcurso del control prenatal se identifique a las mujeres con niveles elevados de ansiedad y que también se explore la naturaleza de las expectativas en mujeres nulíparas principalmente, con la finalidad de fomentar el desarrollo de expectativas realistas que puedan favorecer una experiencia de parto más gratificante. Y, de esta forma, la intervención en el ámbito de las expectativas se convierte en un recurso de afrontamiento de naturaleza cognitiva.

Autoeficacia

La autoeficacia también parece ser una variable que influye en el dolor experimentado, en el esfuerzo y persistencia para enfrentar la labor y el parto y en la percepción de dicha experiencia.

Sin embargo, también se ve influida por el dolor obstétrico ya que conforme se llega a la fase de transición entre la primera y la segunda etapa del trabajo de parto, donde generalmente los niveles de dolor son muy elevados, las expectativas de autoeficacia disminuyen y las estrategias de afrontamiento se evalúan como menos útiles e importantes (Larsen, O'Hara, Brewer & Wenzel, 2001). Las expectativas de autoeficacia también dependen de los resultados exitosos en el pasado, el estado emocional, el aprendizaje vicario y el reforzamiento social (Drummond & Rickwood, 1997).

Por lo tanto, la autoeficacia con respecto al parto en las mujeres nulíparas también podría fomentarse a través de la información en libros, en programas de televisión y la brindada por el médico, por las clases prenatales y por el apoyo social que reciben, y no sólo por la propia experiencia en el manejo del dolor en situaciones ajenas al parto.

Control

El control durante el parto puede ejercerse sobre la toma de decisiones, sobre las emociones y sobre la propia conducta (McCrea, Wright & Stringer, 2000), así como sobre las acciones del personal de salud, el procedimiento/tratamiento y el ambiente. Cuando las mujeres tienen altas expectativas de control y poco control real es más probable que aumenten sus niveles de ansiedad y miedo después del evento (Baron, Cusumano, Evans, Hodne & Logan 2004). Así mismo, las multíparas refieren mayor control que las primíparas y, en general, un mayor porcentaje de mujeres refieren control sobre la propia conducta (61%), que de las

acciones del personal sobre ellas (39.5%). Una de cada 5 mujeres refiere control sobre su propia conducta, el personal y durante las contracciones y otra quinta parte ningún control. La sensación de control sobre el personal parece ser la variable con más peso en el bienestar emocional y la satisfacción con el parto (Green & Baston, 2003).

Por lo tanto, resulta importante indagar las expectativas de control sobre el parto particularmente en las mujeres nulíparas con el fin de favorecer el desarrollo de expectativas realistas, fomentar el ejercicio de conductas que faciliten el control interno e indagar las posibilidades reales de influir en el comportamiento de los proveedores de salud sobre ellas, de tal forma que la satisfacción con la experiencia del parto mejore.

En síntesis, más de la mitad de las mujeres mexicanas en edad reproductiva han estado embarazadas, de éstas arriba del 80% llega al término del mismo y tiene 6 posibilidades de cada diez de que su parto sea natural y un poco más del 80% de probabilidad de que sea atendida en un hospital público o privado.

El parto es un evento estresante en sí mismo, a lo que se le añade también el efecto de ser atendido en un ámbito hospitalario. Sin embargo no tiene un efecto homogéneo, más bien la experiencia del parto está amortiguada por un sinnúmero de variables físicas, psicológicas, sociales y culturales que pueden favorecer, en el mejor de los casos, la satisfacción con el mismo, la cual sirve como indicador de la calidad de la atención brindada por la institución de salud. No obstante, también hay condiciones que favorecen una percepción negativa del evento e inclusive el desarrollo de algunos síntomas asociados con el trastorno de estrés postraumático, por ejemplo.

Por ello resulta importante diseñar estrategias que promuevan una experiencia satisfactoria y prevengan o disminuyan la posibilidad de desarrollar síntomas adversos, incidiendo en variables que han probado tener un efecto importante en la experiencia del parto y que pueden ser modificables a través de técnicas específicas. Entre dichas variables se encuentran el dolor, el miedo, la ansiedad, las expectativas, la autoeficacia, el control y el afrontamiento.

Técnicas cognitivo conductuales para el enfrentamiento del parto

A continuación se describen las principales técnicas psicológicas, incluyendo su finalidad y fundamento teórico, que han sido empleadas como herramientas para facilitar una mejor adaptación con la experiencia del parto y que guardan una relación particular con las variables psicológicas arriba comentadas.

La **visualización**, en general, favorece un mayor control de los pensamientos, las emociones y del cuerpo, ayuda a aliviar la tensión muscular y desviar la atención lejos del dolor, reduciéndolo o aliviándolo. Su mecanismo de acción es que la simple evocación mental de una imagen incompatible con una experiencia desagradable real puede favorecer cambios en el comportamiento (McKay, Davis & Fanning, 1985).

La identificación y expresión de emociones constituyen un indicador de la percepción que tienen las personas acerca de los fenómenos, en este caso, el parto. Las emociones influyen tanto en la conducta como en el pensamiento y también constituyen una vía para acceder a las cogniciones que las preceden y generan. El **desahogo emocional** es una técnica que facilita la expresión e identificación de aquéllas que, por su naturaleza y magnitud, podrían obstaculizar la adaptación natural al proceso del parto y, por lo tanto, sirven como un indicador para identificar a las mujeres que podrían necesitar de un apoyo adicional.

La **psicoeducación** busca promover una mejor comprensión de la enfermedad y un mayor compromiso con el cuidado de la propia salud y el comportamiento saludable. Brindar información sencilla, coherente, precisa y fácil de comprender, adaptada a las necesidades y condiciones específicas de las pacientes, favorece una mayor adaptación al proceso del parto, así como la generación de expectativas más realistas sobre el mismo, y aumenta la posibilidad de tener una mejor satisfacción con la experiencia, pues el cumplimiento de las expectativas es una de las variables que tienen más influencia en la satisfacción con el parto (Christiaens & Bracke, 2007).

La **relajación** es un proceso psicofisiológico cuyo efecto es la disminución de la tasa cardíaca, de la frecuencia respiratoria y del metabolismo, menor consumo de oxígeno, cambios en la actividad eléctrica del cerebro (aumento en amplitud y regularidad de las ondas alfa, las cuales están asociadas a sentimientos de bienestar) y la disminución de la tensión muscular

(Benson, 1975), lo cual es contrario a la respuesta de estrés, que se caracteriza por un incremento de la actividad del ramo simpático del sistema nervioso autónomo. Las diferentes técnicas de relajación pretenden facilitar el aprendizaje del patrón de respuesta biológica correspondiente a dicho estado, utilizando diversos procedimientos basados en el condicionamiento clásico, la discriminación y las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal.

La respuesta de relajación se compone de elementos a) fisiológicos, patrón reducido de activación somática y autónoma; b) subjetivos, informes verbales de tranquilidad y sosiego y; c) conductuales, estado de quiescencia motora. El entrenamiento en relajación parte del supuesto de que es posible controlar los procesos involuntarios, como la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria, la tasa cardiaca y la cantidad de sangre en diferentes partes del cuerpo, si se reconocen mentalmente (Vera & Vila, 1991).

El uso de la **respiración** como técnica de relajación tiene un efecto directo en el sistema nervioso autónomo (Payne, 1996), fomenta el cambio del foco de atención del dolor por las contracciones uterinas a la respiración; aumenta la relajación y la sensación de control, calma y bienestar; disminuye la ansiedad; siempre está a la disposición personal como un recurso eficaz de alivio y; asegura que el feto reciba un aporte adecuado de oxígeno (Payne, 1996; Simkin, 2000). Así mismo, es sencilla de aprender y, una vez dominada, se puede usar ante cualquier circunstancia, en cualquier momento y lugar (Seaward, 2002). La respiración natural, lenta y suave en comparación con la respiración controlada, evita la hiperventilación y la fatiga principalmente en la fase latente de la primera etapa del trabajo de parto (Payne, 1996; Pugh, Milligan, Gray & Strickland, 1998).

El **método Mitchell** constituye otra técnica de relajación, la cual tiene la ventaja de no activar los músculos asociados con la tensión, sino que crea un estado recíproco de tranquilidad y confort a partir de los cambios de posición de diferentes partes del cuerpo. Además, puede tener un efecto general e inmediato si el cambio articular se aplica en un área clave de un individuo entrenado. Esta técnica desaconseja cualquier tipo de interferencia con el modelo natural de la respiración. Finalmente, puede enseñarse en una diversidad de posiciones (Payne, 1996).

Finalmente, la **exposición** es una técnica cognitivo conductual que busca disminuir la posible respuesta de ansiedad ante el futuro evento del parto en este caso, ya que mediante la habituación o la presentación frecuente del estímulo ansiógeno a las participantes, se espera una disminución en la intensidad de la respuesta emocional, la cual también puede disminuir si dicha exposición se ve acompañada del entrenamiento y fortalecimiento de otros recursos de afrontamiento como la visualización, la respiración y la relajación por medio del método Mitchell.

En general, las técnicas arriba citadas tienen su fundamento en las teorías del aprendizaje desde la perspectiva conductista y social, el modelo teórico cognitivo conductual y el enfoque de la salud reproductiva. Los mecanismos regulatorios del comportamiento subyacentes a dichas técnicas son: la Imagen/ reacción fisiológica, la asociación, la incompatibilidad de respuesta, el aprendizaje vicario, la habituación, el condicionamiento operante, la relevancia perceptual y la ley del ejercicio (Sánchez-Sosa, Febrero 2006).

Pregunta de investigación

¿Una intervención cognitiva conductual para el enfrentamiento del parto tendrá efectos sobre la satisfacción con la experiencia del parto en mujeres nulíparas?

Objetivo

Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual para el enfrentamiento del parto en un grupo de mujeres nulíparas atendidas en el Hospital General de Atizapán.

Hipótesis de investigación

1.- Las mujeres que reciban la intervención cognitivo conductual para el enfrentamiento del parto mostrarán un nivel de satisfacción mayor que las mujeres que no participen en el tratamiento.

2.- Las mujeres que participen en el programa de intervención referirán menor intensidad de dolor durante el parto, que las mujeres del grupo de comparación.

3.- Las participantes del grupo de estudio solicitarán con menor frecuencia la aplicación de anestesia/analgesia durante el parto, en comparación con las mujeres del grupo de comparación.

4.- El grupo de mujeres que reciban el tratamiento tendrán menos miedo a un parto futuro, en comparación con las que no participen en la intervención.

5.- Las participantes del grupo de estudio reportarán menores niveles de ansiedad en el posparto, que las del grupo de comparación.

6.- Las mujeres que reciban la intervención cognitivo conductual emplearán un mayor número de estrategias de afrontamiento durante el parto, que quienes no la reciban.

Método

Participantes: 13 mujeres nulíparas de 18 años de edad en promedio, residentes de los municipios de Atizapán de Zaragoza (N=8), Nicolás Romero (N=3) y/o Naucalpan (N=2) en el Estado de México, con una media de 10 años de escolaridad y un rango de 6 a 12. Con siete meses de embarazo en promedio al momento de la entrevista inicial y dedicadas al hogar, a excepción de una estudiante.

Criterios de inclusión: Mujeres nulíparas con producto único vivo que se encuentren alrededor de la 32ª semana de gestación, ≥ 18 años de edad, con un embarazo deseado, que cuenten con pareja, con habilidades de lectoescritura, con un embarazo de bajo riesgo según el índice de Coopland, que firmen el consentimiento informado y que planeen dar a luz en el Hospital General de Atizapán.

Criterios de exclusión: Presencia de trastornos psiquiátricos, ansiedad o depresión severa, historia de violencia sexual, indicación médica de cesárea, no asistir a las 4 sesiones de la intervención.

Tipo de muestreo: No probabilístico de tipo accidental.

Aspectos éticos: Todas las mujeres participaron de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado antes de iniciar el estudio (ver anexo). Así mismo, la videograbación de la atención médica del parto, la cual fue realizada en el área tocoquirúrgica de dicho hospital, fue realizada con el consentimiento informado y la libre aceptación de las mujeres que en ese momento estaban siendo atendidas, las cuales aparecen de manera anónima en el mismo.

4.- El grupo de mujeres que reciban el tratamiento tendrán menos miedo a un parto futuro, en comparación con las que no participen en la intervención.

5.- Las participantes del grupo de estudio reportarán menores niveles de ansiedad en el posparto, que las del grupo de comparación.

6.- Las mujeres que reciban la intervención cognitivo conductual emplearán un mayor número de estrategias de afrontamiento durante el parto, que quienes no la reciban.

Método

Participantes: 13 mujeres nulíparas de 18 años de edad en promedio, residentes de los municipios de Atizapán de Zaragoza (N=8), Nicolás Romero (N=3) y/o Naucalpan (N=2) en el Estado de México, con una media de 10 años de escolaridad y un rango de 6 a 12. Con siete meses de embarazo en promedio al momento de la entrevista inicial y dedicadas al hogar, a excepción de una estudiante.

Criterios de inclusión: Mujeres nulíparas con producto único vivo que se encuentren alrededor de la 32ª semana de gestación, ≥ 18 años de edad, con un embarazo deseado, que cuenten con pareja, con habilidades de lectoescritura, con un embarazo de bajo riesgo según el índice de Coopland, que firmen el consentimiento informado y que planeen dar a luz en el Hospital General de Atizapán.

Criterios de exclusión: Presencia de trastornos psiquiátricos, ansiedad o depresión severa, historia de violencia sexual, indicación médica de cesárea, no asistir a las 4 sesiones de la intervención.

Tipo de muestreo: No probabilístico de tipo accidental.

Aspectos éticos: Todas las mujeres participaron de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado antes de iniciar el estudio (ver anexo). Así mismo, la videograbación de la atención médica del parto, la cual fue realizada en el área tocoquirúrgica de dicho hospital, fue realizada con el consentimiento informado y la libre aceptación de las mujeres que en ese momento estaban siendo atendidas, las cuales aparecen de manera anónima en el mismo.

Instrumentos:

La variable **ansiedad-estado** se midió con la escala correspondiente del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (ver anexo 2), instrumento autoadministrable de forma individual o grupal, donde el examinado responde a 20 reactivos rellenando el círculo del número apropiado correspondiente a una de cuatro posibles opciones de respuesta (1- no en lo absoluto, 2- un poco, 3- bastante ó 4- mucho). Para la escala de ansiedad- estado, el examinado debe reportar cómo se siente en ese momento específico. La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80, a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad. La puntuación de toda la escala se obtiene sumando las opciones de respuesta elegidas para cada una de las 20 afirmaciones, los reactivos 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18 se califican de forma directa y los restantes a la inversa. La escala tiene coeficientes alfa de confiabilidad entre .83 y .92 y también presenta validez concurrente (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975). Algunos de los motivos por los cuales se eligió este instrumento son porque es la versión en español del State Trait-Anxiety Inventory (STAI), porque los reactivos empleados para medir la ansiedad no incluyen síntomas que pudieran confundirse con los síntomas propios del embarazo, porque evalúa la ansiedad en ese momento específico y porque es relativamente fácil y rápido de responder.

Para medir la variable de **miedo** al parto se utilizó el Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) traducida al español para el presente estudio con el permiso de las autoras. El cuestionario mide el miedo específicamente al parto en dos momentos del tiempo: versión A: las expectativas durante el embarazo (anexo 3) y versión B: el miedo después de haber experimentado el parto (anexo 4). Cada versión consta de 33 ítems que abordan tanto la intensidad de la emoción como la magnitud de las cogniciones, sin embargo, en este estudio la versión A fue reducida por cuestiones éticas a 31 reactivos, eliminando los dos últimos ítems referidos a imaginar la posibilidad de que el bebé muriera o fuera lastimado durante el trabajo de parto. El cuestionario se responde de forma auto administrada con seis opciones de respuesta en forma de diferencial semántico (donde los números 1 y 6 corresponden a los polos opuestos y extremos de un adjetivo). El puntaje de todo el cuestionario se obtiene sumando los puntajes obtenidos en cada reactivo, algunos se codifican de forma directa y otros a la inversa (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31). El puntaje mínimo es 0 y el máximo

165 y, mientras más alto el puntaje, mayores niveles de miedo. El cuestionario presenta niveles de confiabilidad cercanos a .90 y también presenta validez de constructo (Wijma, Wijma & Zar, 1998). Aunque el instrumento fue diseñado en Suecia, se eligió debido a que permite observar los cambios a través del tiempo, haciendo comparaciones intra e inter sujeto; porque está diseñado para medir el miedo al parto como evento específico y porque se ha aplicado en muestras similares a la del presente estudio: mujeres con 32 semanas de gestación, durante el puerperio inmediato y tardío, y tanto en nulíparas como en multíparas.

Tanto la expectativa de la intensidad del **dolor** de parto como la intensidad de dolor experimentado se midieron a través de la escala visual análoga (EVA), la cual consiste en una especie de regla, comúnmente con una longitud de 10 cm., donde el extremo izquierdo indica “sin dolor” y el extremo derecho “el peor dolor que se pueda imaginar”. Dicha regla puede tener algunas variantes, por ejemplo, incluir líneas de separación equidistantes entre esos dos puntos extremos, cambios de coloración de tonos azulados (para la nula sensación de dolor) a rojizo intenso (para el máximo dolor experimentado) o en vez de una línea, puede sustituirse por una serie de “caritas” cuyos gestos cambian gradualmente conforme aumenta o disminuye el dolor. Por lo general, los colores o las caritas son empleados cuando se trabaja con niños o con personas de bajo nivel educativo. En el anexo 5 se presenta el modelo de EVA utilizado en el presente estudio, el cual incluyó todos los elementos arriba mencionados con el propósito de facilitar el uso de la herramienta. La EVA era entregada a las participantes a quienes se les daba la siguiente instrucción “En una escala del 0 al 10, donde 0 significa sin dolor y 10 el peor dolor que te puedas imaginar (el examinador al tiempo que hablaba iba señalando con su dedo índice la escala)... ¿cuánto crees que te dolerá tu parto/ cuánto te dolió tu parto?” Las pacientes podían expresar su respuesta de forma verbal o señalando un punto en la escala, en el segundo caso, el examinador corroboraba con la mujer, que el espacio indicado por ella coincidiera con el número correspondiente de la escala.

La EVA fue elegida como instrumento de medición ya que el interés del estudio únicamente se centró en la dimensión “intensidad” del dolor, que constituye la característica más sobresaliente de este fenómeno. Así mismo debido a su naturaleza subjetiva, se prefirió usar un método de auto reporte de fácil y rápida aplicación, en comparación con métodos más

complejos en términos de tiempo, esfuerzo y dinero como las medidas fisiológicas, bioquímicas o conductuales, las cuales no han probado ser más confiables o válidas que la EVA (Turk & Melzack, 2001). Finalmente, también se trató de medir la intensidad de dolor experimentado tan pronto como el parto sucedió, con la finalidad de disminuir el efecto del paso del tiempo sobre el recuerdo.

La EVA además fue empleada para estimar la expectativa de **satisfacción** y la satisfacción materna con la experiencia del parto, principalmente por las mismas razones (ver anexo 6). Sin embargo, el post-test fue complementado por un cuestionario de 7 preguntas centradas en la percepción de preparación frente al parto y la percepción de apoyo por parte del personal de salud, que corresponden a una de tres dimensiones de la escala “Perceptions of Labour and Delivery Scale” (Bailham, Slade & Joseph, 2004) (anexo 7), que cuenta con una confiabilidad interna α de Cronbach 0.81. Los reactivos tuvieron 10 opciones de respuesta diseñados de forma muy similar a la EVA, donde el primero y el último número correspondían a los extremos opuestos dentro de un continuo de posibilidades (nada en absoluto vs. totalmente). Las participantes tenían que marcar la casilla que más se adecuara a su experiencia. El puntaje final se obtiene sumando los puntajes directos de cada uno de los reactivos. Un puntaje más alto indica un mayor nivel de satisfacción de la usuaria. El puntaje mínimo posible es 1 y el máximo 70.

Las **estrategias de afrontamiento** empleadas durante el parto se cuantificaron en el puerperio, por medio del auto informe de las mujeres. El examinador se apoyó de una lista de cotejo para ir registrando las habilidades conforme la paciente le relataba lo que había hecho durante el transcurso del mismo (anexo 8).

La duración del trabajo de parto (TDP), las complicaciones obstétricas, así como otros **resultados médicos** se recabaron con base en la información del expediente clínico de las pacientes; la solicitud y/o aplicación de analgesia y/o anestesia obstétrica se obtuvieron tanto del mismo expediente como del informe de las participantes.

Materiales: Salón amplio, fresco e iluminado, sillas, mesa, gafetes, plumones, música, reproductor de CD, bola de estambre, hojas de auto registro (ver anexo 9), presentaciones en PowerPoint sobre qué es el parto, el proceso del mismo, los signos y síntomas, así como la

atención materno-infantil de éste por parte del personal de salud, laptop, proyector, pantalla para proyección, instrucciones audio grabadas para la relajación que incluía tanto la respiración, como la visualización y el método Mitchell (ver anexo 10), video grabación de la atención médica del parto, tapete y mantas para bebé.

Tipo de diseño: Estudio cuasiexperimental de grupo control antes y después sin asignación aleatoria (McGuigan, 1997).

O1 X O2

O3 O4

Definición conceptual de las variables:

Ansiedad: Condición o estado emocional transitorio del organismo humano caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

Miedo: Emoción desagradable, básica y de defensa provocada por la percepción de un peligro o daño específico en un futuro inmediato (Sassaroli y Lorenzini, 2000).

Dolor: Experiencia personal sensorial y emocionalmente desagradable asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma, que es identificada por los demás hasta que la persona que lo experimenta lo manifiesta de alguna forma (verbal o conductualmente) (IASP, 1979 cit. en Latorre, 1994 & Woodruff, 1998).

Expectativa: Anticipación o previsión de un acontecimiento futuro con base en experiencias anteriores (Indurain, 1999).

Satisfacción: Estado emotivo de bienestar que acompaña al logro de una meta o gratificación de una necesidad o deseo (Galimberti, 2002).

Satisfacción del usuario: Grado de conformidad que el paciente manifiesta con el servicio recibido (Cervantes, 2004).

Afrontamiento: Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes desarrollados para manejar demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1991).

Trabajo de parto (TDP): Suma de fuerza ejercida por las contracciones que promueven la expulsión del producto viable por vía vaginal (Lara, Santibáñez & Unda, 2003).

Anestesia: Es el bloqueo de toda sensibilidad, incluyendo la sensación del dolor, por la acción de agentes farmacológicos.

Analgesia: Disminución o alivio del dolor sin pérdida total de la sensibilidad o el movimiento muscular por la acción de agentes farmacológicos.

Definición operacional de las variables:

Variable Independiente	Definición operacional	Escala de medición
Intervención cognitiva conductual para el afrontamiento del parto	Asistir a las 4 sesiones del tratamiento y practicar en casa las habilidades entrenadas.	NO SE MIDE
Variables Dependientes	Definición Operacional	Escala de medición
Ansiedad-estado	Puntaje obtenido en la escala A-Estado del IDARE	Ordinal
Miedo al parto	Puntaje obtenido en el WED-Q Versión A y B	Ordinal
Expectativas de la intensidad del dolor	Puntaje obtenido en la EVA (Pienso que durante todo el parto sentiré: 0 sin dolor – 10 el peor dolor que puedo imaginar)	Ordinal
Expectativas de satisfacción	Puntaje obtenido en la EVA (Pienso que cuando tenga mi parto me sentiré: 0 nada satisfecha – 10 completamente satisfecha)	Ordinal
Intensidad del dolor	Puntaje obtenido en la EVA (Durante todo el parto sentí: 0 sin dolor - 10 el peor dolor que puedo imaginar)	Ordinal
Satisfacción materna	Puntaje obtenido en la EVA (¿Qué tan satisfecha te sientes con tu experiencia del parto?: 0 nada satisfecha – 10 completamente satisfecha)	Ordinal
Satisfacción usuaria	Puntaje obtenido en el cuestionario de satisfacción con el servicio.	Ordinal
Estrategias de afrontamiento empleadas durante el TDP	Conductas de afrontamiento realizadas durante el TDP y referidas por la participante cuando el examinador la entrevista en el puerperio, el cual utiliza una lista de cotejo para señalar las conductas mencionadas por aquélla.	Nominal
Duración del TDP	Promedio de centímetros dilatados del cuello uterino en cada hora, a partir de los 5 cm. de dilatación.	Intervalo
Solicitud de anestesia/ analgesia	Petición de la paciente para que se le aplique analgesia/anestesia obstétrica en cualquier momento del TDP.	Nominal
Complicaciones obstétricas	Frecuencia de ocurrencia de alguno de los siguientes procedimientos: cesárea de emergencia, inducción/conducción del parto o parto instrumental.	Nominal

Escenario: El estudio fue realizado en las instalaciones del Hospital General de Atizapán. El reclutamiento de la muestra y la aplicación de los instrumentos en la fase del pre-test se hicieron en la “clínica de lactancia” del área de hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia, donde se llevan a cabo, entre otras actividades, las pláticas de salud a las mujeres embarazadas. Otro lugar de reclutamiento fue el consultorio 10 “Mujer y Salud” de Consulta Externa. La fase post-test se realizó mayoritariamente en el área de hospitalización, aunque también hubo casos donde se utilizaron los otros espacios arriba mencionados. La intervención se realizó en dos lugares diferentes asignados por el Departamento de Enseñanza de dicho hospital, en función de la disponibilidad de lugar y horario: biblioteca y auditorio. La biblioteca contaba con un espacio libre de unos 3 x 5 metros, donde había tres mesas rectangulares movibles y 15 sillas, a su vez tenía una pantalla para proyectar imágenes, contaba con adecuada iluminación, ventilación y estaba fresco y en silencio, si se mantenían las ventanas cerradas. El auditorio era aproximadamente el triple de tamaño en comparación con toda la biblioteca, tenía butacas fijas y al frente una pantalla para proyectar imágenes, una plataforma, un escritorio y atril en ella. El espacio también estaba fresco, ventilado, bien iluminado, por la luz natural o artificial y más silencioso que la biblioteca.

Duración: La intervención estuvo compuesta por 4 sesiones semanales de 2 horas de duración cada una, más dos sesiones extras para hacer el pre y post-test.

Descripción del tratamiento y criterios de su elección:

El tratamiento está basado en los programas de educación prenatal o preparación para el parto cuya finalidad es propiciar el bienestar físico y mental de la mujer durante el estado grávido puerperal a través de estrategias encaminadas a trabajar el área cognoscitiva y afectiva (Santibáñez & Santibáñez, 2003), tales como brindar información sobre el proceso del parto y entrenar ciertas habilidades para enfrentar o manejar algunos aspectos, como el alivio del dolor o el control de las propias emociones.

Se parte del supuesto de que el parto es un fenómeno estresante (Alehagen, Wijma, Lundberg, Melin & Wijma, 2001) y, debido a que el estrés se produce por la percepción de un evento amenazante que excede los propios recursos personales para hacerle frente, es necesario dotar a las personas de recursos que les faciliten la adaptación a dicho proceso. Por

otro lado, el programa de entrenamiento también se basa en que gran parte del dolor del parto procede de la ansiedad y el miedo y, por lo tanto, puede reducirse si la mujer comprende el proceso del parto y aprende a relajarse adecuadamente (Dick-Read, 1959 *cit.* en Bing, 1998).

Las técnicas empleadas fueron la visualización, el desahogo emocional, la psicoeducación, la relajación por medio de la respiración y el método Mitchell, el modelamiento, el moldeamiento, la imitación, el reforzamiento, el control de estímulos, la exposición, el ensayo conductual y la práctica reforzada.

Las estrategias que conformaron el programa de entrenamiento fueron elegidas usando diferentes criterios. Por un lado, lo que la literatura refiere sobre los componentes de los programas de preparación para el parto (información sobre anatomía, síntomas y etapas del parto, relajación por medio de ejercicios de estiramiento, de respiración, de posiciones para aliviar el dolor de espalda y facilitar la fase de expulsión (Bing, 1998; Simkin, 2000) y, la relajación por medio del método Mitchell (Payne, 1996). Por otro lado, los resultados de los estudios que sugieren cuáles son las estrategias más empleadas y efectivas según las propias embarazadas también se usó como criterio. Por ejemplo, la respiración es la técnica que las mujeres más usan durante la primera etapa del TDP y se asocia con niveles bajos de dolor severo (Slade, Escott, Spiby, Henderson & Fraser, 2000), aproximadamente 8 de cada 10 mujeres la emplean, mientras que sólo 5 utilizan el cambio de posición y 4 la relajación Mitchell, aunado a ello se reporta que la respiración y la relajación principalmente tienen un efecto relajante, de calma, de control y de distracción y, el cambio de postura alivia un poco el dolor (Spiby, Slade, Escott, Henderson & Fraser, 2003). En este sentido, parece ser que las mujeres se benefician de la autonomía de encontrar la posición que más útil les resulte y se ven muy influidas por lo que su partera les aconseja (Jonge & Lagro-Janssen, 2004). Y, finalmente, otro criterio de selección fueron las posibilidades de aplicación de las estrategias dentro del contexto hospitalario como lo es el Hospital General de Atizapán, ya que existen ciertas rutinas hospitalarias que son incompatibles con algunas recomendaciones de los programas de educación prenatal, por ejemplo, el adquirir posturas de pie o de rodillas para la primera o segunda fase del TDP, estar acompañada por la pareja, utilizar compresas de agua fría o agua caliente dentro del área de labor, etc.

A continuación se desglosan las actividades realizadas en cada sesión del **tratamiento**. También se puede revisar la carta descriptiva de todas las sesiones, que aparece en el anexo 11:

Sesión 1

1.- A la llegada de cada una de las participantes, la facilitadora les daba la bienvenida, les pedía que pasaran al salón, tomaran un gafete y plumón que estaban en la mesa, pusieran su nombre, se lo pegaran en un lugar visible de su cuerpo y tomaran asiento mientras iniciaba el programa. Una vez que llegaron las participantes (o después de 15 min. de tolerancia) se daba inicio al entrenamiento, el cual comenzó con la presentación del programa y las reglas del grupo.

2.- La presentación de las participantes y la facilitadora se hizo por medio de la dinámica “la telaraña”, en la cual todas se sentaron en círculo y la facilitadora explicó las instrucciones: “la persona que tenga la bola de estambre se presentará diciendo su nombre, su edad, algunos de sus gustos y el motivo por el cual está participando en el grupo y, una vez finalizada su intervención, pasará la bola de estambre a cualquier participante que ella elija, manteniendo consigo y sin soltar la punta del hilo de estambre”. La persona que recibía la bola, repetía el nombre de la persona anterior e iniciaba con su propia presentación y así sucesivamente hasta terminar con la presentación de todas las mujeres. Una vez que el estambre parecía como telaraña al estar sostenido por todas las participantes, se iba desenredando en forma inversa, empezando por la última participante quien regresaba la bola de estambre a la inmediata anterior mencionando su nombre y así sucesivamente hasta terminar por desenredarla por completo. La primera en iniciar la dinámica fue la facilitadora.

3.- Expresión de emociones sobre el futuro evento del parto a través de una sesión de relajación y visualización guiada acerca de los dolores de parto y la llegada al hospital, precedido de un ejercicio para comprobar la capacidad de imaginación de las participantes (imaginar una naranja, olerla, sentirla y probarla). Al finalizar el ejercicio se realizó una reflexión grupal para: 1) identificar las emociones de las pacientes sobre el evento que se avecinaba; 2) la intensidad de las mismas; 3) cómo se sintieron con el ejercicio y qué tipo de escenas imaginaron y; 4) identificar posibles pensamientos irracionales asociados con la experiencia del

parto, con el propósito de propiciar el desahogo emocional, validar las emociones y brindar información precisa y veraz sobre el parto.

4.- Desarrollo de una escena de imaginación agradable incompatible con la sensación de dolor (la paciente evocaba libremente un escenario con la mayor cantidad de detalles sensoriales posibles, que le generara una sensación de tranquilidad y paz). Al final del ejercicio la facilitadora sugirió el empleo de la visualización cuando apareciera el dolor de parto y realizó una reflexión junto con las mujeres para compartir las diferentes escenas imaginadas y el efecto que les produjo visualizarlas.

5.- Ejercicio Kegel: Explicación de los ejercicios Kegel y su finalidad. Identificación de los órganos y músculos del piso pélvico a través de láminas y por medio de la contracción y relajación de los mismos. Entrenamiento de los ejercicios Kegel: 1) contraer la uretra, la vagina y el esfínter anal todo al mismo tiempo. Contar hasta tres y relajar. 2) Contraer primero la uretra, luego la vagina y, finalmente, el esfínter anal. Contar hasta tres mientras las tres partes permanecen contraídas y relajar. 3) Repetir este último ejercicio entre 20 y 30 veces diarias.

6.- Ejercicios para practicar en casa diariamente: Escena de imaginación (una vez al día) y ejercicios Kegel (20-30 veces). También se pidió a las participantes que marcaran en un registro (ver anexo 3) solamente los días y el tipo de ejercicio que realizaron para ese día. Se les indicó que a partir de esta sesión todos los días tomarían nota de su práctica diaria en la hoja de auto registro hasta que llegara el momento del parto y que dicha hoja se la darían a la facilitadora en el post-test.

Sesión 2

1.- Revisión de los ejercicios para casa de la sesión anterior: auto reporte de las participantes sobre su frecuencia de práctica, ejecución, efectos de su práctica y dificultades presentadas durante su ejecución. Repaso de contenidos de los temas trabajados en la sesión anterior: características de las técnicas, propósito de las mismas y mecanismos de acción.

2.- Psicoeducación sobre la anatomía y fisiología del órgano reproductor femenino; lo que sucede durante el parto: etapas, características y duración del trabajo de parto, los signos y síntomas que caracterizan cada una de sus fases (cervicales, contracciones uterinas: tipos y duración, cambios en el ritmo de la respiración, situación del producto durante las diferentes

etapas y, cómo pueden ser los dolores de parto). Se mencionaron los tipos de resolución del trabajo de parto (criterios médicos para la resolución por cesárea); signos y síntomas de alarma para solicitar atención médica y; lactancia al seno materno (Bing, 1998, Simkin, 2000).

3.- Entrenamiento en relajación por medio de la respiración. Exposición audio visual del sistema respiratorio. Explicación de los efectos de la respiración en el organismo. Diferencia entre la respiración bajo relajación, bajo estrés y la hiperventilación. Descripción de la técnica: percepción del propio ritmo para respirar y regulación de la respiración de forma suave, lenta, natural y nasal. Al final se enfatizó que el uso de este tipo de respiración durante el parto puede emplearse ante la percepción del dolor.

4.- Ensayo conductual de la respiración como estrategia de relajación, junto con la escena de imaginación incompatible con la sensación de dolor. Retroalimentación de lo observado y reflexión conjunta con las participantes con respecto a los efectos del ejercicio y las dificultades presentadas para su ejecución.

5.- Recordatorio de que la práctica de los ejercicios en casa es acumulativa, en cuanto se ejercitan tanto los de la primera como los de la segunda sesión y así sucesivamente.

Sesión 3

1.- Revisión de las tareas para casa de las sesiones anteriores, auto reporte de las participantes sobre su frecuencia de práctica, ejecución, efectos de su práctica y dificultades presentadas durante su ejecución. Repaso de contenidos de los temas trabajados en la sesión anterior: características de las técnicas, propósito de las mismas y mecanismos de acción.

2.- Psicoeducación sobre las rutinas hospitalarias para la atención del parto: historia y expediente clínico, registro de signos vitales de la mujer y el bebé, exploración física (general, abdominal, contracciones uterinas, auscultación del latido cardiaco fetal), examen ginecológico, hidratación por vía intravenosa, aseo perineal, episiotomía y, cuidados al recién nacido (prueba de Apgar, toma del Tamiz, peso, talla, etc.) (NOM-007-SSA2-1993).

3.- Psicoeducación sobre la finalidad del dolor, la naturaleza del mismo, especificando que el parto sin dolor no existe, pero que existen opciones para mitigarlo, tanto farmacológicas como no farmacológicas. En el caso de la primera opción, se enfatizó el derecho que toda paciente tiene para solicitar, recibir o rechazar algún medicamento que intente eliminar el

dolor o aliviar las molestias generadas por el mismo. En cuanto a las opciones no farmacológicas se destacó el rol activo que ellas mismas podrían jugar durante su trabajo de parto y la gama de posibilidades que tenían para hacerle frente, reforzando con ello sus esfuerzos realizados durante las sesiones anteriores de entrenamiento y la práctica en casa de las habilidades cognitivas y conductuales hasta ese momento ensayadas. Dentro de dichas estrategias de afrontamiento, la facilitadora presentó y modeló algunas posturas para tolerar o aliviar los dolores de parto, especialmente los de espalda, durante la primera etapa del mismo (dilatación), ya sea si aún estuvieran en casa o ya hospitalizadas.

a) Aplicar una presión firme: Aplicar presión sobre los puntos de dolor durante la contracción ya sea con las manos, o con algún objeto, por ejemplo, una pelota de tenis.

b) Cambiar de postura: 1.- Acostarse de lado en la cama, mantener estirada la pierna de dicho costado y la otra flexionada y apoyada sobre una almohada, mientras la pareja presiona sobre la zona lumbar. 2.- Sentarse en un ángulo de 90 grados, arquear la espalda y poner una almohada en la zona lumbar. 3.- Ponerse a gatas, apoyando el cuerpo en los codos y las manos, de tal forma que la columna quede libre del peso del bebé, por lo que la presión sobre la espalda se reduce en gran manera. Una variante de esta posición es arrodillarse en la cama frente a la cabecera o en un sillón frente al respaldo. En esta posición la columna también queda libre del peso del bebé y la fuerza de la gravedad ayuda a que éste se desplace hacia abajo (Bing, 1998).

4.- Información sobre los artículos de higiene personal, prendas y documentos necesarios al ingreso al hospital tanto para las mujeres como para los futuros bebés. La facilitadora resaltó la importancia de iniciar la preparación de dicha maleta para la futura estancia hospitalaria, así como la identificación y el ensayo, si es necesario, de diferentes rutas de llegada y acceso al hospital, del medio de transporte disponible y de las personas que las acompañarían llegado el momento.

5.- Entrenamiento en relajación mediante el método Mitchell. La facilitadora presentó brevemente las características, el propósito, los fundamentos y los procedimientos de la técnica, la cual se basa en el aprendizaje y la percepción de algunos cambios de posición corporal que son confortables, favorecen un estado de relajación y son incompatibles con las

posturas de tensión. Para iniciar el entrenamiento se les pidió colocarse en una posición cómoda (en este caso sentadas). Y posteriormente se les instruyó en el desarrollo de todo el programa que incluía cambios de posición para las siguientes partes del cuerpo: hombros, codos, manos, caderas, rodillas, pies y tobillos, torso, cabeza, mandíbula, lengua, ojos, frente y cuero cabelludo (Payne, 1996). Esta sesión de entrenamiento fue dirigida por la facilitadora, siguiendo las mismas instrucciones de un CD audio grabado que se entregó a las participantes para que lo usaran durante la práctica en casa (ver anexo 10). Así mismo también les modeló las pequeñas variantes de posición si deseaban realizar el ejercicio acostadas o sentadas, reposando el pecho, la cabeza y los brazos sobre una mesa, de tal manera que tuvieran tres opciones de posturas para iniciar la actividad.

6.- Práctica del ejercicio de relajación por medio de la respiración y la visualización guiada por la facilitadora.

7.- Recordar la práctica y registro de los diferentes ejercicios en casa.

Sesión 4

1.- Revisión de los ejercicios para casa de la sesión anterior: auto reporte de las participantes sobre su frecuencia de práctica, ejecución, efectos de su práctica y dificultades presentadas durante su ejecución.

2.- Repaso verbal de las características esenciales y finalidad de la visualización, la respiración, los ejercicios Kegel y las posturas. Así como repaso de los síntomas de trabajo de parto activo y de los signos de alarma que requieren atención médica inmediata: contracciones cada cinco minutos, salida del tapón cervical, dolor en vientre o espalda, rotura de la fuente, dolor de cabeza, zumbido de oídos o ver lucecitas. La facilitadora lanzaba preguntas abiertas con respecto a las técnicas y los signos y síntomas del TDP, y las mujeres de forma voluntaria las respondían. En caso de identificar respuestas erróneas o incompletas, la facilitadora alentaba a otras mujeres a mejorar la respuesta y, sino, ella la completaba.

3.- Psicoeducación sobre la tercera etapa del TDP (fase de expulsión): Por qué pujamos, cuándo y cuándo no es necesario pujar, cuáles son las posiciones para pujar, cuáles pueden ser las sensaciones producidas por el paso del bebé a través del canal vaginal, cómo evitar los pujidos y, cómo respirar durante los pujidos.

En el caso de la posición para pujar, la facilitadora exponía y al mismo tiempo modelaba la siguiente secuencia de movimiento: Se sentaba en un ángulo aproximado de 75 grados, con las rodillas dobladas y separadas, las plantas de los pies apoyadas sobre la superficie del suelo (el cual estaba alfombrado o estaba sentada encima de un tapete). Relajaba toda la parte baja del cuerpo, incluyendo el piso pélvico (aquí era necesario enfatizar la percepción de éste relajado vs. tenso). Cuando la contracción imaginaria empezaba, encorbaba la espalda, echaba los hombros hacia adelante, acercaba la barbilla hacia el pecho y con las manos, tomaba las rodillas flexionadas con los codos hacia afuera. Inhalaba y exhalaba (dos veces). Inhalaba, soltaba un poco el aire, aguantaba la respiración, relajando el labio inferior de la boca y pujaba contando del 1 al 8. Exhalaba rápidamente, inhalaba otra vez y repetía el mismo proceso hasta que la contracción imaginaria terminaba (Lara, Santibáñez y Unda, 2003). Una vez realizado esto, se repitió el ejemplo pero ahora las mujeres la imitaban, mientras que la facilitadora moldeaba su conducta. El ejercicio se hizo 4 veces.

En el caso de respirar para evitar pujar en el momento inadecuado, la facilitadora explicó y modeló la conducta mientras las participantes la observaban y posteriormente se repitió el ejercicio 4 veces, pero ahora realizándolo también ellas: Inhalar por la nariz y exhalar por la boca constante y ligeramente e inflando los cachetes como si se quisiesen apagar las velas de un pastel, separando la barbilla del cuello y elevando el mentón hacia atrás cada vez que se pudieran sentir las ganas de pujar, y el médico indicara que no se debía hacer aún (Simkin, 2000).

4.- Psicoeducación sobre los principales síntomas después del parto y algunas medidas que se pueden tomar para aliviar los malestares derivados de la involución uterina, la episiotomía, la cesárea, la dificultad para orinar, el estreñimiento, el cansancio y el dolor e inflamación de los pechos.

5.- Exposición audiovisual del parto. La facilitadora presentaba, previa autorización de las participantes, un video grabado en las instalaciones del mismo hospital acerca del parto y la atención materno- infantil durante éste. Al finalizar, la facilitadora reflexionaba con las pacientes sobre lo observado y sentido.

6.- Cierre del programa. La facilitadora agradecía la participación de las mujeres, les ofrecía su apoyo como Psicóloga de manera individual y en caso de ser necesario desde ese momento y hasta la resolución del parto en el consultorio 10 “Mujer y Salud” de dicho hospital. Las invitaba a seguir practicando los diversos ejercicios en casa. Y, finalmente, les corroboraba que estaría al pendiente de la culminación de su parto y que les solicitaría responder algunos cuestionarios una vez que éste hubiera terminado.

Procedimiento

Las mujeres que cubrieron los criterios de inclusión fueron invitadas a participar en un estudio de preparación para el parto. Los momentos y lugares de reclutamiento de la muestra fueron durante la consulta prenatal, en las pláticas educativas para mujeres embarazadas y por invitación telefónica con base en el registro de pacientes atendidas en consulta externa del Hospital General de Atizapán.

Al invitarlas se les explicaba brevemente el objetivo del estudio y se les aclaraba que su participación era voluntaria, de tal manera que el rechazo o aceptación de participar en el estudio no afectaría la atención médica que recibirían durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

A las mujeres que aceptaron participar se les dio una cita para recabar sus datos sociodemográficos, firmar el consentimiento informado (ver anexo 12) y contestar los instrumentos de medición de la fase pre-test: Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) escala A-Estado (anexo 2), adaptación en español del Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire versión A (W-DEQ A) (anexo 3), escala visual análoga sobre las expectativas del dolor de parto (anexo 5) y escala visual análoga sobre las expectativas de la satisfacción con el parto (anexo 6).

En un inicio se tenía la intención de reclutar y evaluar a toda la muestra y después de ello asignar al azar a las mujeres a una de las dos condiciones, tratando de que al menos cada grupo tuviera 15 participantes. Sin embargo, se presentaron varios obstáculos. Por un lado, fue difícil conseguir candidatas que cubrieran los requisitos de inclusión y, por otro lado, las personas que aceptaron participar se reclutaron a lo largo de dos meses, de tal manera que si se esperaba a juntar la N deseada, las primeras en ser evaluadas estarían muy cerca de dar a luz y se corría el

riesgo de que no terminaran todas las sesiones de intervención. Por ello se decidió que las primeras 10 personas evaluadas fueron asignadas al grupo de estudio y las siguientes 10 al grupo control, y así sucesivamente.

Se realizaron dos grupos de intervención sucesivamente, cada uno conformado por 5 participantes. El tratamiento fue el mismo para los dos grupos, aplicado por el mismo investigador y estuvo constituido por 4 sesiones semanales de 2 horas de duración cada una (ver carta descriptiva en anexo 11).

Una vez terminada la aplicación del tratamiento, el investigador acudió diariamente a las instalaciones del hospital, principalmente a la unidad tocoquirúrgica y al área de hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia, para captar a las participantes del estudio y aplicarles los instrumentos de la fase del post-test: Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) escala A-Estado, adaptación en español del Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire versión B (W-DEQ B) (ver anexo 4), escala visual análoga sobre la intensidad del dolor de parto experimentado, escala visual análoga de satisfacción, cuestionario de satisfacción (ver anexo 7), lista de cotejo sobre las habilidades cognitivas y conductuales que refirieron haber usado durante el trabajo de parto (ver anexo 8) y revisión del expediente médico para registrar algunos resultados obstétricos (duración del trabajo de parto, solicitud de anestesia/ analgesia por parte de la paciente, presencia de complicaciones obstétricas, resolución del evento, número de consultas prenatales, elección del método anticonceptivo post evento obstétrico, días de estancia hospitalaria y semanas de gestación). Si las participantes no eran localizadas en el hospital de acuerdo con la fecha probable de su parto, se les llamaba por teléfono para conocer su condición de embarazo y, en caso de haberse resuelto en otro hospital o en un horario donde el investigador no pudo captarlas en el hospital, se les daba una cita al consultorio 10 “Mujer y Salud” para aplicarles los instrumentos de medición, tan pronto como ellas pudieran.

A las mujeres del grupo de comparación se les dio una manta de bebé como recompensa por haber participado en el estudio, una vez terminada su participación después del parto.

Resultados

De un total de 27 mujeres entrevistadas y evaluadas, 14 fueron excluidas: 8 de ellas tuvieron a su bebé vía cesárea, una tuvo un embarazo de alto riesgo, 2 no tenían pareja al momento de la evaluación y 3 tuvieron antecedentes de violencia sexual, la mitad fue del grupo de estudio y la mitad del grupo de comparación. Por lo tanto la muestra final estuvo compuesta de 13 mujeres: 9 estuvieron en el grupo de estudio y 4 en el grupo de comparación.

La tabla 2.1 muestra las principales características de la muestra al momento de la entrevista inicial.

Tabla 2.1: Características socio demográficas y obstétricas de la muestra

Variables	Muestra completa N= 13	Grupo estudio N= 9	de Grupo de comparación N= 4	Diferencias entre grupos por prueba t de Student (probabilidad bidireccional)	
				Valores t	p
Edad (DT)	18.77 (1.01)	18.56 (0.882)	19.25 (1.258)	-1.158	.272
Años de estudio (DT)	10.46 (1.898)	9.89 (2.028)	11.75 (0.500)	-1.772	.10
Consultas prenatales (DT)	5.38 (2.329)	5.78 (2.539)	4.50 (1.732)	.906	.384
SDG pretest (DT)	32 (1.78)	31.89 (2.088)	32.25 (0.957)	-.326	.751

SDG: Semanas de gestación

Estos datos muestran la equivalencia en estas variables de los grupos de estudio y de comparación.

El rango de edad de toda la muestra fue de 18 a 21 años, en cuanto a la escolaridad se refiere hubo participantes con mínimo estudios de primaria terminados hasta quienes tenían el bachillerato concluido. Todas las mujeres a excepción de una se dedicaban al hogar, la otra era estudiante y estuvo en el grupo de estudio. Así mismo, las 13 participantes refirieron tener pareja al momento de la entrevista inicial. Durante la aplicación del pre-test las mujeres se encontraban entre la 30 y 36 semana de gestación; y hasta esa fecha al menos habían tenido dos consultas prenatales (con un rango de 2 a 10). El 31% de toda la muestra refirió haber recibido algún tipo de información sobre el parto durante dichas consultas, dos fueron del grupo de estudio (22%) y dos del grupo de comparación (50%), sin embargo, no hubo

diferencias significativas entre los grupos con respecto a la información recibida en el embarazo mediante la prueba exacta de Fisher ($p=.530$).

Todas las mujeres del grupo de estudio acudieron a las 4 sesiones de tratamiento, mientras que en el grupo de comparación ninguna las recibió.

En promedio, las participantes tuvieron a sus hijos a las 39 semanas de gestación, sin haber diferencias significativas entre los grupos ($t= .275$, $p= .789$). Todas tuvieron partos eutócicos con productos únicos vivos, con una media de calificación Apgar de 9 (en una escala del 0 al 10) a los 5 minutos del nacimiento. A todas las mujeres se les hizo episiotomía. La mayoría de las mujeres estuvieron hospitalizadas durante un día, a excepción de una del grupo de estudio que estuvo dos. Así mismo, sólo una mujer del grupo de estudio fue atendida en un hospital diferente al elegido para realizar la investigación.

Otros resultados obstétricos de la muestra se presentan en la tabla 2.2.

Tabla 2.2: Resultados obstétricos de la muestra

VARIABLES	Muestra completa N= 13	Grupo estudio N= 9	de Grupo comparación N= 4	Diferencias entre grupos. Probabilidad exacta de Fisher (undireccional)
Solicitud anestesia	2	2	0	.462
Aplicación anestesia	4	4	0	.176
Conducción parto	8	6	2	.510
Inducción parto	1	0	1	.308

Los posttest se aplicaron durante la estancia hospitalaria de las participantes, es decir, dentro de las primeras 24 horas después del parto, a excepción de dos mujeres, una de cada grupo, quienes fueron evaluadas 10 y 23 días después del parto, respectivamente. En el primer caso (del grupo de comparación), porque no fue localizada a tiempo en el área de hospitalización y; en el segundo caso, debido a que fue atendida en otro hospital, de tal forma que se les contactó vía telefónica y se hizo una cita de común acuerdo en el área de consulta externa del Hospital General de Atizapán. Sin embargo, no hubo diferencias significativas con la prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney en los puntajes de los instrumentos de ansiedad, miedo,

dolor y satisfacción después del parto entre quienes fueron evaluadas en el puerperio inmediato versus puerperio tardío (ansiedad $z = -1.389$ $p = .165$; miedo $z = -1.581$ $p = .114$; dolor $z = -.628$ $p = .530$; satisfacción con EVA $z = -.944$ $p = .345$; satisfacción materna $z = -.397$ $p = .691$).

Los niveles de ansiedad, miedo, dolor y satisfacción de la muestra aparecen en la tabla 2.3, donde se muestra que al inicio del estudio los grupos fueron equivalentes. Los puntajes crudos obtenidos en la escala de ansiedad-estado antes y después de la intervención equivalen a niveles bajos de ansiedad en puntuaciones normales, así mismo los puntajes obtenidos en el cuestionario de miedo.

Tabla 2.3: Diferencias entre grupos a las 32 semanas de gestación y después del parto en las escalas de ansiedad, miedo, dolor y satisfacción

Instrumentos	Muestra completa N= 13		Grupo de estudio N= 9		Grupo de comparación N= 4		Diferencias entre grupos con la prueba Wilcoxon-Mann-Whitney			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	PRETEST		POSTEST	
							z	p (bidireccional)	z	p (unidireccional)
IDARE-E (med)	31	34	32	34	32	25.5	-.467	.641	1.552	.148
W-DEQ A (med)	42	37	42	37	39	37.5	-.387	.698	-.077	.940
EVA dolor (med)	7	8	7	8	7	8	-.157	.875	-.245	.825
EVA satisfacción (med)	9	10	9	10	9.5	10	-.247	.805	-.105	.940
Satisfacción materna* (med)		61		62		53.5			-.776	.503

IDARE-E: Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, sub escala estado.

W-DEQ A: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire.

Escala Visual Análoga.

*Sólo se aplicó en el posparto.

Considerando únicamente las diferencias intragrupalas, no se observaron cambios significativos, mediante la prueba de rangos asignados de Wilcoxon, en los niveles de ansiedad ($z = -.059$, $p = .953$), miedo ($z = -.652$, $p = .514$), dolor ($z = -.933$, $p = .351$) y satisfacción ($z = -1.841$, $p = .066$) antes y después de la intervención en el grupo de estudio. Y tampoco hubo diferencias

significativas pre y postest en el grupo de comparación para las mismas variables ($z = -1.069$, $p = .285$; $z = -.365$, $p = .715$; $z = -1.633$, $p = .102$ y; $z = 1.342$, $p = .180$, respectivamente).

En cuanto a las hipótesis de investigación se refiere, la primera fue:

H1. Las mujeres que reciban la intervención cognitivo conductual para el enfrentamiento del parto mostrarán un nivel de satisfacción mayor que las mujeres que no participen en el tratamiento.

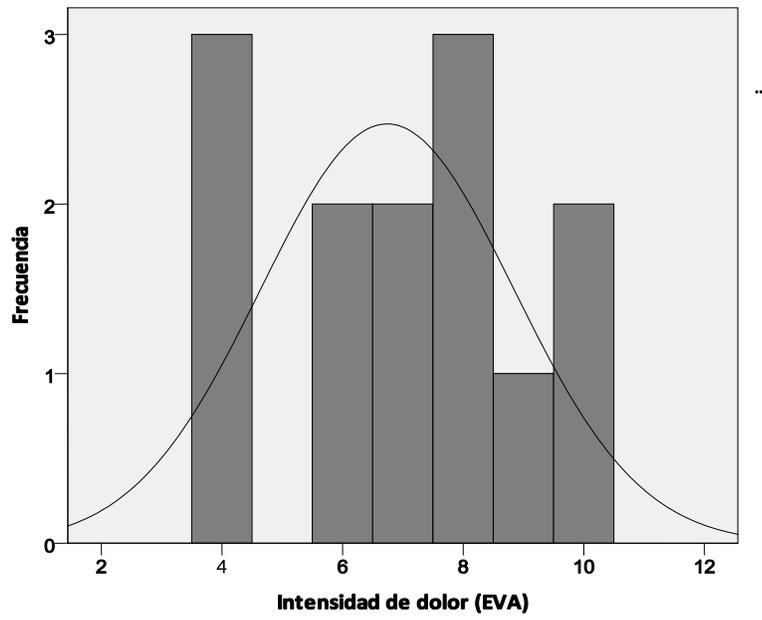
No hay diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción de las mujeres con y sin intervención. Aunque se observó que las mujeres del grupo de estudio obtuvieron una mediana mayor que la del grupo de comparación (8.5 unidades más) en el cuestionario de satisfacción materna; en la escala visual análoga ambos grupos obtuvieron el mismo puntaje (diez puntos) en el posparto.

La segunda hipótesis fue rechazada.

H2. Las mujeres que participen en el programa de intervención referirán menor intensidad de dolor durante el parto, que las mujeres del grupo de comparación.

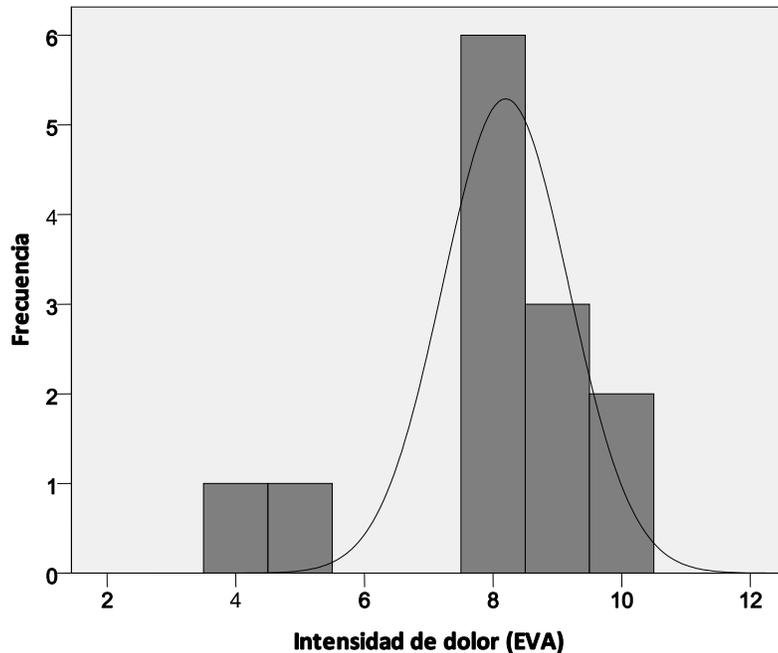
No hay diferencias en la intensidad del dolor entre las mujeres que recibieron el tratamiento y las que no lo recibieron. Inclusive no se reportan diferencias en los niveles de dolor entre las mujeres que sí recibieron anestesia/analgesia en comparación con las que no, según la prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney ($z = .000$, $p = 1.000$). Sin embargo, la intensidad del dolor percibido después del parto fue mayor de lo esperado en el 53% de la muestra total como se observa en las figuras 2.1 y 2.2.

Figura 2.1: Histograma de las expectativas del dolor de parto a las 32 SDG (N=13)



EVA: Escala Visual Análoga. Media=7 Dev. Std.=2.121

Figura 2.2: Histograma del dolor de parto percibido en el puerperio (N=13)



EVA: Escala Visual Análoga. Media= 7 Dev. Std.=2.121

La tercera hipótesis también fue rechazada.

H3. Las participantes del grupo de estudio solicitarán con menor frecuencia la aplicación de anestesia/analgesia durante el parto, en comparación con las mujeres del grupo control.

No hay diferencia en la proporción de solicitudes de anestesia/analgesia entre las mujeres en el grupo de estudio y las del grupo de comparación. Las dos únicas personas que solicitaron anestesia fueron del grupo de estudio, sin que esto implicara una diferencia significativa entre ambos grupos según un análisis realizado con la prueba exacta de Fisher ($p = .462$ unidireccional).

La cuarta hipótesis no fue comprobada.

H4. El grupo de mujeres que reciban el tratamiento tendrán menos miedo a un parto futuro, en comparación con las que no participen en la intervención.

No hay diferencia en los niveles de miedo en el posparto entre las mujeres que recibieron la intervención y las que no la recibieron, por medio de la prueba Wilcoxon-Mann-Whitney ($z = -.077$, $p = .940$). Particularmente las medianas en los niveles de miedo de ambos grupos fueron más bajas después del parto que en el embarazo.

En cuanto a la ansiedad se refiere, la hipótesis de investigación fue rechazada.

H5. Las participantes del grupo de estudio reportarán menores niveles de ansiedad en el posparto, que las del grupo de comparación.

No hubo diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre las mujeres que participaron en el programa y las que no lo hicieron por medio de la prueba Wilcoxon-Mann-Whitney ($z = -1.552$, $p = .148$). Sin embargo, el segundo grupo obtuvo una mediana más baja después del parto mientras que en el grupo de estudio el nivel se incrementó, en comparación con los valores obtenidos en el pre test.

Finalmente, la hipótesis 6 fue corroborada.

H6. Las mujeres que reciban la intervención cognitivo conductual emplearán un mayor número de estrategias de afrontamiento durante el parto, que quienes no la reciban.

Las mujeres del grupo de estudio emplearon en promedio un mayor número de estrategias cognitivas ($\bar{X} = 2.11$) y conductuales ($\bar{X} = 4.33$) que las del grupo de comparación ($\bar{X} = 1$ y $\bar{X} = 1.5$, respectivamente), habiendo diferencias significativas entre los grupos para el segundo tipo de habilidades por medio de la prueba Wilcoxon-Mann-Whitney ($z = 2.521$, $p = .011$ unidireccional).

La muestra completa ($N = 13$) refirió haber usado 8 diferentes estrategias cognitivas útiles y 14 conductuales, es decir, por cada estrategia cognitiva casi se emplearon 2 estrategias conductuales.

La tabla 2.4 y 2.5 muestran de manera descendente la frecuencia de personas que usaron las diferentes estrategias cognitivas y conductuales.

Tabla 2.4: Frecuencia de uso de diversas estrategias cognitivas útiles para el enfrentamiento del parto

Estrategia cognitiva	Muestra total (N= 13) No. (%)	Muestra estudio (N= 9) No. (%)	Muestra comparación (N= 4) No. (%)
1. Imaginería*	7 (53.8)	7 (77.7)	0 (0)
2. Optimismo: Pensar en que todo salga bien*	3 (23)	0 (0)	3 (75)
3. Ya la/lo voy a conocer; ya va a estar conmigo	3 (23)	3 (33.3)	0 (0)
4. Auto instrucciones	3 (23)	3 (33.3)	0 (0)
5. Hablarle al bebé	2 (15.3)	1 (11.1)	1 (25)
6. Atención a un punto fijo	2 (15.3)	2 (22.2)	0 (0)
7. Mente en blanco	1 (7.6)	1 (11.1)	0 (0)
8. Leer, pensar otras cosas	1 (7.6)	1 (11.1)	0 (0)

*Diferencias significativas entre los grupos con la prueba de la probabilidad exacta de Fisher: imaginería p= .021, Optimismo p= .014

Tabla 2.5: Frecuencia de uso de diversas estrategias conductuales útiles para el enfrentamiento del parto

Estrategia conductual	Muestra total (N= 13) No. (%)	Muestra estudio (N= 9) No. (%)	Muestra comparación (N= 4) No. (%)
1. Respiración*	9 (69.2)	9 (100)	0 (0)
2. Masaje*	6 (46.1)	6 (66.6)	0 (0)
3. Caminar	5 (38.4)	4 (44.4)	1 (25)
4. Apretar	4 (30.7)	2 (22.2)	2 (50)
5. Pararse	3 (23)	3 (33.3)	0 (0)
6. Baño caliente	3 (23)	3 (33.3)	0 (0)
7. Recargarse	2 (15.3)	2 (22.2)	0 (0)
8. Gritar	2 (15.3)	1 (11.1)	1 (25)
9. Acostarse de lado	2 (15.3)	2 (22.2)	0 (0)
10. Sentarse	1 (7.6)	1 (11.1)	0 (0)
11. Llorar	1 (7.6)	0 (0)	1 (25)
12. Dormir	1 (7.6)	1 (11.1)	0 (0)
13. Caer cuerpo	1 (7.6)	1 (11.1)	0 (0)
14. Cantar	1 (7.6)	1 (11.1)	0 (0)

*Diferencias significativas entre los grupos con la prueba de la probabilidad exacta de Fisher: respiración p= .001, masaje p= .049

Las participantes del grupo de estudio emplearon 7 de las 8 estrategias cognitivas referidas como útiles por toda la muestra, en comparación con sólo 2 del grupo de comparación, lo que

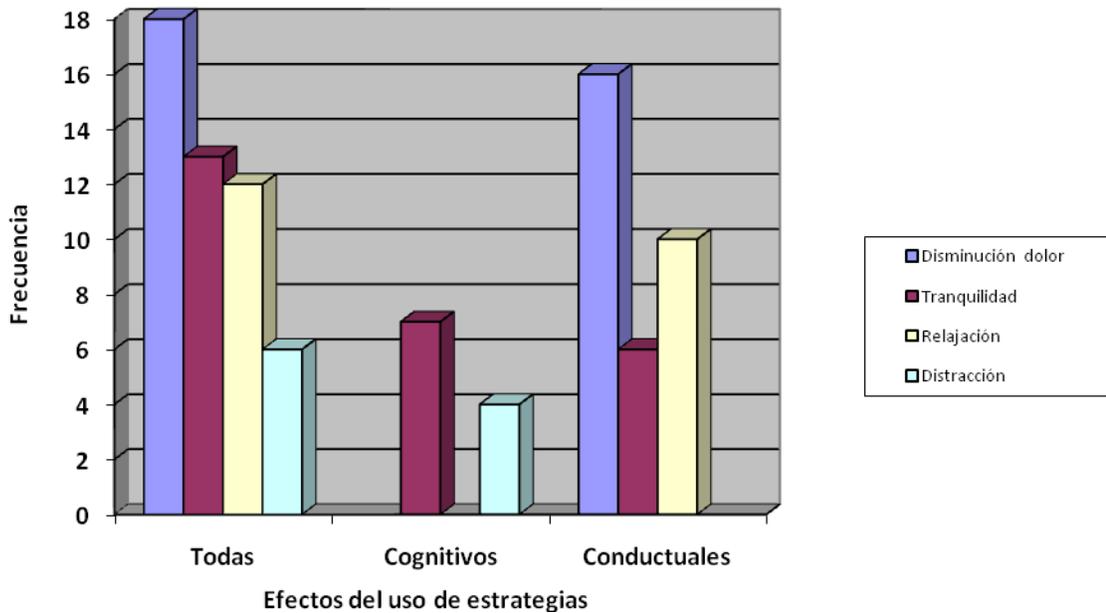
equivale a un 87.5% y 25% de uso, respectivamente. En el caso de las estrategias conductuales, las participantes del grupo de estudio usaron 13 de las 14 mencionadas (93%) y las mujeres del grupo de comparación sólo 4 (29%).

Las estrategias que usaron al menos una persona en cada grupo fueron hablarle al bebé, caminar, apretar algún objeto y gritar. El optimismo y llorar las usaron exclusivamente mujeres del grupo de comparación.

En forma global, las mujeres identificaron 12 diferentes efectos positivos del uso de estrategias cognitivas, los más mencionados fueron la tranquilidad ($n_i=7$), la distracción ($n_i=5$) y la resistencia ($n_i=3$) y; 16 diferentes efectos del uso de las diversas estrategias conductuales, siendo los efectos con mayor frecuencia de mención los siguientes: disminución del dolor ($n_i=16$), relajación ($n_i=10$) y tranquilidad ($n_i=6$).

Considerando en conjunto y a cada uno de los tipos de estrategias en toda la muestra, los principales efectos positivos de su uso aparecen en la gráfica 3:

Figura 2.3: Principales efectos del uso de estrategias cognitivas y conductuales



Del grupo de estudio en específico, el 78% de la muestra consideró que la habilidad más útil fue la respiración y el 33% consideraron que la práctica de los ejercicios de piso pélvico fue lo menos útil para enfrentar el parto.

Finalmente se calcularon las posibles asociaciones entre las variables dependientes de naturaleza ordinal, por medio del coeficiente de correlación rho de Spearman. Para la muestra completa (N=13) se hallaron asociaciones moderadamente positivas con una $p < .05$ entre: miedo y ansiedad pretest ($r_s = .549$), satisfacción materna y ansiedad postest ($r_s = .617$), la satisfacción pre y postest por medio de la escala visual análoga ($r_s = .547$) y, las habilidades cognitivas y conductuales ($r_s = .625$). También se encontraron correlaciones moderadamente negativas entre las expectativas de satisfacción y el miedo posparto ($r_s = -.670$) y la satisfacción materna y el dolor posparto ($r_s = -.594$).

Discusión

Las mujeres del grupo de intervención para el enfrentamiento del parto mostraron un nivel de satisfacción materna mayor que las del grupo de comparación, sin llegar a ser una diferencia estadísticamente significativa. A su vez, emplearon un mayor número de estrategias cognitivas y conductuales, siendo significativamente diferentes a las del grupo de comparación para el segundo caso. De esta forma, se probaron parcialmente la primera y última hipótesis de investigación. Sin embargo, los niveles de ansiedad, miedo y dolor fueron similares entre los grupos antes y después del tratamiento.

Las mujeres que participaron en la presente investigación forman parte de ese 49.8% de mexicanas que tienen su primer hijo entre los 15 y los 19 años de edad según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, además, tienen casi el mismo nivel de escolaridad que la media nacional (CONAPO, 2005). Así mismo, el número promedio de consultas prenatales coinciden con las mínimas recomendadas por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para embarazos de bajo riesgo.

El hecho de no encontrar diferencias en los niveles de ansiedad, miedo, satisfacción y dolor comparando a los grupos consigo mismos a los 7 meses de embarazo vs. posparto, puede significar que la muestra con la que se trabajó se encuentra dentro de los parámetros normales, de tal forma que sus reacciones emocionales frente al parto son las que cualquier mujer

Del grupo de estudio en específico, el 78% de la muestra consideró que la habilidad más útil fue la respiración y el 33% consideraron que la práctica de los ejercicios de piso pélvico fue lo menos útil para enfrentar el parto.

Finalmente se calcularon las posibles asociaciones entre las variables dependientes de naturaleza ordinal, por medio del coeficiente de correlación rho de Spearman. Para la muestra completa (N=13) se hallaron asociaciones moderadamente positivas con una $p < .05$ entre: miedo y ansiedad pretest ($r_s = .549$), satisfacción materna y ansiedad postest ($r_s = .617$), la satisfacción pre y postest por medio de la escala visual análoga ($r_s = .547$) y, las habilidades cognitivas y conductuales ($r_s = .625$). También se encontraron correlaciones moderadamente negativas entre las expectativas de satisfacción y el miedo posparto ($r_s = -.670$) y la satisfacción materna y el dolor posparto ($r_s = -.594$).

Discusión

Las mujeres del grupo de intervención para el enfrentamiento del parto mostraron un nivel de satisfacción materna mayor que las del grupo de comparación, sin llegar a ser una diferencia estadísticamente significativa. A su vez, emplearon un mayor número de estrategias cognitivas y conductuales, siendo significativamente diferentes a las del grupo de comparación para el segundo caso. De esta forma, se probaron parcialmente la primera y última hipótesis de investigación. Sin embargo, los niveles de ansiedad, miedo y dolor fueron similares entre los grupos antes y después del tratamiento.

Las mujeres que participaron en la presente investigación forman parte de ese 49.8% de mexicanas que tienen su primer hijo entre los 15 y los 19 años de edad según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, además, tienen casi el mismo nivel de escolaridad que la media nacional (CONAPO, 2005). Así mismo, el número promedio de consultas prenatales coinciden con las mínimas recomendadas por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para embarazos de bajo riesgo.

El hecho de no encontrar diferencias en los niveles de ansiedad, miedo, satisfacción y dolor comparando a los grupos consigo mismos a los 7 meses de embarazo vs. posparto, puede significar que la muestra con la que se trabajó se encuentra dentro de los parámetros normales, de tal forma que sus reacciones emocionales frente al parto son las que cualquier mujer

primípara promedio pudiera experimentar. O también puede significar que el parto es un evento natural y social que se presenta comúnmente en la vida de la mayoría de las mujeres y que se supera sin mayores problemas. O incluso que el tratamiento afecta otras cosas y no la ansiedad, el miedo, la satisfacción y la percepción del dolor.

Hipótesis 1. Las diferencias inter grupales en el nivel de satisfacción no fueron estadísticamente significativas, a pesar de que el instrumento de satisfacción materna aplicado únicamente en el posparto mostró diferencias a favor del grupo de estudio que no alcanzaron a ser significativas. Por su parte, la escala visual análoga fue un instrumento burdo y pobre que no mostró gran variabilidad entre las participantes. Un buen instrumento de medición produce variabilidad en las respuestas de las participantes. Esto se podría explicar debido a que con dicha escala se indagó la satisfacción del parto en general, mientras que el otro instrumento únicamente se enfocó en el desempeño personal y el apoyo recibido por el personal de salud.

La satisfacción es un concepto multidimensional (Tarkka & Paunonen, 1996; Waldenström, 1999; Hodnett, 2002; Fotaine *et al*, 2003) y, por lo tanto, cada persona la puede interpretar utilizando un referente distinto. De tal manera que con la escala visual análoga fue imposible determinar qué de la satisfacción se estaba midiendo. Aunado a ello, la presencia de un hijo vivo y sano puede ser altamente reconfortante y ese hecho invariablemente se puede filtrar en la satisfacción que las mujeres puedan tener con su propio desempeño, por ejemplo. De hecho, Hodnett (2002) sugiere que el tener un hijo sano es uno de los factores más importantes en la satisfacción. Por ello, como todas las mujeres tuvieron hijos sanos, entonces los niveles de satisfacción fueron similares independientemente de si hayan participado o no en la intervención. Lo que significa que el suceso importante para la satisfacción es ser madre y tener un vivo y sano y no aspectos relacionados con el parto.

Hipótesis 2. A los 7 meses de embarazo, las mujeres se distribuyeron normalmente a ambos lados de la media con respecto al dolor que esperaban sentir cuando estuvieran en trabajo de parto. Sin embargo, después del mismo, únicamente dos de ellas se mantuvieron por debajo de la media, la cual se desplazó un punto más arriba en comparación con lo hallado en el pretest. Este resultado es naturalmente esperado en mujeres nulíparas que no cuentan con la

experiencia de un parto y esto, a su vez, las coloca en un estado de vulnerabilidad, ya que no se encuentran cognitivamente preparadas para dicha experiencia.

Aunado a ello, el dolor de parto referido refleja que para la mayoría de las personas es un dolor intenso, incluso al grado de considerarse uno de los más fuertes que una persona pueda experimentar.

Hipótesis 3. El hecho de que sólo algunas mujeres del grupo de estudio solicitaron y recibieron medios farmacológicos para aliviar el dolor, aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa con respecto a las del grupo de comparación, se podría explicar en el sentido de que las mujeres del grupo de estudio estuvieron mejor informadas sobre las diferentes opciones de tratamiento disponibles y ejercieron el derecho de solicitar dicha opción, como lo comentan Fabian *et al.*, (2005), inclusive algunos autores sugieren que el auge de los derechos de las mujeres ha favorecido el empleo de la anestesia (Caton *et al.*, 2002). Desde esta perspectiva, las mujeres tuvieron una participación más activa en su propio tratamiento médico, en especial, aquéllas que solicitaron y recibieron la analgesia (N=2), porque las otras 2 mujeres no la solicitaron por ellas mismas, pero sí la aceptaron cuando el personal médico se las ofreció.

El que los niveles de dolor fueran independientes del uso de la anestesia/analgesia puede significar que la escala visual análoga es un instrumento poco sensible a las diferencias en la intensidad del dolor. O que la percepción del dolor responde más a cuestiones culturales y no tanto al aspecto fisiológico del mismo (Dannenbring *et al.*, 1997; Lowe, 2002). O, incluso, a que el efecto de la analgesia fue poco percibido por las mujeres.

Hipótesis 4. La disminución en los niveles de miedo tanto del grupo de estudio como del grupo de comparación puede explicarse a la luz de varias razones.

En primer lugar, si se parte del hecho de que el miedo es una emoción básica ante un objeto o situación específica desconocida y con cierto potencial de peligro, la experiencia de un parto sin complicaciones y con un producto único vivo y sano disminuye dicha emoción, pues la percepción amenazante que le subyace queda injustificada por el hecho de haber librado exitosamente esa experiencia y porque al menos, en el futuro inmediato, no se volverá a vivir

otro parto. Es decir, al momento de la segunda medición el peligro ya había pasado, lo cual es muy diferente que antes del parto.

En segundo lugar, el miedo es una emoción de supervivencia para cualquier ser humano y los puntajes obtenidos por todas las mujeres durante su embarazo se mantuvieron dentro de los niveles normales, de tal forma que los niveles de miedo después del parto continuaron dentro de esos mismos parámetros. Probablemente se hubieran obtenido resultados distintos, si la población bajo estudio fuera del extremo derecho de la curva normal, es decir, mujeres con niveles excesivamente altos de miedo, lo que algunos han llegado a denominar fobia al parto.

Finalmente, la experiencia del parto es un evento intenso y único para casi cualquier mujer, y más en el caso de las primerizas. En este sentido, el parto como variable histórica tuvo un impacto homogéneo en todas las mujeres de la investigación, independientemente del grupo al que pertenecieron, minimizando así la posibilidad de detectar diferencias en las variables dependientes que pudieran ser explicables por el tratamiento.

Tal vez se hubieran podido detectar discrepancias entre los grupos, si el miedo hubiera sido medido después del tratamiento pero antes del parto. Sin embargo, los resultados hubieran corrido el riesgo de sesgarse por la proximidad temporal de las mediciones. Además, el número de participantes en cada grupo fue desigual, de tal forma que en el grupo de comparación sólo hubo cuatro personas.

Hipótesis 5. Los cambios inversos en los niveles de ansiedad de los grupos pueden deberse, entre otras cosas, a un simple error metodológico, por la no asignación aleatoria de los sujetos a las distintas condiciones, quedando las mujeres con más sintomatología ansiógena en el grupo de estudio.

En otro sentido, Wenzel *et al.* (2005) han sugerido que los síntomas de ansiedad aparecen tardíamente, hasta 8 semanas después del parto, de tal forma que las mujeres del grupo de comparación pudieron haber pertenecido a este caso, sin embargo, no fue posible comprobarlo porque no se hicieron mediciones de seguimiento.

Otra explicación alternativa es que la información se pudo haber convertido en la fuente de ansiedad de las mujeres del grupo de estudio, en particular aquella de carácter amenazante asociada con las rutinas hospitalarias o los síntomas comunes después del parto. O

simplemente a que las mujeres del grupo de estudio estaban más conscientes o sensibles de la gran responsabilidad que implica la maternidad.

Y, finalmente, las mujeres que recibieron el tratamiento pudieron haber generado altas expectativas de control, por un lado, y haber experimentado poco control real, por el otro, lo cual favoreció que se incrementaran sus niveles de ansiedad (Baron *et al.*, 2004).

Hipótesis 6. Las mujeres del estudio tuvieron un repertorio de conductas a elegir más amplio que las del grupo de comparación, de allí que usaran un mayor número de estrategias. Aunque también es posible que el entrenamiento las haya hecho más sensibles a nombrar e identificar las estrategias que usaron y que tuvieron un efecto positivo en ellas, en comparación con las mujeres del grupo de comparación.

Las habilidades cognitivas requieren un esfuerzo mental más complejo que las habilidades conductuales, lo cual puede asociarse a que el número de estrategias conductuales usadas fuera más alto que el de las cognitivas. Aunado a que la presencia de dolor, necesidad básica que interfiere con las actividades del individuo, pudo haber dificultado aún más la capacidad de concentración que requieren las estrategias cognitivas.

Las diferencias en el número y tipo de estrategias empleadas podrían indicar cuáles ya están en el repertorio natural de las mujeres y cuáles se adquieren por medio de un tratamiento específico, en este sentido, se podrían destacar aquéllas que mostraron ser significativamente diferentes entre los grupos: la imaginación, la respiración y el masaje, como aquéllas que debieran ser objeto de entrenamiento.

En el caso del optimismo, que fue particularmente útil para las mujeres del grupo de comparación, se podría entender como una estrategia relacionada con un locus de control externo, en el sentido de esperar o desear que las cosas salgan bien, sin incidir directamente en ellas. Este estilo de afrontamiento ya se ha reportado como común y efectiva entre mujeres adolescentes (Myors, Johnson & Langdon, 2001). Sin embargo, el programa de tratamiento en cierta medida estaba enfocado en promover el locus de control interno en un proceso biológico que está culturalmente controlado, al ser atendido en un medio hospitalario con normas de atención específicas y marcos de acción personal limitados.

Por otro lado, la respiración fue la estrategia más utilizada por las mujeres a las que se le dio la intervención y también se consideró la más útil, como lo han señalado otros estudios (Hurtado *et al.*, 2003; Slade *et al.*, 2000), lo cual puede deberse a su facilidad de aprendizaje, su simplicidad de aplicación y por sus efectos inmediatos reconocibles, como lo es una sensación de tranquilidad y relajación.

Por lo que se refiere a las asociaciones moderadas entre ciertas variables, varios autores coinciden en la relación entre el miedo al parto y la ansiedad durante el embarazo (Poikkeus *et al.*, 2006; Zar *et al.*, 2001; Zar *et al.*, 2002). También se ha visto que una experiencia negativa del parto se asocia con el dolor (Soet *et al.*, 2003). Sin embargo, algunos autores argumentan que el dolor no juega un papel fundamental en la satisfacción, a menos que las expectativas no sean cubiertas (Hodnett, 2002). En el presente estudio, más de la mitad de las mujeres consideró que el parto le dolió más de lo que esperaban, lo cual pudo haber influido en la relación inversa encontrada entre la satisfacción materna y la intensidad de dolor percibida ($r_s = -.594$, $p = .016$). Con respecto a la satisfacción, tiene sentido hallar que expectativas positivas de satisfacción con el parto guarden una relación indirecta con el miedo en el posparto ($r_s = -.670$, $p = .006$), pues el miedo tiene un componente cognitivo desagradable sobre una amenaza o peligro específico, lo cual en sí mismo es incompatible con esperar estar satisfecho con el parto, de tal forma que una percepción positiva del futuro favorece la presencia de niveles bajos de una emoción negativa.

Sin embargo, la satisfacción en el posparto se asoció directamente con la ansiedad posparto también ($r_s = .617$, $p = .012$), lo cual puede explicarse como resultado de que el IDARE no es instrumento diseñado para medir específicamente la ansiedad por el embarazo o el parto, sino la ansiedad en cualquier situación. Por ello, la asociación entre ansiedad y satisfacción por el posparto podría explicarse en el sentido de que a ambas subyace la presencia de un hijo vivo y sano.

Limitaciones del estudio: La realización de la presente investigación tuvo varias limitaciones metodológicas. Entre las primeras se encuentran que el tamaño de la muestra fue muy pequeño para poder identificar diferencias entre los grupos y para poder cuantificar la correlación entre las variables. Así mismo, los instrumentos de medición empleados pudieron

no haber sido lo suficientemente sensibles para detectar tales diferencias, o sus medidas fueron muy gruesas. Es el caso de la escala visual análoga para medir la satisfacción y no así para estimar la intensidad del dolor, porque en el segundo caso se trata de una variable más puntual y exclusiva. Por otro lado, los sujetos no fueron asignados al azar a las condiciones, lo cual merma la validez y solidez de los hallazgos.

Por ello sería importante replicar el presente estudio de grupo control antes y después con asignación aleatoria en una muestra más grande, que incluya medidas de seguimiento y, empleando instrumentos de medición más sensibles, especialmente para las variables de satisfacción con el propio desempeño en el parto y la intensidad del dolor. Así mismo, sería importante indagar el impacto indirecto del programa de tratamiento en otras conductas de salud reproductiva como la planificación familiar.

El programa de tratamiento también pudiera dirigirse a un mayor número de mujeres a través de la incidencia en el primer nivel de atención y/o centrarse en mujeres que muestren niveles excesivos de miedo, ansiedad y evitación del parto.

Finalmente, las contribuciones de este estudio son, entre otras cosas, que demuestra que es posible brindar opciones de enfrentamiento a mujeres que se atienden en el sector público. Existen estrategias cognitivas (imaginería) y conductuales (respiración y masaje) que pueden ser entrenadas y empleadas exitosamente durante el parto. La información sobre aspectos psicofisiológicos del parto y sobre la atención médica hospitalaria es en sí misma una estrategia útil de afrontamiento. Y el programa de tratamiento se puede llevar a cabo en forma grupal, disminuyendo así los costos, los recursos humanos y materiales y el tiempo, favoreciendo a un mayor número de mujeres.

Violencia sexual en la pareja: Un caso de trastorno por estrés postraumático agudo

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de Salud declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo, con consecuencias en la salud y el desarrollo psicológico y social de los individuos y los países a corto y largo plazo, así como en los servicios de salud y en sus escasos recursos sanitarios, reconociendo también que los proveedores de salud constituyen con frecuencia los primeros contactos de las víctimas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996).

En este sentido, el sector salud es un espacio privilegiado pues es en él donde casi todas las mujeres llegarán a solicitar un servicio alguna vez en su vida, incluyendo aquellas que están viviendo situaciones de violencia, creando así una oportunidad única para detectar e intervenir a las mujeres (Rico, 2001), y promoviendo también la cooperación interinstitucional para incidir en esferas que van más allá de la salud.

Siendo la Medicina Conductual un campo interdisciplinario centrado en estudiar los procesos de salud y enfermedad, con mucha frecuencia dentro del ámbito hospitalario; entonces los profesionales capacitados en este ramo pueden contribuir responsablemente en la prevención y el tratamiento del fenómeno de la violencia como problema de salud pública.

La OMS (2002, pp. 4) define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Además, clasifica la violencia en auto dirigida, interpersonal y colectiva, dependiendo de quién cometa la acción. De tal forma que la violencia familiar es un tipo de violencia interpersonal.

La violencia, por lo tanto, es altamente frecuente en grupos vulnerables en función de la desigualdad social, física, económica y/o sexual tales como las mujeres, los indígenas, los niños, los adultos mayores...

La NOM-190-SSA1-1999 define la violencia familiar como el “acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”. El maltrato

sexual, particularmente, se refiere a la “acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir”.

Según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres [ENVIM 2003] (aplicada a mujeres de ≥ 15 años usuarias de servicios públicos de salud), en México una de cada cuatro mujeres alguna vez en su vida ha experimentado una relación violenta, siendo en 3 de cada 4 casos por parte de su pareja. En los últimos 12 meses previos a la encuesta, una de cada cinco mujeres había experimentado violencia en la pareja, siendo la más frecuente la de naturaleza psicológica con 19.65%, seguida de la física 9.8% y la sexual con 7%, mientras que la económica se presentó en un 5.1%. Particularmente, el 17.3% había vivido violencia sexual alguna vez en su vida, y en 9 de cada 10 casos, el agresor había sido la pareja.

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH 2003], reporta cifras más altas de violencia psicoemocional (38.4%) y económica (29.3%) que la ENVIM 2003, mientras que los niveles de los otros tipos de violencia permanecen muy similares (9.3% y 7.8%, respectivamente). Sin embargo, la ENDIREH 2006 reportó ligeros decrementos en la esfera emocional (32%), económica (22.9%) y sexual (6%), y no lo así en la física (10.2%), con respecto a su homónima tres años atrás.

La violencia familiar perpetrada contra las mujeres por parte de sus parejas tiene vastas consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas para ellas. Particularmente la violencia sexual se ha asociado a la presencia de embarazos no deseados, abortos inseguros, incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual, infecciones de transmisión sexual y del tracto urinario, lesiones físicas, disfunciones sexuales, dolor e infertilidad; así como a síntomas psicológicos: culpa, miedo, vergüenza, desconfianza, ira, desesperación, baja autoestima, abuso de sustancias, ansiedad, depresión, fobia social, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático (TEPT), síndrome de trauma por violación, ideación y conducta suicida (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004; ENVIM 2003; Labrador, Fernández-Velasco & Rincón, 2006; NOM-190-SSA1-1999; Pico-Alfonso, 2005; WHO, 2003; WHO, 2007).

El modelo integrado para la prevención y tratamiento de la violencia familiar y sexual (Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004) establece que los prestadores de servicios de salud deben realizar acciones de prevención, detección, atención y rehabilitación de las víctimas. Las acciones básicas incluyen la identificación de las situaciones de violencia; la consejería especializada, en la cual se da información legal y sobre la naturaleza de la violencia, se realiza la evaluación del riesgo y el plan de seguridad; la atención médica esencial y especializada y; la referencia, contrarreferencia y el seguimiento.

En términos generales, en el sector salud las acciones de rehabilitación se limitan al proceso de referencia y contrarreferencia, mínimo en asesoría legal y apoyo psicológico. Sin embargo, existen algunas instituciones de referencia estatal como lo es el Hospital General de Atizapán, donde se brinda el servicio de atención psicológica a mujeres y niños que viven situaciones de violencia.

El tratamiento del TEPT, consecuencia psicológica común entre mujeres que han vivido violencia sexual, ha mostrado ser efectivo por medio de la terapia cognitivo conductual, la cual busca disminuir la sintomatología característica del trastorno así como los pensamientos negativos disfuncionales asociados al mismo, mediante el uso de diversas técnicas dirigidas a los canales cognitivo, físico/emocional y conductual.

En específico, la terapia de exposición prolongada ha probado ser una de las técnicas más seguras y efectivas para su tratamiento (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003), en comparación con la desensibilización sistemática (Foa et al., 1994 cit. en. Astin & Resick, 1998). Así mismo, la terapia cognitiva ha resultado ser efectiva en la disminución de la sintomatología del TEPT, la ansiedad y la depresión hasta 6 meses después de haber finalizado el tratamiento, en comparación con una lista de espera (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus & Fennell, 2005). Por otro lado, el tratamiento cognitivo conductual (psicoeducación, control de la respiración, detención del pensamiento, reevaluación cognitiva, exposición prolongada y solución de problemas) aplicado a un grupo de mujeres en situación de violencia familiar también ha mostrado su efectividad en la disminución de la sintomatología del trastorno así como de la depresión, la inadaptación a la vida cotidiana y las cogniciones postraumáticas hasta los 6 meses de seguimiento (Rincón, 2003), como también una intervención cognitiva conductual al

mismo tipo de población pero de forma individual (Labrador, Fernández-Velasco & Rincón, 2006).

Violencia sexual en la pareja: Un caso de trastorno por estrés postraumático agudo

Psicóloga Judith Márquez Contró

CENTRO: Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler”

División de Ginecología y Obstetricia

Estudio de caso de una mujer de 29 años de edad, casada, con 16 semanas de gestación, referida de un Centro de Salud por violencia familiar y con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático agudo. Se dio un tratamiento cognitivo conductual de 13 sesiones que incluyó consejería en violencia, psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, exposición en escritura y en vivo, ensayos conductuales, auto instrucciones y reestructuración cognitiva, con seguimiento a los 3 meses. La paciente mostró adherencia terapéutica y refirió mejorías en su estado de ánimo, en la relación con sus padres, realizó conductas para mejorar su seguridad personal y su independencia económica, enfrentó con éxito dos reencuentros físicos con su pareja y, utilizó estrategias para controlar la ansiedad durante su segunda cesárea. El tratamiento quedó inconcluso por lo avanzado del embarazo, pero la paciente mostró cambios clínicamente significativos.

Identificación del paciente:

Paciente del sexo femenino, de 29 años de edad, originaria del Distrito Federal y residente del Estado de México, ocupa la posición 1/3 en su familia, con 11 años de escolaridad que incluyen estudios de secretariado, 2 años de casada, dedicada al hogar, católica y con un hijo de 1 año 6 meses. Antecedentes ginecobstétricos: gesta 2 cesárea 1, actualmente con 16 semanas de gestación, refiere ser un embarazo deseado pero no planeado, ha usado el condón como método anticonceptivo durante los últimos 12 meses, detección de cáncer de mama negativo y detección de cáncer cérvico uterino, en espera de resultados.

Análisis del motivo de la consulta:

La paciente acude al consultorio 10 Mujer y Salud del Hospital General de Atizapán, el 5 de Octubre del 2006, enviada del Centro de Salud San Javier por violencia familiar. Se presenta refiriendo haber vivido una relación sexual a la fuerza y bajo amenaza por parte de su esposo el mes anterior. Comenta sentirse muy nerviosa, deprimida y con mucho miedo.

El problema se caracteriza por lo siguiente:

- Nivel fisiológico: Insomnio, taquicardia, tensión muscular, dolor de cabeza y de estómago, sensación de falta de aire e inquietud, cansancio.
- Nivel emocional: Miedo intenso, nerviosismo, coraje, depresión y tristeza.
- Nivel cognitivo: Recuerdos recurrentes del evento, pesadillas, pensamientos disfuncionales sobre la desconfianza, la inseguridad, la culpa y la suciedad, la distracción y disminución de la memoria a corto plazo.
- Nivel conductual: Disminución en la ejecución de actividades placenteras, llanto, aislamiento social y evitación de situaciones, lugares, personas y objetos que le recuerdan el evento, salir a la calle todo el tiempo acompañada.

A partir de la entrevista clínica, de los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas y con base en los criterios del DSM IV se deduce que la paciente presenta trastorno de estrés postraumático agudo.

Historia del problema:

El origen del problema se sitúa desde el noviazgo, donde el esposo mostraba conductas características de violencia psicológica, por ejemplo: insultos, celos, acusaciones de infidelidad, difamaciones, esculcar objetos personales, comentarios acerca de que ella le pertenecía y amenazas de golpear a sus amigos. En ese entonces la paciente no lo identificaba como un problema. Durante su matrimonio también mostraba molestia porque ella visitara a sus padres, dudas sobre su paternidad y violencia económica. A los 7 meses de su primer embarazo la abandonó, y permanecieron separados por un año 3 meses aproximadamente, regresaron en mayo del 2006 a petición de él y vivían en casa de los padres de la paciente. La situación se volvió disfuncional en agosto del 2006, cuando su pareja la agredió sexualmente, empleando la fuerza física. La paciente reaccionó con mucho miedo y le pidió que dejara su casa.

El único antecedente familiar de importancia es la presencia de problemas de alcoholismo por parte de su padre desde que ella tenía 10 y hasta los 17 años de edad.

Análisis y descripción de las conductas problema:

1.- Disminuir la respuesta de ansiedad intensa y sostenida ante estímulos asociados con el suceso de violencia, la mayor parte del día, casi toda la semana.

- 2.- Disminuir el miedo intenso ante la presencia de estímulos asociados al evento.
- 3.- Disminuir la evitación de situaciones que le recuerdan dicha experiencia.
- 4.- Eliminar la presencia de ideas irracionales asociadas al evento de violencia sexual.

Establecimiento de las metas del tratamiento:

En la tercera sesión de tratamiento se abordaron las expectativas de la paciente sobre el tratamiento psicológico y se acordaron, junto con ella, las siguientes metas terapéuticas:

- Área personal: Acercarse más a Dios, incluyendo la reinserción en actividades religiosas.
- Área interpersonal: Iniciar demanda de divorcio por violencia sexual.
- Área laboral: Tener ingresos económicos por sí misma, atendiendo un puesto de dulces.
- Área social: Establecer contacto con sus amigos y brindar apoyo material y social a sus papás, en gratitud por la ayuda que le han brindado.

Estudio de los objetivos terapéuticos:

Las conductas objeto de tratamiento son:

- a) El control de la respiración diafragmática ante la activación fisiológica de la ansiedad: manos sudorosas, taquicardia, insomnio, tensión muscular, inquietud...
- b) Los pensamientos de culpa, indefensión, suciedad, desconfianza hacia las personas e inseguridad.
- c) Recuerdos del evento de violencia sexual.
- d) Identificación de las situaciones que favorecen la respuesta de ansiedad.
- e) Conductas para incrementar su seguridad personal: cambiar número de teléfono, salir acompañada de otro adulto cuando sale con su hijo pequeño, cambiar chapa de puerta, fotocopiar y salvaguardar papeles importantes, iniciar demanda de divorcio.
- f) Comunicación asertiva frente a su ex pareja.

Selección del tratamiento más adecuado:

El tratamiento se diseñó con base en las propuestas de Astin y Resick (1998) y Rincón (2003). Los primeros autores hacen una descripción pormenorizada de la intervención cognitivo conductual para personas con diagnóstico de TEPT por violencia sexual, mientras que la

segunda detalla los componentes de una intervención para mujeres víctimas de violencia familiar y que también presentan el trastorno. De tal forma, que ambas propuestas son las que más se adaptan al presente caso, además de que en ambas se trabaja con las tres dimensiones del comportamiento: cognitivo, emocional y conductual.

Los programas revisados combinan técnicas cognitivas y conductuales. Las estrategias cognitivas se centran en identificar, debatir y sustituir pensamientos disfuncionales asociados a la culpa, la desesperanza, la seguridad y la confianza. Así mismo, utilizan la escritura y la imaginación para promover el procesamiento y la asimilación de la experiencia. Éstas últimas también forman parte de la técnica conductual conocida como exposición, la que postula que a través de la evocación repetida y detallada del evento traumático es posible disminuir la conducta de evitación, la sensación de miedo y la activación fisiológica características del trastorno, lo cual se explica por los principios de habituación, extinción del reforzamiento negativo y el procesamiento de la información. Además, también proponen el uso de la respiración diafragmática para controlar la respuesta fisiológica de la ansiedad y los ensayos conductuales para moldear el repertorio conductual dirigido a eliminar el comportamiento de evitación y solucionar los problemas directamente.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación:

- La Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT creada por Echeburúa *et al.* 1997 (cit. en Rincón, 2003) es una entrevista estructurada que se utiliza para medir la incidencia y severidad de los síntomas del TEPT con base en el DSM IV. La puntuación global va de 0 a 51; para un diagnóstico de TEPT se deben cubrir los siguientes puntajes de corte por sub escala: reexperimentación 5, evitación 6 y activación 4, siendo 15 el puntaje de corte para toda la escala. La prueba presenta un índice de confiabilidad interna α de Cronbach= 0.92, y ha sido validada en población española con una validez convergente con el DSM IV de $r= 0.82$, $p= <.001$.

El puntaje global de la paciente en la presente escala fue de 21, sub escala reexperimentación seis, evitación ocho y aumento de la activación siete, con lo que se cubren los criterios de trastorno de estrés postraumático agudo (1-3 meses).

- La escala de inadaptación evalúa en qué medida el problema de la persona afecta diferentes áreas de su vida. Está compuesta de seis ítems, con un rango de puntuación de 0 a 30, a mayor puntaje, mayor inadaptación, el punto de corte de toda la escala es 12 y de cada sub escala dos. Muestra una consistencia interna α de Cronbach= 0.94 (Rincón, 2003).

En esta escala, la paciente obtuvo 6 puntos globales, mostrando afectación únicamente en el área de relación de pareja (cuatro) y vida familiar (dos).

- La escala de autoestima de Rosenberg (1965, cit. en Rincón, 2003) estima el nivel de satisfacción de la persona consigo misma empleando 10 ítems, el puntaje total va de 10 a 40. A mayor puntaje mayor autoestima y el punto de corte es 29. La escala muestra confiabilidad teste-retest de 0.85 con estudiantes universitarios y validez convergente de 0.67 con el Kelly Repertory Test.

El nivel de autoestima de la paciente es alto, considerando que obtuvo un puntaje de 37 en dicha escala.

- El Inventario de depresión de Beck, instrumento autoaplicable diseñado para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas, está estandarizado para residentes de la Ciudad de México. Compuesto de 21 reactivos, cuenta con una confiabilidad por consistencia interna α de Cronbach= 0.87 $p < .000$ y una validez concurrente con la escala de Zung $r = 0.65, 0.70, p < .000$ (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).

En este inventario, la paciente tuvo un puntaje de 5 que equivale a un nivel de depresión mínimo.

- El Inventario de ansiedad de Beck, también estandarizado para población mexicana, es un instrumento autoaplicable para medir la severidad de la sintomatología ansiosa de una persona, consta de 21 reactivos, con una consistencia interna α de Cronbach= 0.83 y validez convergente con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado $r = .60, p < .05$ (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

La paciente tuvo un puntaje de 10, que se traduce en un nivel de ansiedad leve.

Aplicación del tratamiento:

En total se llevaron a cabo 14 sesiones de terapia, con una duración de 60 minutos cada una, las primeras 13 sesiones de tratamiento fueron semanales, aunque dos fueron quincenales por falta de disponibilidad de tiempo de la paciente, y la última sesión fue de seguimiento a los 2 meses. Aunque se planeó una secuencia para la aplicación de las técnicas de intervención, las cuales incluyeron elementos de la técnica de inoculación de estrés, de la exposición prolongada y del procesamiento cognitivo, las sesiones fueron flexibles en el sentido de dar prioridad y abordar las necesidades específicas o problemáticas particulares experimentadas por la paciente durante el tiempo transcurrido entre una y otra sesión.

A continuación se presentan los objetivos y técnicas empleadas en cada una de las sesiones de tratamiento:

Sesión	Objetivo	Técnicas empleadas
1	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el riesgo.• Brindar primeros auxilios psicológicos.• Establecer el encuadre terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Consejería
2	<ul style="list-style-type: none">• Recolectar información del problema.• Diseñar el plan de seguridad personal.• Diagnosticar trastorno psicológico.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Consejería• Aplicación de pruebas psicológicas para evaluar TEPT y ansiedad
3	<ul style="list-style-type: none">• Recolectar información del problema.• Explorar sentimientos y aceptación/rechazo del embarazo actual.• Diagnosticar trastorno psicológico.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Aplicación de pruebas psicológicas para evaluar autoestima, depresión y áreas de la vida afectadas
4	<ul style="list-style-type: none">• Establecer las metas del tratamiento.• Brindar información sobre la naturaleza de la violencia y sus consecuencias, así como de la lógica del tratamiento.• Redactar por escrito el evento de violencia sexual vivido en casa.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Psicoeducación• Exposición por medio de la escritura• Tareas para casa
5	<ul style="list-style-type: none">• Revisar tareas.• Entrenar una estrategia para el control de la ansiedad, particularmente para el canal fisiológico.	<ul style="list-style-type: none">• Entrenamiento en respiración diafragmática• Tareas para casa
6	<ul style="list-style-type: none">• Practicar la respiración diafragmática en sesión y como tarea para casa.	<ul style="list-style-type: none">• Moldeamiento y reforzamiento

	<ul style="list-style-type: none"> • Leer el evento de violencia redactado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición en imaginaria. • Tareas para casa
7	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayar estrategias de afrontamiento conductuales dirigidas a controlar la respuesta de ansiedad y disminuir la evitación. • Identificar y jerarquizar 20 situaciones de ansiedad como tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición en imaginaria • Inoculación de estrés: ensayo conductual y jerarquización de situaciones de ansiedad • Tareas para casa
8	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayar estrategias de afrontamiento conductuales para controlar la respuesta de ansiedad ante una próxima exposición in vivo. • Afrontar en casa las 3 situaciones de ansiedad menos amenazantes empleando la respiración diafragmática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición en imaginaria • Inoculación de estrés • Tareas para casa
9	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar tareas. • Escuchar activamente y retroalimentar acerca de las estrategias de afrontamiento empleadas en la exposición in vivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inoculación de estrés • Exposición en vivo
10	<ul style="list-style-type: none"> • Debatar ideas irracionales y crear pensamientos alternativos sobre la confianza y la seguridad asociadas al evento de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva
11	<ul style="list-style-type: none"> • Debatar y sustituir ideas irracionales sobre el daño, el peligro y la incertidumbre asociadas al evento de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva
12	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información sobre el trabajo de parto, las rutinas hospitalarias y estrategias de afrontamiento para manejar el dolor y la ansiedad ante el mismo. • Tareas para casa: Practicar respiración, generar frases para regular el estado de ánimo durante el trabajo de parto y realizar los preparativos para la llegada al hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Respiración diafragmática • Auto instrucciones
13	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar tareas sobre estrategias para afrontar el parto. • Brindar información sobre el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Reforzamiento
14	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los 3 meses 	

Evaluación de la eficacia del tratamiento:

A continuación se presentan los cambios observados y referidos por la paciente en las diferentes dimensiones:

a) Emocional: La paciente refirió sentirse tranquila la mayor parte del tiempo, aunque por momentos se sentía nerviosa y preocupada por la inminente cesárea. Disminuyó la sensación de miedo, la tensión muscular y el cansancio. Desapareció el insomnio y el dolor de cabeza. Disminuyó la sudoración en manos y la taquicardia. Durante el transcurso de las sesiones se observaba cada vez más relajada.

b) Cognitivo: Desaparecieron las pesadillas y, creó pensamientos alternativos a las cogniciones: “no se puede confiar en las personas”, “tengo que estar alerta todo el tiempo”, “el mundo es un lugar peligroso”, “las personas no son lo que parecen”, “no quiero ver al padre de mis hijos nunca más”, “estoy sucia”, “le voy a mandar pegar para que sienta lo que yo sentí”.

c) Conductual: Mostró adherencia terapéutica al acudir a todas las sesiones de tratamiento y al realizar las tareas para casa. Realizó conductas para aumentar su seguridad: cambiar cerradura de casa, denunciar, cambiar número telefónico, sacar copias de papeles importantes, observar si su ex pareja la vigilaba o la seguía en la calle. Disminuyó el llanto. Empezó a salir a caminar a la calle sola, estableció contacto telefónico con un amigo, continuó atendiendo su puesto de dulces, aprendió y practicó la respiración diafragmática ante la activación fisiológica de la ansiedad en diferentes circunstancias, inició la demanda de divorcio, enfrentó a su ex pareja para entregarle el citatorio del DIF y frente al juez, recordó el evento de violencia en terapia y frente a otras personas (abogado y juez).

Los avances obtenidos a lo largo del tratamiento se pueden explicar por varios factores. En primer lugar, al informar acerca de la naturaleza de la violencia y las reacciones naturales de la misma, se pudo favorecer una sensación de alivio y comprensión en la paciente. La exposición en imaginación pudo facilitar el desahogo emocional, disminuir el miedo por habituación, romper el reforzamiento negativo del comportamiento de evitación y facilitar la asimilación de la experiencia de violencia. La práctica de la respiración diafragmática pudo disminuir el nivel de ansiedad en el ámbito fisiológico y promover una percepción de autoeficacia. Debatir pensamientos negativos asociados al evento pudo favorecer la disminución del miedo y la ansiedad e incrementar la seguridad en ella misma. Y, finalmente, la oportunidad de exponerse

a situaciones en vivo que ella temía, las cuales no fueron planeadas *per se* durante el tratamiento, sino que se presentaron como resultado de su decisión de emprender una demanda de divorcio, pudieron incrementar los efectos de las otras técnicas sobre los niveles de ansiedad, miedo, evitación y autoeficacia.

Seguimiento:

La paciente refería sentirse tranquila, contenta y segura, lo cual muy probablemente puede deberse a que no tuvo complicaciones por la cesárea y a que su hija nació sana, ya que la posibilidad de presentar dehiscencia de herida quirúrgica era uno de sus principales miedos desde el inicio de su embarazo.

Por otro lado, comentó ya no tener pesadillas ni preocupación de que su esposo le quitara a sus hijos, aunque se sentía preocupada por la posibilidad de que su ex pareja no firmara el divorcio y tuviera que verlo de nuevo o contar su experiencia una vez más. La sensación de preocupación y muy probablemente de miedo pudiera deberse al comportamiento agresivo y renuente que su ex pareja mostró en las últimas veces que lo vio físicamente y porque él constituía una amenaza en sí mismo a su seguridad personal y familiar. Así mismo, debido a que el tratamiento quedó inconcluso, la sensación de miedo pudo haber permanecido, aunque en mucha menor intensidad. Por ello, la recomendación sería, para futuros casos, dedicar más sesiones a la exposición en imaginación a través de la escritura para fomentar el desahogo emocional y la asimilación del evento traumático como una experiencia más de la vida.

Finalmente, la paciente refirió seguir trabajando en el comercio informal y tener planeado buscar un empleo remunerado el siguiente mes, después de acudir a su consulta ginecológica.

Observaciones:

El tratamiento quedó inconcluso debido a que la paciente se sentía incómoda de acudir a las sesiones a partir de la 35^a semana de gestación, es decir, después de la sesión 13. De hecho, su bebé nació entre la semana 38 y 39. Así mismo, no se pudo retomar el tratamiento una vez que tuvo a su bebé por el tiempo de recuperación de la cesárea y porque iba a empezar a trabajar. De ahí que sólo se pudiera hacer una sesión de seguimiento a los 45 días del nacimiento de su hija.

Referencias

- Ahern, D. (1999). *Manejo del dolor crónico*. Massachusetts General Hospital y Harvard Medical School. Resumen en castellano: Juan José Sánchez Sosa.
- Alehagen, S., Wijma, K., Lundberg, U., Melin, B. & Wijma, B. (2001). Catecholamine and cortisol reaction to childbirth. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), pp. 50–65.
- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U. & Wijma, K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26 (3), pp. 153-165.
- Alehagen, S., Wijma, K. & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, pp. 315-320.
- Alehagen, S., Wijma, B. & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, pp. 56-62.
- Alvarado, D. A. (2002). Anticoncepción en México. *Ginecología y Obstetricia de México*, 70 (5), pp. 227-235.
- Alvarado, K. C. (2005). Concepciones acerca de la maternidad en la educación formal y no formal. *Actualidades Investigativas en Educación*, 5 (1), pp. 1-27.
- Andersson, L., Sundström, I. P., Wulff, M., Aström, M. & Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 104, (3), pp. 467-476.
- Astin, M. C. & Resick, P. A. (1998). Cognitive-behavioral treatment of posttraumatic stress disorder. En: V. E. Caballo (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioral treatment for psychological disorders* (pp. 161-194). Netherlands: Elsevier Science.
- Austin, M. P., Tully, L. & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101, pp. 169–174.
- Ayers, S. & Pickering, A. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*, 20 (1), pp. 79-92.
- Bailham, D., Slade, P. & Joseph, S. (2004). Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (3), pp. 157-165.

- Baron, R. S., Cusumano, M. A., Evans, D. C., Hodne, C. J. & Logan, H. (2004). The effect of desired control and anticipated control on the stress of childbirth. *Basic and Applied Social Psychology, 26* (4), pp. 249–261.
- Bastani, F., Hidarnia, A., Montgomery K. S., Aguilar-Vafaei, M. E. & Kazemnejad, A. (2006). Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? : A randomized controlled trial. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 20* (2), pp. 138-146.
- Beck, N. C., Geden, E. A. & Brouder, G. T. (1979). Preparation for labor: a historical perspective. *Psychosomatic Medicine, 41* (3), pp. 23-258.
- Benito, E. G. & Rocha M. O. (2005). Técnicas de empuje durante la segunda fase del parto. *Biociencias. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, 3*, pp. 3-14.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. Boston: G. K. Hall.
- Bergant, A. M., Heim, K., Ulmer, H. & Illmensee, K. (1999). Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research, 46* (4), pp. 391–394.
- Bewley, S. & Cockburn, J. (2002). Responding to fear of childbirth. *The Lancet, 359*, pp. 2128-2129.
- Bing, E. D. (1998). *Ejercicios para un parto fácil: las seis lecciones prácticas del método Lamaze*. Barcelona: RBA.
- Black-Olien, P. (1993). The effects of prenatal programs on postpartum emotional well-being. *Social Behavior and Personality, 21* (3), pp. 169-174.
- Boden, J. M., Fergusson, D.M. & Horwood, J. L. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49* (2), pp. 151-160.
- Bryant, J., Porter, M., Tracy, S.K. & Sullivan, E. A. (2007). Caesarean birth: Consumption, safety, order, and good mothering. *Social Science & Medicine, 65*, pp. 1192–1201.
- Bussche, E., Crombez, G. Eccleston, Ch. & Sullivan, M. (2007). Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain, 11*, pp. 275-282.

- Caton, D., Corry, M., Frigoletto, F., Hopkins, D., Lieberman, E., Mayberry, L., Rooks, J., Rosenfield, A., Sakala, C., Simkin, P. & Young, D. (2002). The nature and management of labor pain: Executive summary. *Supplement to American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), pp. S1-S15.
- Caton, D., Frölich, M. & Euliano, T. (2002). Anesthesia for childbirth: Controversy and change. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, pp. S25-S30.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. SSA. (2004). *Modelo integrado para la prevención y atención a la violencia familiar y sexual. Manual operativo*. México, D. F.: SSA.
- Cervantes, E. B. (2004). *Evaluación de calidad de la atención, seguimiento de la NOM-007SSA2-1993 y satisfacción del usuario en el servicio de ginecoobstetricia, Hospital General de Naucalpan Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda (I.S.E.M.)*. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, estado de México.
- Chang, M., Chen, Ch. & Huang, K. (2006). A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Nursing Research*, 14 (3), pp. 190-197.
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (2), pp. 167-180.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7 (26) [en red]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/26>. Visitado el 2 de Junio 2009.
- Cigoli, V., Gilli, G. & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), pp. 91-97.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2000). *Indicadores de Salud Reproductiva de la República Mexicana* [en red]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=238. Visitado el 29 de Abril del 2009.

- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2005). Síntesis de resultados. Estados Unidos Mexicanos. *II Censo de Población y Vivienda 2005* [en red]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10215>. Visitado el 3 de febrero del 2009.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO], Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], Secretaría de Salud [SSA] e Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2008). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 [ENADID 2006]* [en red]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid/tabulados/Tabulados.pdf>. Visitado el 27 de Abril del 2009.
- Crombeza, G., Ecclestonb, Ch., Baeyensa, F. & Eelena, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75, pp. 187-198.
- Crombeza, G., Van Dammea, S. y Ecclestonb, Ch. (2005). Hypervigilance to pain: An experimental and clinical analysis. *Pain*, 116, pp. 4-7.
- Dannenbring, D., Stevens, M., & House, A. (1997). Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction. *Journal of Behavioral Medicine*, 20 (2), pp. 127-142.
- Díaz-Guerrero, R. & Díaz-Loving, R. (2001). El origen psicológico de los valores. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 17 (2), pp. 91-99.
- Dirección General de Salud Reproductiva (2001). *Manual de atención. Embarazo saludable. Parto y puerperio seguros. Recién nacido sano*. México, D.F.: Secretaría de Salud
- Douma, S. L., Husband, C., O'Donnell, M. E., Barwin, B.N. & Woodend, A.K. (2005). Estrogen-related mood disorders. Reproductive life cycle factors. *Advances in Nursing Science*, 28 (4), pp. 364-375.
- Drummond, J. & Rickwood, D. (1997). Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing*, 26, pp. 613-622.
- Eberhard, J., Stein, S. y Geissbuehler. V. (2005). Experience of pain and analgesia with water and land births. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26 (2), pp. 127-133.
- Eckert, K., Turnbull, D. & MacLennan, A. (2001). Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 28 (2), pp. 84-93.

- Edin, K., & Kefalas, M. (2005). *Promises I can keep. Why poor women put motherhood before marriage*. Los Angeles: University of California Press.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, pp. 413–431.
- Escott, D., Slade, P., Spiby, H. & Fraser, R B. (2005). Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery*, 21 (3), pp. 278-291.
- Escott, D., Spiby, H., Slade, P. & Fraser, R. B. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*, 20 (2), pp. 144-156.
- Fabian, H. M., Radestad, I. J. & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, pp. 436-443.
- Fisher, C., Hauck, Y. & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63, pp. 64–75.
- Fontaine, P., King, V., Klein, M. & Ratcliffe, S. (2003). The nature and management of labor pain: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 68 (6), pp. 1108-1112.
- Fowles, E. R. (1998). Labor concerns of women two months after delivery. *Birth*, 25 (4), pp. 235-240.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Giménez Villarejo, M. (2004). Acculturation, ethnic identity and attitudes toward motherhood in Hispanic women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65-5-B, 2692.
- Goodman, P., Mackey, M. & Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), pp. 212-219.
- Green, J. & Baston, H. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30 (4), pp. 235-247.
- Gross, R. (2004). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta* (3ª ed.). México, D.F.: Manual Moderno.

- Guendelman, S., Malin, C., Herr-Harthorn, B. & Vargas, P. (2001). Orientations to motherhood and male partner support among women in Mexico and Mexican-origin women in the United States. *Social Science & Medicine*, 52, pp. 1805-1813.
- Hahnlen, N. C., Rosado, M. S, Capozzi, K. A., & Hamon, R. R. (1997, Noviembre 9). Mothering in the Bahamas: A student ethnography. Documento presentado en *the 59th Annual National Council on Family Relations Conference*, Arlington, VA.
- Hanna, B. (2001a). Adolescent parenthood: a costly mistake or a search for love? *Reproductive Health Matters*, 9 (17), pp. 101-107.
- Hanna, B. (2001b). Negotiating motherhood: the struggles of teenage mothers. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (4), pp. 456-464.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A. & Tarrrier, N. (2003). Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, pp. 501-522.
- Heinze, S. & Sleigh, M. (2003). Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21 (4), pp. 323-333.
- Hernández, F. R. & Osorio, L. O. (1999). *Concepto de maternidad y expectativas de vida en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas y adolescentes con hijos de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), pp. S160-S172.
- Hotelling, B. A. (2005). Promoting wellness in Lamaze classes. *Journal of Perinatal Education*, 14 (3), pp. 45-50.
- Hurtado, F., Donat, F., Escritá, P., Poveda, C., & Ull, N. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, pp. 32-45.
- Indurain, J. P. (Ed.) (1999). *Gran Vox: diccionario de términos de psicología* (2ª ed.). Barcelona: Biliograf.

- Información, Planeación, Programación y Evaluación. Departamento de estadística. (2007). *Morbilidad hospitalaria. Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)*. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/saeh/morbhospesaeh2006.pdf>. Visitado el 28 de Febrero del 2009.
- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) (2009). *Hospital General de Atizapan Dr. Salvador Gonzalez Herrejon "Dailmer-Chrysler"*. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/>. Visitado el 28 de Febrero del 2009.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES] y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM) (2004). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003 (ENDIREH)*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), Dirección General de Estadística. (Junio 2007). *ENDIREH 2006. Presentación en power point*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=11220&pred=1&s=est>. Visitado el 28 de Septiembre el 2009
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2008). *Morbilidad hospitalaria causas - 1998-2006 – nacional; Morbilidad hospitalaria - causas - género - 2001-2006 - entidad federativa [en red]*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=6995&e=&i=> Visitado el 22 de Febrero del 2009.
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y Secretaría de Salud [SSA] (2003). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 ENVIM*. Cuernavaca: INSP.
- Johnson, R. C. & Slade, P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: Is there a relationship? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, pp. 1-14.
- Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, pp. 47-55.

- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* V, 21 (3), pp. 26-31.
- Kao, B., Gau, M., Wu, S., Kuo, B. & Lee, T. (2004). A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. *Journal of Nursing Research*, 12 (3), pp. 191-201.
- Kendall, C., Afable-Munsuz, A., Speizer, I., Avery, A., Schmidt, N. & Santelli, J. (2005). Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans-results of qualitative research. *Social Science & Medicine*, 60, pp. 297-311.
- Klein, S. D. (1979). Treatment of Women in Childbirth: Implications for Family Beginnings. *American Journal of Public Health*, 69 (9), pp. 895-901.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R. & Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), pp. 527-547.
- Landon, M.B. (2007). Cesarean delivery. En: S. G. Gabbe, J. R. Niebyl & J. L. Simpson (eds.), *Obstetrics: normal and problem Ppregnancies* (5th ed). New York: Churchill Livingstone.
- Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S. & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10, pp. 263-270.
- Lara, J. O., Santibáñez, A. M. & Unda, M. F. (2003). Atención del parto normal. En: R. A. Ahued, C. C. Fernández y R. U. Bailon (Eds.), *Ginecología y obstetricia aplicadas* (2ª ed.) (pp. 259-269). México, D.F.: Manual Moderno.
- Larsen, E.E., O'Hara, M.W., Brewer, K.K. & Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (3), pp. 203-214.
- Latorre, J. P. (1994). Aspectos psicológicos del dolor. En: J. P. Latorre y P. M. Beneit (Eds.), *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud* (pp. 115-141). Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México, D.F.: Roca.

- Leighton, B. & Halpern, S. (2002). The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5), pp. S69-S77.
- Lowe, N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), pp. S16-S24.
- Maclean, L. I., McDermott, M. R. & May, C. P. (2000). Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (2), pp. 153-162.
- Maggioni, C., Margola, D. & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), pp. 81-90.
- Mansfield, B. (2008). The social nature of natural childbirth. *Social Science & Medicine*, 68, pp. 1084-1094.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad* (3a ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- McCrea, H., Wright, M. & Stringer, M. (2000). The development of a scale to assess control in pain management during labour. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (2), pp. 105-115.
- McDonald, P.K., Bradley, L.M. & Guthrie, D. (2005). Good mothers, bad mothers: Exploring the relationship between attitudes towards nonmaternal childcare and mother's labour force participation. *Journal of Family Studies*, 11 (1), pp. 62-68.
- McGuigan, F. (1997). *Experimental Psychology: methods of Research* (7ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Melender, HL. (2002a). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29 (2), pp. 101-111.
- Melender, HL. (2002b). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47 (4), pp. 256-263.

- Melender, HL. & Lauri, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice*, 8, pp. 289-296.
- Michaels, G. Y. (1988). Motivational factors in the decision and timing of pregnancy. En: G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Molina, M. (2006). Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé*, 15 (2), pp. 93-103.
- Myors, K., Johnson, M. & Langdon, R. (2001). Coping styles of pregnant adolescents. *Public Health Nursing*, 18 (1), pp. 24-32.
- National Health Services [NHS]. (Última revisión: 04 Junio 2009). Antenatal clases [en red]. Disponible en: <http://www.nhs.uk/Planners/pregnancyplanner/pages/Antenatalclasses.aspx>. Visitado el 27 de Julio de 2009.
- Navarro-Pertusa, E., Barberá, E. H. & Reig, A. F. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15 (3), pp. 395-400.
- Niven, C. A. & Gijsbers, K. (1996). Coping with labor pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11 (2), pp. 116-125.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*.
- Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, *Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*.
- Olde, E., Hart, O., Kleber, R. & Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, pp. 1–16.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1996). 49a Asamblea Mundial de la Salud WHA49.25 *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf. Visitado el 22 de Octubre del 2009.

- Otterblad, P. O., Haglund, B., Ringbäck, G. W. & Cnattingius, S. (2001). Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: A case study in Sweden. *Family Planning Perspectives*, 33 (2), pp. 70-74.
- Pan American Health Organization [PAHO], World Health Organization [WHO] & World Association of Sexology [WAS] (2000). *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*. Antigua Guatemala, Guatemala [en red]. Disponible en: <http://www.paho.org/English/HCP/HCA/PromotionSexualHealth.pdf>. Visitado el 27 de Abril del 2009.
- Papalia, D. E., Wendkos, S. O. & Duskin, R. F. (2005). *Desarrollo humano* (9ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Payne, R. A. (1996). *Técnicas de relajación: guía práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- Pico-Alfonso, M. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 29, pp. 181-193.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R-L., Repokari, L., Vilska, S., Tiitinen, A. & Tulppala, M. (2006). Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstetrics & Gynecology*, 108 (1), pp. 70-76.
- Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gray, S. & Strickland, O. L. (1998). First stage labor management: an examination of patterned breathing and fatigue. *Birth*, 25 (4), pp. 241-245.
- Radecki, C. B., Primeau, L. A., Levine, R. E., Olson, G. L., Wu, H. & Berenson, A. B. (2006). Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (3), pp. 157-162.
- Raeff, C. (1996). A cultural analysis of maternal self-conceptions. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, pp. 271-306.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción* (3ª ed.). México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Reyes, I. L. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9 (1), pp. 81-97.

- Rico, B. G. (2001). Participación del sector salud en el combate a la violencia de género: antecedentes y retos para México. *Simposio 2001 Violencia de género, salud y derechos en las Américas*. Cancún, Q.R., México, Junio 4 al 7, 2001.
- Rincón, G. P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), pp. 211-218.
- Rocha-Sánchez, T. & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21 (1), pp. 42-49.
- Rodríguez, J. M. & Zurriga, R., L. (1997). El hospital y la hospitalización: Su impacto psicológico en el paciente. *Estrés, enfermedad y hospitalización* (pp. 85-128). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rowbottom, S. (2007). *Giving girls today & tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*. New York: UNFPA [en red]. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/giving_girls.pdf. Visitado el 15 de Mayo del 2009.
- Rumi, C. C. (2003). Aplicación del método psicoprofiláctico. Educación para la maternidad y paternidad responsables. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 41 (1), pp. 37-40.
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, pp. 201-208.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., Könönen, T. & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 98 (5), pp. 820-826.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K. & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85 (11), pp. 1315-1319.
- Saisto, T., Ylikorkala, O. & Halmesmäki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 94 (5), pp. 679-682.

- Sánchez, S. R., Velasco, L. F., Rodríguez, R. C. & Baranda, J. S. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (6), pp. 540-546.
- Sánchez-Sosa, J. (Febrero 2006). *Principales mecanismos o principios psicológicos*. Notas de clase, Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.
- Santibáñez, A. M. & Santibáñez G. M. (2003). Educación para el embarazo, parto y puerperio. En: R. A. Ahued, C. C. Fernández y R. U. Bailon (Eds.), *Ginecología y obstetricia aplicadas* (2ª ed.) (pp. 189-194). México, D.F.: Manual Moderno.
- Sassaroli, S. y Lorenzini, R. (2000). *Miedos y fobias: causas, características y terapias*. Barcelona: Paidós.
- Scarborough, S. (2003). A new way to present the “fear/tension/pain” cycle of childbirth. *International Journal of Childbirth Education*, 16 (1), pp. 3-5.
- Seaward, B. L. (2002). *Managing stress: principles and strategies for health and well-being* (3ª ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Secretaría de Salud [SSA] (2002). *Usuarios activos de planificación familiar por métodos 2002* [en red]. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/>. Visitado el 20 de Mayo de 2009.
- Secretaría de Salud [SSA] & Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM (2006). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR-2003)* [en red]. Disponible en: http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/ENSAR2003_Tabulados_basicos_nacional_2.pdf. Visitado el 27 de Abril del 2009.
- Seyfried, L. S. & Marcus, S. M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, pp. 231-242.
- Simkin, P. (2000). *Parto y nacimiento: todo lo que usted necesita saber acerca del trabajo de parto*. México, D.F.: Trillas.
- Simkin, P. & O’Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), pp. S131-S159.

- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (2008). *Situación de salud en México. Indicadores básicos. Mortalidad* [en red]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html>. Visitado el 22 de Febrero del 2009.
- Slade, P. (2006). Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (2), pp. 99-105.
- Slade, P., Escott, D., Spiby, H., Henderson, B. & Fraser, R. B. (2000). Antenatal predictors and use of coping strategies in labour. *Psychology and Health*, 15, pp. 555-569.
- Söderquist, J. Wijma, K. & Wijma, B. (2004). Traumatic stress in late pregnancy. *Anxiety Disorders*, 18, pp. 127-142.
- Söderquist, J., Wijma, B. & Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (2), pp. 113-119.
- Soet, J. E., Brack, G. A. & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30 (1), pp. 36-46.
- Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B. & Fraser, R. B. (2003). Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experiences. *Birth*, 30 (3), pp. 189-194.
- Spielberger, Ch. D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Studd, J. & Panay, N. (2004). Hormones and depression in women. *Climacteric*, 7, pp. 338-346.
- Taracena, R. (2003). *Embarazo adolescente. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)* [en red]. Disponible en: <http://www.gire.org.mx/publica2/embarazoact03.pdf>. Visitado el 15 de Mayo del 2009.
- Tarkka, M-T. & Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 23, pp. 70-75.
- Tsigos, C. & Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 865-871.
- Turk, D. C. & Melzack, R. (2001). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. En: D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 3-12). New York: Guilford.

- Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación. Departamento de estadística. (2007). *Morbilidad hospitalaria. Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)* [en red]. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/saeh/morbhospsaeh2006.pdf>. Visitado el 28 de Febrero del 2009.
- United Nations [UN] (2008). *The Millennium Development Goals Report 2008*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs [en red]. Disponible en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_En.pdf#page=27. Visitado el 28 de Abril del 2009.
- Vera, N & Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 161-182). México, D.F.: Siglo XXI.
- Videla, M. (1997). *Maternidad. Mito y realidad* (2a ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), pp. 471–482.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, Ch. & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31 (1), pp. 17-27.
- Waldenström, U. & Irestedt, L. (2006). Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (3), pp. 147–156.
- Walf, A.A. & Frye, Ch.A. (2006). A review and update of mechanisms of estrogen in the hippocampus and amygdala for anxiety and depression behavior. *Neuropsychopharmacology*, 31, pp. 1097-1111.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C. & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety Disorders*, 19, pp. 295-311.
- Wijma, K. (2003). Why focus on 'fear of childbirth'? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24 (3), pp. 141-143.
- Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19 (2), pp. 84-97.

- Woodruff, R. (1998). *Dolor por cáncer*. México: Medigraphic editores.
- World Association of Sexology [WAS] (1997). World Association for Sexology's declaration of sexual rights. Declaración del 13avo. *Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China* [en red]. Disponible en: http://www.worldsexology.org/about_sexualrights_spanish.asp. Visitado el 27 de Abril del 2009.
- World Health Organization [WHO] (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO] (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Francia: WHO.
- World Health Organization [WHO] (May 2-3, 2007). *Expert meeting on the primary prevention of intimate partner violence and sexual violence*. Geneva, Switzerland. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/who_ipv_sv_prevention_meeting_report.pdf
- World Health Organization [WHO], United Nations Children's Fund [UNICEF], United Nations Population Fund [UNFPA] & the World Bank (2007). *Maternal Mortality in 2005*. Geneva: WHO Press [en red]. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf. Visitado el 27 de Abril del 2009.
- Yali, A. M. & Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping, 15* (3), pp. 289-309.
- Zar, M., Wijma, K. & Wijma, B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 30* (2), pp. 75-84.
- Zar, M., Wijma, K. & Wijma, B. (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, pp. 122-130.

Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation. A social cognitive perspective. En: M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.

Zúñiga, E., Zubieta, B. y Araya, C. (2000). *Cuadernos de Salud Reproductiva República Mexicana*. México: CONAPO [en red]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/CuaSalud/pdf/1Republica.pdf>. Visitado el 3 de Febrero del 2009.

Anexo 1: Formato de Redes Semánticas

Consentimiento informado

Fecha _____

El presente estudio tiene como objetivo conocer las creencias de las mujeres sobre algunos temas relacionados con la salud reproductiva.

Este estudio se realiza gracias a la participación de mujeres atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán Dr. Salvador González Herrejón Dailmer-Chrysler, y se está llevando a cabo por profesionales de la salud que laboran en esta institución.

La información recolectada es con fines de investigación y tiene un carácter confidencial.

Usted tiene la libertad de elegir participar o no en este estudio y su decisión no afectará la calidad del servicio que este hospital le brinda.

Firma de consentimiento de la participante

Edad	Años de estudio	Estado civil	MPF
Ocupación	Número de embarazos	Número de hijos vivos	

Instrucciones:

a) A continuación se presentan cinco frases que usted debe definir con la mejor claridad y precisión, usando como **mínimo cinco palabras** sueltas que considere están relacionadas con éstas.

b) Una vez realizada esta tarea, lea sus palabras y asígneles números en función de la relación, importancia o cercanía que considere tienen con la frase, esto es, marque con el número 1 a la palabra más cercana o relacionada con la frase, con el 2 a la que le sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar de ordenar cada una de las palabras producidas. Antes de iniciar la tarea formal, responda el siguiente ejercicio:

Una mujer es

Las ventajas de ser mamá son

Me gustaría ser mamá para

Como madre quiero ser

Espero que mi hijo

Por: C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo.....	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso.....	1	2	3	4
10. Me siento cómodo.....	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo.....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso.....	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

6	0	1	2	3	4	5	
	Muy asustada						Nada asustada
7	0	1	2	3	4	5	
	Muy abandonada						Nada abandonada

II ¿En general, cómo crees que te sentirás durante el trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé?

8	0	1	2	3	4	5	
	Muy débil						Nada débil
9	0	1	2	3	4	5	
	Muy segura						Nada segura
10	0	1	2	3	4	5	
	Muy independiente						Nada independiente
11	0	1	2	3	4	5	
	Muy triste						Nada triste
12	0	1	2	3	4	5	
	Muy tensa						Nada tensa
13	0	1	2	3	4	5	
	Muy contenta						Nada contenta
14	0	1	2	3	4	5	
	Muy orgullosa						Nada orgullosa
15	0	1	2	3	4	5	
	Muy abandonada						Nada abandonada
16	0	1	2	3	4	5	
	Muy						Nada

	calmada		calmada
17	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Muy relajada		Nada relajada
18	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Muy feliz		Nada feliz

III ¿Cómo crees que te sentirás durante el trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé?

19	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Con mucho pánico		Con nada de pánico
20	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Muy desamparada		Nada desamparada
21	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Con muchas ganas de tener al bebé		Con nada de ganas de tener al bebé
22	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Muy segura de mi misma		Nada segura de mi misma
23	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Con mucha confianza		Con nada de confianza
24	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Con mucho dolor		Con nada de dolor

IV ¿Qué crees que pasará cuando las contracciones (o dolores de parto) sean muy intensas?

25	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5		
	Me portaré muy mal (gritaré, me quejaré)		No me portaré muy mal (no gritaré, ni me quejaré)

- 26 0 1 2 3 4 5
 Me dejaré guiar
 totalmente
 por mi cuerpo No me dejaré
 guiar
 por mi cuerpo
- 27 0 1 2 3 4 5
 Perderé totalmente
 el control
 de mi misma No perderé
 el control
 de mi misma

V ¿Cómo imaginas que se sentirá el momento en el que salga tu bebé?

- 28 0 1 2 3 4 5
 Muy
 placentero Nada
 placentero
- 29 0 1 2 3 4 5
 Muy
 natural Nada
 natural
- 30 0 1 2 3 4 5
 Totalmente como
 debería de ser Para nada como
 debería de ser
- 31 0 1 2 3 4 5
 Muy
 peligroso Nada
 peligroso

Por favor comprueba que hayas respondido a todas las preguntas.

**Anexo 4: Cuestionario Wijma sobre las Expectativas y la Experiencia del Parto (W-DEQ)
version B**

© 2001 K. Wijma and B. Wijma

INSTRUCCIONES

Este cuestionario trata sobre los sentimientos y pensamientos que las mujeres pueden tener después de su parto.

Hay seis opciones de respuesta, que van desde el número 0 hasta el número 5. Estas dos opciones (0 y 5) corresponden a los extremos opuestos de cierto sentimiento o pensamiento. Puedes elegir cualquiera de los seis números.

Por favor contesta cada una de las preguntas, encerrando en un círculo el número que más se acerque a **cómo piensas** que fue tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé.

Por favor responde considerando **cómo piensas** que fue tu parto, *no cómo hubieras querido que fuera*.

I ¿En general, cómo fue tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé?

- | | | | | | | | |
|---|---------------------|---|---|---|---|----------------------|--|
| 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <hr/> | | | | | | |
| | Muy
maravilloso | | | | | Nada
maravilloso | |
| 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <hr/> | | | | | | |
| | Muy
atemorizante | | | | | Nada
atemorizante | |

II ¿En general, cómo te sentiste durante tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé?

- | | | | | | | | |
|---|---------------|---|---|---|---|----------------|--|
| 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <hr/> | | | | | | |
| | Muy
sola | | | | | Nada
sola | |
| 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <hr/> | | | | | | |
| | Muy
fuerte | | | | | Nada
fuerte | |
| 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <hr/> | | | | | | |
| | Muy
segura | | | | | Nada
segura | |
| 6 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <hr/> | | | | | | |
| | Muy | | | | | Nada | |

7	asustada	0	1	2	3	4	5	asustada
	Muy abandonada	<hr/>						Nada abandonada
II ¿En general, cómo te sentiste durante tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé?								
8	Muy débil	0	1	2	3	4	5	Nada débil
		<hr/>						
9	Muy segura	0	1	2	3	4	5	Nada segura
		<hr/>						
10	Muy independiente	0	1	2	3	4	5	Nada independiente
		<hr/>						
11	Muy triste	0	1	2	3	4	5	Nada triste
		<hr/>						
12	Muy tensa	0	1	2	3	4	5	Nada tensa
		<hr/>						
13	Muy contenta	0	1	2	3	4	5	Nada contenta
		<hr/>						
14	Muy orgullosa	0	1	2	3	4	5	Nada orgullosa
		<hr/>						
15	Muy abandonada	0	1	2	3	4	5	Nada abandonada
		<hr/>						
16	Muy calmada	0	1	2	3	4	5	Nada calmada
		<hr/>						
17		0	1	2	3	4	5	
		<hr/>						

	Muy relajada	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		Nada relajada
18	Muy feliz			Nada feliz

III ¿Cómo te sentiste durante tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé?

	Con mucho pánico	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		Con nada de pánico
19				
	Muy desamparada	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		Nada desamparada
20				
	Con muchas ganas de tener al bebé	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		Con nada de ganas de tener al bebé
21				
	Muy segura de mi misma	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		Nada segura de mi misma
22				
	Con mucha confianza	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		Con nada de confianza
23				
	Con mucho dolor	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		Con nada de dolor
24				

IV ¿Qué sucedió cuando las contracciones (o dolores de parto) fueron muy intensas?

	Me porté muy mal (grité, me quejé)	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		No me porté muy mal (no grite, ni me quejé)
25				
	Me dejé llevar totalmente	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>		No me dejé llevar
26				

	por mi cuerpo		por mi cuerpo
27	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Perdí totalmente el control de mi misma		No perdí el control de mi misma

V ¿Cómo fue el momento en el que salió tu bebé?

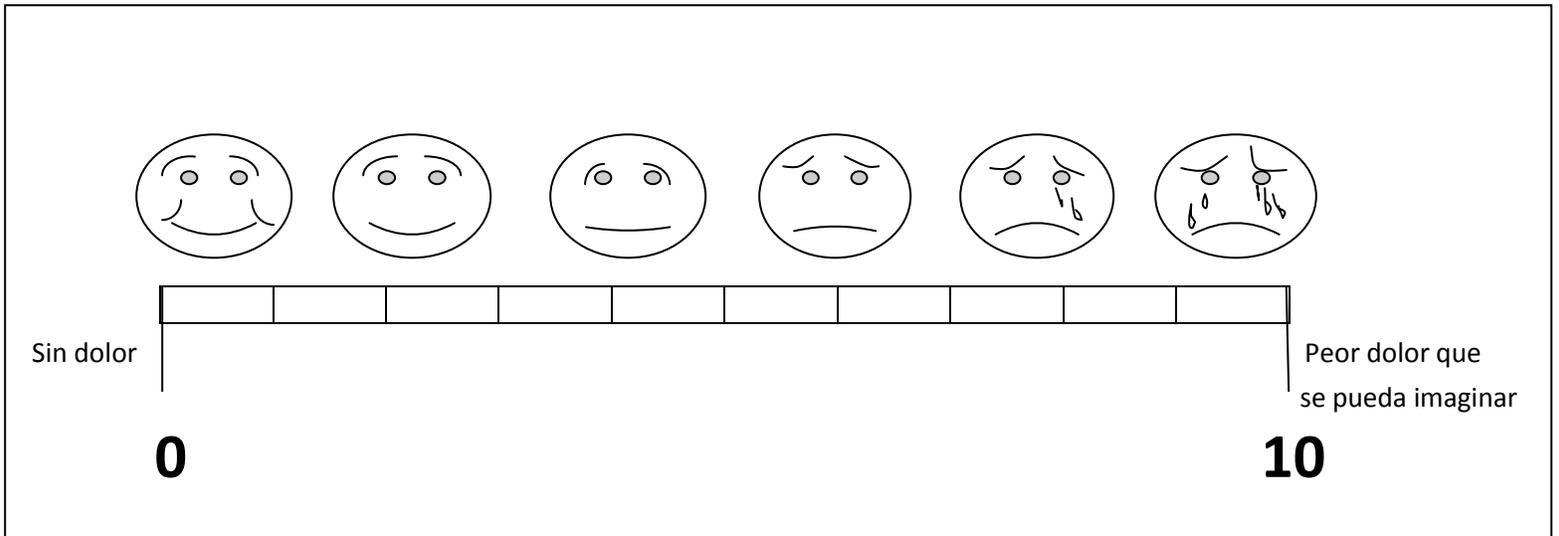
28	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Muy placentero		Nada placentero
29	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Muy natural		Nada natural
30	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Totalmente como debió haber sido		Para nada como debió haber sido
31	<u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Muy peligroso		Nada peligroso

VI Durante tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé pensaste cosas, como por ejemplo.....

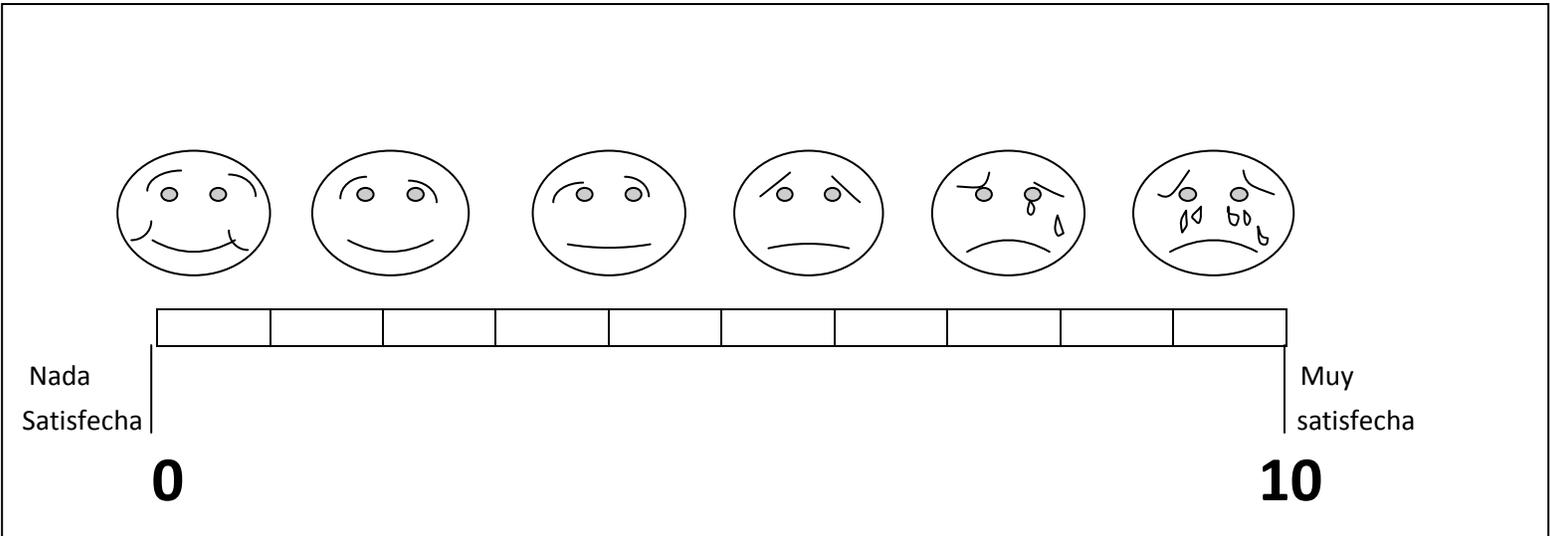
32	...imaginar que tu bebé moriría durante el trabajo de parto o el nacimiento? <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Nunca		Muy seguido
33	...imaginar que tu bebé sería lastimado durante el trabajo de parto o el nacimiento? <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Nunca		Muy seguido

Por favor comprueba que hayas respondido a todas las preguntas.

Anexo 5: Escala visual análoga para intensidad de dolor



Anexo 6: Escala visual análoga para medir satisfacción



Anexo 7: Cuestionario de satisfacción materna con el parto

Nombre _____ Fecha _____

Este cuestionario trata sobre tu experiencia del parto y el nacimiento de tu bebé.

Hay diez opciones de respuesta, que van desde el número 1 hasta el número 10. 1 y 10 corresponden a los extremos opuestos de tu experiencia. Puedes elegir cualquiera de los diez números.

Por favor contesta cada una de las preguntas, encerrando en un círculo el número que más se acerque a cómo **viviste** tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé.

Por favor responde considerando **cómo viviste** tu parto, *no cómo hubieras querido que fuera*.

Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas y que la información es confidencial.

1.- ¿Qué tan satisfecha te sientes con la forma en que enfrentaste tu parto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada en
lo absoluto

Totalmente

2.- ¿Qué tan preparada te sentiste durante tu parto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada en
lo absoluto

Totalmente

3.- ¿Qué tanto te apoyó el personal de salud durante tu parto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada en
lo absoluto

Totalmente

4.- ¿Qué tan controlada te sentiste con respecto a lo que estaba pasando durante tu parto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada en
lo absoluto

Totalmente

5.- ¿Qué tan bien informada estuviste acerca del progreso de tu parto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada en
lo absoluto

Totalmente

6.- ¿Qué tanto tus deseos y opiniones fueron escuchadas por el personal de salud durante tu parto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada en
lo absoluto

Totalmente

7.- En general, ¿piensas que enfrentaste el parto tan bien como otras mujeres lo hubieran hecho en tu situación?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Nada en
lo absoluto**

Totalmente

Anexo 8: Lista de cotejo de habilidades de afrontamiento

Nombre _____ Fecha _____

Habilidad	Sí/ No	Función durante el TDP
Visualización		
Ejercicios Kegel		
Respiración lenta		
Relajación Mitchell		
Posturas para dolor		
Respiración para pujar		
Respiración para no pujar		
Postura pujar		
Otras		

Anexo 9: Formato de autoregistro de ejercicios para casa

Nombre de la paciente _____

Instrucciones: La tabla siguiente muestra los días de diferentes semanas. En cada casilla únicamente registrarás los ejercicios que practicaste ese día, utilizando los símbolos que aparecen al final de la hoja.

Lunes 10 Dic	Martes 11 Dic	Mier 12 Dic	Jue 13 Dic	Vie 14 Dic	Sab 15 Dic	Dom 16 Dic
Lunes 17 Dic	Martes 18 Dic	Mier 19 Dic	Jue 20 Dic	Vie 21 Dic	Sab 22 Dic	Dom 23 Dic
Lunes 24 Dic	Martes 25 Dic	Mier 26 Dic	Jue 27 Dic	Vie 28 Dic	Sab 29 Dic	Dom 30 Dic
Lunes 31 Dic	Martes 1 Ene	Mier 2 Ene	Jue 3 Ene	Vie 4 Ene	Sab 5 Ene	Dom 6 Ene
Lunes 7 Ene	Martes 8 Ene	Mier 9 Ene	Jue 10 Ene	Vie 11 Ene	Sab 12 Ene	Dom 13 Ene
Lunes 14 Ene	Martes 15 Ene	Mier 16 Ene	Jue 17 Ene	Vie 18 Ene	Sab 19 Ene	Dom 20 Ene
Lunes 21 Ene	Martes 22 Ene	Mier 23 Ene	Jue 24 Ene	Vie 25 Ene	Sab 26 Ene	Dom 27 Ene
Lunes 28 Ene	Martes 29 Ene	Mier 30 Ene	Jue 31 Ene	Vie 1 Feb	Sab 2 Feb	Dom 3 Feb

- Ejercicio de imaginación
- Ejercicio de respiración
 - ✓ Ejercicios del piso pélvico
 - Ejercicio de relajación



Disco

Anexo 10: Guión de relajación audio grabado con base en el método Mitchell

La siguiente cinta te permitirá aprender a relajarte.

Escucha atentamente las instrucciones y sólo déjate llevar, no te presiones para alcanzar un estado de relajación, ésta llegará sola.

Sentada, ponte en la posición más cómoda posible, afloja todas aquellas prendas u objetos que te aprieten (pausa). Cierra tus ojos (pausa).

Concéntrate en tu respiración (pausa). Sólo síguela (pausa), no la intentes cambiar (pausa).

Sigue el ritmo natural de tu respiración (pausa). Deja que el aire entre y salga por tu nariz (pausa), suave y lentamente (pausa). Tu cuerpo te dirá cuándo inhalar y cuándo exhala (pausa).

Respirar lento te ayudará a relajarte (pausa). Tan sólo se necesita que el aire circule con mayor lentitud (pausa).

Pon una de tus manos sobre tu pecho y la otra abajo, donde inicia tu vientre. Nota el movimiento que se produce debajo de tus dos manos (pausa). Concentra tu atención en estas áreas.

Déjate llevar por tu respiración suave y lenta (pausa).

Imagina que al exhalar sale toda la tensión y al inhalar te llenas de una sensación de paz y de tranquilidad (pausa).

¡Eso es! (pausa larga).

Ahora realizarás algunos movimientos que te ayudarán a lograr una posición más cómoda o relajada. Sigue mis instrucciones (pausa).

Tira de tus hombros hacia tus pies. Hazlo con suavidad, hasta que ya no puedas bajarlos más (pausa). Siente cómo se agranda el espacio entre tus hombros y tus orejas (pausa). ¡Detente! Nota la sensación de la nueva posición. Tómame todo el tiempo que necesites para registrar esta sensación.

Ahora pon tus codos a los costados y aleja tus brazos de tu cuerpo hasta alcanzar un punto confortable. Deja de moverte. Verifica que tus brazos estén descansando sobre la superficie de apoyo y nota qué sensación te produce tener un espacio entre los brazos y tu cuerpo. Siente esta posición (pausa).

Ahora concéntrate en tus manos (pausa). Extiende y separa tus dedos, al tiempo que las palmas de tus manos permanecen en contacto con el brazo de la silla. Siente cómo tus palmas están extendidas (pausa). ¡Detente! Ahora los dedos se encorvan y caen sobre la superficie con la mano suavemente abierta y las puntas de los dedos tocando la superficie inferior. Nota cómo se sienten tus manos, nota también, sin mover tus dedos, la textura de la superficie debajo de las yemas de éstos. Percibe estas sensaciones (pausa larga).

Ahora mueve tus rodillas separándolas, balancéalas (pausa). ¡Detente! Deja que tus piernas se acomoden y nota las sensaciones provenientes de ellas en esta posición.

Mueve tus rodillas hasta sentir que están en una posición cómoda (pausa). ¡Detente! Registra esta sensación de comodidad (pausa).

Concéntrate en tus pies (pausa). Eleva tus talones manteniendo las puntas en contacto con el piso (pausa). ¡Detente! Nota las sensaciones que te están llegando de tus pies y tobillos (pausa). Disfruta de la sensación de comodidad en tus piernas (pausa larga).

Ahora empuja tu cuerpo contra el respaldo de la silla (pausa). ¡Detente! Siente tu cuerpo tendido sobre la silla. Nota cómo tu peso es sostenido por ella (pausa). Percibe los puntos de contacto entre tu cuerpo y la silla (pausa). Luego empuja tu cabeza contra el respaldo (pausa). ¡Detente! Nota que el respaldo sostiene el peso de tu cabeza (pausa).

Ahora pon atención a tu mandíbula, llévala hacia abajo, deja que tus dientes se separen y que tu mandíbula cuelgue hacia abajo dentro de tu boca (pausa). ¡Detente! Siente la nueva posición (pausa). Nota también cómo se tocan tus labios de forma suave (pausa).

Presiona tu lengua hacia abajo dentro de tu boca, apártala del paladar superior (pausa). ¡Detente! Ahora siente cómo la lengua está suelta detrás de tus dientes. Nota también cómo se afloja tu garganta (pausa larga).

Ahora junta tus cejas, frunce tu frente, aprieta con fuerza tus ojos y encoge tu cuello (pausa). ¡Detente! Hazte consciente de esta nueva sensación de tu frente, cuero cabelludo y cuello (pausa).

Ahora déjate llevar por tu respiración lenta y suave (pausa). Inhala y exhala por tu nariz lentamente (pausa). ¡Eso es! (pausa larga).

Deja que tu mente se traslade a ese lugar especial, que es muy agradable para ti (pausa). Déjate llevar (pausa larga), pon atención a los olores (pausa), los sonidos (pausa), la temperatura (pausa), las texturas (pausa), los colores (pausa), las cosas (pausa), los animales (pausa) o las personas que están ahí (pausa).

Continúa ahí por algunos momentos (pausa larga).

Respira suave y lentamente (pausa larga).

Ahora regresa (pausa), presta atención a lo que sientes en las diferentes partes de tu cuerpo (pausa), percibe los puntos de contacto de éste con la silla y el suelo (pausa).

Voy a finalizar esta sesión (pausa), quiero que gradualmente vuelvas a la actividad normal, pero primero voy a contar desde uno hasta tres para ayudarte a adaptarte (pausa). Cuando llegue a tres quiero que abras los ojos sintiéndote fresca, alerta y preparada para continuar con tu vida (pausa).

Uno (pausa), dos (pausa), tres (pausa). ¡Abre tus ojos! Antes de levantarte haz unos suaves estiramientos con tus brazos y piernas (pausa).

¡Eso es!, hemos terminado.

Anexo 11: Carta descriptiva del programa de preparación para el parto

SESIÓN 1					
Tema	Objetivo del participante	Técnicas	Funciones del facilitador	Materiales	Tiempo
Presentación del programa Reglas de grupo	Conocer el objetivo de la intervención y las reglas de convivencia dentro del grupo.	Exposición	Informar Participar Instigar	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado • Sillas • Gafetes • Plumones • Bola de estambre • Música • Reproductor de CD • Laptop • Proyector • Presentación en Power Point • Hojas de auto registro 	5 min.
Integración grupal	Presentarse y conocer a los integrantes del grupo.	Dinámica “La telaraña ”	Instruir Participar Instigar		30 min.
Desahogo emocional	Expresar de forma verbal y no verbal las emociones asociadas a la futura experiencia del parto.	Relajación por medio de la respiración, visualización, restructuración cognitiva.	Instruir Auspiciar Instigar Retroalimentar Informar		30 min.
RECESO					15 min.
Escena de imaginaria	Imaginar una situación real, o no, incompatible con la experiencia del dolor.	Visualización de Control de estímulos	Instruir Entrenar Auspiciar Instigar Retroalimentar		30 min.
Ejercicios Kegel	Discriminar entre tensión y relajación de los músculos del piso pélvico y conocer la utilidad de los ejercicios Kegel.	Psicoeducación Discriminación de estímulos Ensayo conductual Práctica reforzada	Informar Instruir Entrenar		10 min.

SESIÓN 2					
Tema	Objetivo del participante	Técnicas	Funciones del facilitador	Materiales	Tiempo
Revisión de ejercicios para casa	Mencionar cómo fue el desempeño de los ejercicios en casa, los efectos y las dificultades presentadas.	Retroalimentación Práctica reforzada	Retroalimentar Instigar	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado • Sillas • Presentación en Power Point sobre el sistema reproductor femenino, el proceso del parto y el sistema respiratorio 	10 min.
Fases del parto	1.-Conocer la anatomía y fisiología del sistema reproductor femenino. 2.-Identificar las fases del parto y, los principales síntomas, signos y signos de alarma.	Exposición Psicoeducación	Informar Instigar	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • CD • Hojas de auto registro 	40 min.
RECESO					15 min.
Entrenamiento en respiración	1.-Conocer el efecto de la respiración en el organismo. 2.-Identificar y seguir el ritmo de la respiración nasal, de forma suave, lenta y natural.	Psicoeducación Modelamiento Moldeamiento Discriminación de estímulos Control de estímulos Ensayo conductual Práctica reforzada	Informar Instruir Entrenar Instigar Auspiciar Retroalimentar		35 min.
Respiración + escena de imaginación	Practicar el ejercicio de respiración	Ensayo conductual Práctica reforzada	Instruir Instigar Auspiciar		20 min.

	junto con el de visualización.		Retroalimentar		
--	--------------------------------	--	----------------	--	--

SESIÓN 3					
Tema	Objetivo del participante	Técnicas	Funciones del facilitador	Materiales	Tiempo
Revisión de ejercicios para casa	Mencionar cómo fue el desempeño de los ejercicios en casa, los efectos y las dificultades presentadas.	Retroalimentación Práctica reforzada	Retroalimentar Instigar	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado • Sillas • Hojas de auto registro • Presentación en Power Point • Laptop • Proyector • Instrucciones audiograbadas para la relajación por el método Mitchell 	10 min.
Rutinas hospitalarias	Conocer las principales prácticas para la atención materno-infantil durante el parto.	Psicoeducación	Informar		25 min.
Dolor	Conocer la finalidad y la sensación del dolor de parto. Identificar diferentes técnicas para mitigar el dolor.	Psicoeducación Modelamiento	Informar Modelar Instigar		20 min.
RECESO					15 min.
Qué llevar al hospital	Identificar los artículos personales para ingresar al hospital, las rutas de	Información	Informar Instigar		10 min.

	acceso y llegada, medios de transporte y personas disponibles para el traslado				
Relajación por el método Mitchell	Conocer el propósito y características de la técnica. Discriminar entre la postura de tensión y una postura de relajación por medio de cambios de posición.	Entrenamiento en relajación Modelamiento Moldeamiento Ensayo conductual Práctica reforzada	Informar Instruir Auspiciar Instigar Retroalimentar		30 min.
Respiración + escena de imaginación	Practicar el ejercicio de respiración junto con el de visualización.	Ensayo conductual Práctica reforzada	Instruir Instigar Auspiciar Retroalimentar		10 min.

SESIÓN 4					
Tema	Objetivo del participante	Técnicas	Funciones del facilitador	Materiales	Tiempo
Revisión de ejercicios para casa	Mencionar cómo fue el desempeño en los ejercicios de casa, los efectos y las dificultades presentadas.	Retroalimentación Práctica reforzada	Retroalimentar Instigar	<ul style="list-style-type: none"> Salón amplio e iluminado Sillas Hojas de auto registro Tapetes Instrucciones audiograbadas de relajación 	5 min.
Repaso	Mencionar las características	Información Retroalimentación	Instigar Retroalimentar	<ul style="list-style-type: none"> Laptop 	15 min.

	esenciales y finalidad de la visualización, la respiración, los ejercicios Kegel y las posturas.			<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Video del parto 	
Fase de expulsión	1.-Conocer la naturaleza y finalidad del pujido durante el parto. 2.-Identificar y ensayar posturas y respiración que facilitan dicho proceso.	Psicoeducación Modelamiento Moldeamiento Ensayo conductual Práctica reforzada	Informar Instruir Instigar Modelar Moldear		30 min.
RECESO					15 min.
Puerperio	Conocer algunos síntomas presentes después del parto y medidas para mitigarlos.	Psicoeducación	Informar		15 min.
Video del parto	Observar el parto y la atención materno-infantil a través de una filmación.	Exposición	Auspiciar Retroalimentar		30 min.
Cierre	Finalizar su participación en el programa y expresar su opinión sobre el mismo.	Retroalimentación Reflexión	Instigar Retroalimentar		10 min.

Anexo 12: Consentimiento informado

A _____ de _____ del 2007, Atizapán de Zaragoza, Estado de México.

Por medio del presente yo _____, acepto participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es preparar a las mujeres primerizas para enfrentar el parto.

Me han informado que mi participación puede incluir la contestación de algunas pruebas y, en algunos casos, la asistencia a un tratamiento de 4 sesiones.

Reconozco que mi participación es voluntaria y, por lo tanto, tengo el derecho de interrumpir mi colaboración en cualquier momento, sin que esto perjudique la atención médica que aquí reciba.

Finalmente, se me ha explicado que la información obtenida durante el estudio será con fines de investigación, así como de carácter anónimo y confidencial, evitando así la posible identificación de mi persona.

Firma de la Paciente