



---

---

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 4

“LUIS CASTELAZO AYALA”

**MIEDO AL PARTO Y EXPERIENCIA DE LAS PRIMIGESTAS ACERCA DEL MISMO**

## **TESIS**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

**DRA. NIDIA LILIANA LÓPEZ RIVERA**

ASESOR:

**DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHÉQUER**



CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2016



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.

## INDICE

	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Antecedentes científicos</b>	<b>3</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>8</b>
<b>Objetivos</b>	<b>10</b>
<b>Justificación</b>	<b>11</b>
<b>Material y métodos</b>	<b>12</b>
<b>Resultados</b>	<b>20</b>
<b>Discusión</b>	<b>21</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>23</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>24</b>
<b>Anexos</b>	<b>26</b>

### **Carta de aceptación del trabajo de tesis**

Por medio de la presente informamos que la C. Nidia Liliana López Rivera, residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis: Miedo al parto y experiencia de las primigestas acerca del mismo. Y otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

---

Dr. Oscar Moreno Álvarez  
Encargado de la Dirección General  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer  
Director de Educación e Investigación en Salud  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer  
Director de Educación e Investigación en Salud  
Asesor de Tesis  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## RESUMEN

**Antecedentes:** Existen situaciones condicionantes para solicitar la interrupción del embarazo vía abdominal, entre ellos el miedo al parto y las expectativas durante el embarazo. La prevalencia de miedo al parto es de alrededor de 20%, y aproximadamente 6-10% de las mujeres experimentan miedo intenso.

**Objetivo:** Identificar el miedo al parto y conocer las experiencias de las mujeres primigestas cuyo embarazo se resolvió por vía vaginal.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, observacional, prospectivo en mujeres primigestas. Se incluyeron pacientes cursando tercer trimestre, y puérperas postparto vaginal. Se aplicó el cuestionario W-DEQ, en sus dos versiones para pacientes embarazadas y en puerperio y se dividió en dos grupos Embarazadas y Puérperas, se analizaron las respuestas de ambos grupos, así mismo se aplicó cuestionario con preguntas abiertas para permitirles la libre expresión de su experiencia.

**Resultados:** Se analizó una muestra de 183 pacientes: 99 embarazadas y 84 puérperas. Al contrastar los tipos de sensaciones entre las embarazadas y las puérperas, se encontró que de los 33 ítems incluidos en el W-DEQ solo la mitad de ellos tuvieron diferencia estadística y de estos, 10 ítems exploraron sensaciones de tipo positivo y 7 de tipo negativo, ambos tuvieron una mayor intensidad durante el embarazo y solo en un caso tuvo mayor intensidad durante el puerperio (impresión de que el trabajo de parto fue espantoso). Al comparar las sensaciones: fuerza, miedo, confianza y trato; solamente existió una diferencia entre la percepción del miedo al parto, el miedo al dolor fue la sensación predominante tanto en el embarazo como en el puerperio, seguido del miedo a tener complicaciones con un 70% vs 50% entre ambas etapas, sin embargo el miedo al fracaso pese a que representó el 7% durante el embarazo y el 25% durante el puerperio, tuvo significancia, puesto que el resto de los tipos de miedo no fueron diferentes entre ambas etapas del evento obstétrico.

**Conclusiones:** Existió miedo al parto como consecuencia del temor al , sin embargo las sensaciones positivas son mayores que las sensaciones negativas en torno al mismo. Se demuestra que la aplicación del cuestionario W-DEQ A y W-DEQ B resultó un instrumento útil bajo las condiciones de nuestro medio.

## **ABSTRACT**

**Background:** There are conditions situations to request termination of pregnancy via abdominal, including fear of childbirth and expectations during pregnancy. The prevalence of fear of childbirth is about 20% and about 6-10% of women experience intense fear.

**Objective:** To identify fear of childbirth and the experiences of primiparous women whose pregnancy was resolved vaginally.

**Material and Methods:** Cross-sectional, descriptive, observational, prospective study in primiparous women. Patients enrolled in the third quarter, and included vaginal postpartum postpartum. the W-DEQ questionnaire was applied in two versions for pregnant patients and postpartum period and divided into two pregnant and postpartum women groups, the responses of both groups were analyzed, and the same questionnaire was applied with open questions to allow the free expression of their experience.

**Results:** A sample of 183 patients was analyzed: 99 pregnant and 84 postpartum women. Contrasting types of feelings among pregnant and postpartum women, it found that of the 33 items included in the W-DEQ only half of them had statistical difference and of these 10 items explored feelings of positive type and 7 negative type both had a higher intensity during pregnancy and only one case had greater intensity during the postpartum period (impression that labor was awful). When comparing feelings: strength, fear, confidence and treatment; there was only a difference between the perception of fear of childbirth, fear of pain was the predominant feeling both pregnancy and the postpartum period, followed by the fear of having complications with 70% vs 50% between the two stages, however fear despite the failure accounted for 7% during pregnancy and 25% during the postpartum period, it had significance, since all other kinds of fear were not different between the two stages of obstetrical event.

**Conclusions:** There was fear of childbirth as a result of fear, however positive feelings outweigh negative feelings around it. It is shown that the application of the questionnaire W-DEQ DEQ A and W-B proved a useful instrument under the conditions of our environment.

## ANTECEDENTES

La tasa de cesáreas electivas y de la cesárea en general, ha aumentado en los últimos años, a pesar de que el nacimiento por vía vaginal, es indudablemente el método fisiológico para la terminación del embarazo.

Se pueden discutir muchos como factores de riesgo para que una mujer solicite de manera electiva una interrupción abdominal, entre ellos el miedo al parto y las expectativas durante el embarazo. Esta hipótesis fue desarrollada a partir de la sugerencia de que la ansiedad materna durante el embarazo es relacionada con complicaciones durante el parto, sobre la que no ha habido una serie de resultados consistentes. (1)

Se han desarrollado asociaciones entre la ansiedad y la duración del trabajo de parto, la necesidad de parto instrumentado y el uso de analgesia, partiendo de la teoría de que el incremento en los neurotransmisores asociados al estrés materno repercute sobre la dinámica uterina. (2) Sin embargo pueden estar otros factores implicados que son difíciles de discriminar.

Nos enfrentamos también a la visión occidentalizada y capitalista del mundo actual, en donde se le rinde culto a la estética, se rechaza el dolor y se niega la muerte como un proceso natural en nuestra vida, y que en el ámbito reproductivo se refleja a una medicalización más estricta del embarazo y el parto. (1,3)

El antecedente y los relatos de los propios partos en la familia, pareciera tener influencia en las embarazadas, la mayor parte de las mujeres se muestran con la voluntad de compartir su propia experiencia con sus hijas y amigas, y podríamos proponer que una narración benevolente con el parto vaginal, ayudará a integrar esta experiencia como parte de nuestra vida. Sin embargo eso depende en gran medida de la experiencia previa, es decir, aquellas con partos que hayan sido decepcionantes, podrían repercutir sobre la decisión final de la embarazada (3)

Históricamente el parto puede considerarse un evento biológico y social. Las mujeres, nos hemos acostumbrado a parir en compañía y este acompañamiento se ha organizado con variantes culturales e históricas. (4) A lo largo del siglo XX, se llevó a cabo la transición más grande en cuanto a atención del parto se refiere, y como se menciona en la literatura al entrevistar a generaciones distintas de mujeres, las mayores de 60 años, tenían como habitual un parto en casa y con acompañamiento de parteras con o sin formación, y sólo con asistencia médica si era posible costearlo. (4) Las que parieron entre la década de los 60's y 80's fueron protagonistas del auge de la tecnología aplicada al nacimiento, al inicio con implantación de

pentotal, en los partos hospitalarios, el uso de episiotomía de forma rutinaria en las primíparas e iniciando la implantación del “parto sin dolor” dignificando a la parturienta y a merced del control y autoridad médica. (4,5)

Al mismo tiempo surgen tendencias y movimientos pro parto natural, de sus pioneros, el obstetra británico Grantly Dick-Read en 1942, y quien suponía que las cualidades “innatas” de las mujeres como la dulzura y la ternura, podían hacer que las mujeres parieran sin dolor o sufrimiento. Ya que durante el parto la mujer necesita intimidad, silencio y respeto. (6)

Por último, las mujeres que parieron a finales del siglo XX y principios del XXI, comienzan a asociar la analgesia obstétrica, como un proceso normal, y ven ésta asociada a la eliminación total del dolor y sufrimiento que para ellas pueda significar el parto, así como le han dado más importancia al control técnico y al uso de la tococardiografía y los análisis generalizados durante su embarazo, lo que ha empezado a cambiar los estándares previos de “normalidad”. Pero son también éstas mismas mujeres las que en la estadística reclaman y lamentan más, la falta de apoyo y de empatía por el personal de salud, que omite con más frecuencia la discusión sobre el parto, y que deja ver sobre nosotros los obstetras la gran necesidad de no olvidar que el ser humano ante nosotros desea cumplir no sólo las demandas técnicas, sino las emocionales, inherentemente en conflicto, y a las cuales los médicos, le debemos nuestra formación filantrópica, sea cual fuere el estado social, económico o educativo de nuestra paciente.(4,5)

De acuerdo con una revisión por Hodnett en 2002, la confianza, la esperanza y la sensación de estar involucrado en el proceso de toma de decisiones parece ser tan importante y capaz de suprimir otros factores, incluyendo aspectos demográficos como la edad, estatus socioeconómico, origen étnico, la preparación para el parto, medio ambiente, el dolor y las intervenciones médicas. Tener confianza es fundamental para la percepción de la atención de la mujer y pueden influir en sus elecciones y decisiones. (5)

El miedo, según la definición por la RAE es una angustia por un riesgo o daño real o imaginario, o la aprensión a que suceda algo contrario a lo que se desea.

Se han realizado instrumentos que tratan de validar la experiencia durante el parto, como el Cuestionario (CEQ) desarrollado por Gupton en 1991, que es un instrumento de 35 ítems que incluye las dimensiones como "hacer frente al dolor", "apoyo de enfermería", "El apoyo de la pareja" y "la intervención médicas". O cómo el Wijma Experience Questionnaire (W-DEQ) introducido por Wijma en 1998 que principalmente relaciona los aspectos del miedo, la falta de anticipación positiva y el grado de riesgo en el parto.

La expectativa del parto es una experiencia fundamental, es uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer. El parto es la transición a la maternidad y tiene efectos físicos y emocionales sustanciales. Este miedo puede ser la emoción dominante durante el embarazo y puede complicar y prolongar el trabajo de parto. No hay duda de que el embarazo puede crear temor al dolor de dar a luz. Las expectativas varían entre las mujeres y tienen relación con respecto a su estatus social, nivel de estudios, la experiencia en partos previos y el nivel de información disponible sobre este acontecimiento (4,7).

La prevalencia de miedo asociado con el parto es de alrededor de 20%, de estas aproximadamente el 6-10% de las mujeres experimentan miedo intenso. (7)

Mientras que este miedo se asocia comúnmente con la preocupación por el bebé también está relacionada con incertidumbre acerca de lo desconocido (8). Para algunas mujeres embarazadas por primera vez una percepción de falta de control, con una falta de fe en la capacidad del cuerpo para dar a luz con seguridad se convierte en una presión abrumadora y genera miedo extremo (9).

Aunque la mayoría de los estudios han encontrado mujeres nulíparas a ser más temible que las mujeres multíparas, lo contrario también se ha demostrado (8,9). Cuando las mujeres multíparas admiten tener miedo a menudo es el resultado de una experiencia de parto negativo y / o traumática anterior (8). Esto se describe como miedo secundario o tocofobia (10), sin embargo en las primigestas se denomina miedo primario al parto. (9,10)

Independientemente de los parámetros empleados o de si estos sean cualitativos o investigaciones y evaluaciones cuantitativas se han identificado una variedad de factores, que parecen tener significado importante para las mujeres embarazadas.

La evidencia sugiere que el miedo del parto, la confianza (auto eficacia) y un sentido de control están estrechamente vinculados (8,11). Lowe encontró que la confianza en el parto fue significativamente mayor en las mujeres que informaron niveles bajos de miedo. Por el contrario, las mujeres con alto temor informaron sensaciones como desamparo, creencia en el azar en lugar de autocontrol, y atribuyeron el control a otros poderes. (12, 13) En otro estudio las mujeres que informaron miedo intenso al parto estaban preocupadas por su rendimiento en el parto y en las capacidades de sus cuerpos para dar a luz. Sus preocupaciones se tradujeron en bajas expectativas de resultados positivos y de su capacidad para hacer frente al trabajo de parto. (14) Otros factores que influyen en el temor de las mujeres se relacionan con el contexto o entorno en el que las mujeres darán a luz y en sus interacciones con los

profesionales de la salud y que incluso la razón más común para el miedo era la falta de confianza en el personal de la maternidad y el sistema (73%); un factor que cada vez más se ha replicado en todas las culturas. (15,16)

Se tiene considerado que el temor grave de parto puede llevar a un mayor riesgo de depresión posparto, y de trastorno de estrés postraumático (17,18).

El instrumento validado W-DEQ introducido en 1998 es un cuestionario que plantea principalmente aspectos relacionados con el miedo, la falta de anticipación positiva y grado de riesgo en el parto, y será utilizado en nuestro estudio como método de medición de miedo (19).

También se ha reportado que las experiencias negativas de parto previo, son altamente predictivas de cesárea electiva (OR 8.1) (20), así como también se predice que mujeres con mayor información sobre los métodos de parto sin dolor pueden reducir el número de mujeres con miedo al parto y la tasa de cesárea electiva. (21)

Algunos resultados sugieren que las mujeres con miedo al parto tienen más probabilidades de haber tenido una experiencia previa en general negativa, o bien son aquellas que pueden cursar con deterioro de la salud mental (que incluya depresión y ansiedad), pobre apoyo social, y que esto se traduzca en ciertas vulnerabilidades en estas mujeres. El miedo al parto ejerce un fuerte impacto en la preferencia por cesárea electiva. Por lo tanto, ya se cuenta con resultados que ponen de relieve la necesidad de centrarse en la experiencia subjetiva de la mujer con el objetivo de proporcionarles un resultado positivo sobre la experiencia del parto. (19)

Las complicaciones médicas no pueden evitarse pero si se producen, es importante hacer que las mujeres se sientan seguras y bien cuidadas. Al mismo tiempo, una mujer puede percibir un parto sin complicaciones como traumático, sobre todo si ella siente que el personal está bajo estrés. Reconociendo con esto la importancia de que la experiencia subjetiva de nacimiento abre oportunidades importantes para la prevención del miedo al parto y a la cesárea electiva de forma innecesaria, ya que la experiencia negativa es en gran medida, prevenible (17,18,19) Por otro lado, también se realizan estudios que valoran el impacto de recibir terapia previa al parto, sobre todo en mujeres que presentan puntuaciones elevadas en el W-DEQ, hasta el momento con resultados positivos, pero aun sin estudios multicéntricos.(22)

Existe evidencia de que aproximadamente el 3.17% de las mujeres informan trastorno de estrés postraumático después del parto, se desarrollo un metanálisis para asociar la vulnerabilidad de las pacientes y los factores de riesgo, se incluyeron 50 estudios, con un total de 21 429 y en 15 países, encontrando que los factores de vulnerabilidad que más se asociaron al estrés postraumático fueron la depresión en el embarazo, la mala salud, o complicaciones

en el embarazo, el miedo al parto. El factor de riesgo durante el trabajo de parto que más se asoció a estrés postraumático fue la experiencia negativa vivida durante el parto ( $r=0,59$ ). (21)

Por el momento las revisiones sistemáticas no han demostrado evidencia de alta calidad para apoyar la práctica de la intervención psicológica para la prevención del trauma psicológico en las mujeres después del parto, pero deben plantearse estudios más grandes a futuro y con escalas validadas para medir el trauma psicológico, frente a las entrevistas sólo de diagnóstico clínico. Las altas tasas de intervención obstétrica en algunos centros pueden implicar que las mujeres requieren mayor atención emocional de parte de los profesionales de la salud para reducir el riesgo de un parto traumático, y hasta el momento no se han realizado estudios en países de bajos o medianos ingresos. (23)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En México, la práctica obstétrica ha cambiado, según el INEGI en 2014 se atendieron 2,463,420 nacimientos, y es evidente para la nueva generación de obstetras en formación, que cada vez más las embarazadas enfrentan un contexto diferente al vivido hace algunas décadas. En nuestros días es bien demostrado, que en comparación con nuestras antecesoras, el riesgo de muerte o daño irreparable, ocurre solo en casos excepcionales. Y eso nos plantearía muchas preguntas ¿a qué temen? ¿por qué? ¿por qué se consideran incapaces o sin la fuerza necesaria para afrontar el parto? O ¿por qué han perdido la confianza en que ellas no pasarán exitosamente esta prueba, en comparación con sus antepasadas? No obstante, la ansiedad y el miedo son comunes.

En los países desarrollados comienza a disminuir la paridad, a aumentar la edad al primer embarazo; mientras que en los países en vías de desarrollo continuamos viviendo un contexto en el que la mortalidad materna aún ocupa nuestros encabezados y que los problemas que se generan por la ignorancia y usos y costumbres de nuestra población, nos plantean a los médicos un reto cada vez mayor.

Es posible darnos cuenta también de que las expectativas de la madre han cambiado, pero ¿hasta qué punto estas “nuevas expectativas” influidas por la medicación, el mal uso de la tecnología médica y una información parcial sobre el parto, pueden llegar a impactar en el resultado obstétrico en nuestra población?

El embarazo es una condición biológica, inherente a lo femenino, el parto como fin último de éste ha acompañado a nuestra civilización desde el inicio de nuestro tiempo, hemos evolucionado, que si bien es cierto, la pelvis femenina es límite como canal de parto, en comparación con otros seres vivos, pareciera que cada vez, este proceso “natural” se vuelve un reto que día con día tiene menos seguidoras.

Si nos comparamos con otras especies al momento del parto, el trabajo de parto es mucho más largo, más susceptible de distocias y podría decir que con más dolor implicado; pero es innegable que así ha sido siempre, entonces, por qué parece que en nuestro tiempo las mujeres lo enfrentan con más miedo e incluso hacen lo posible por “evitarlo”, ¿las expectativas de la mujer de hoy han cambiado? y ¿qué podemos hacer los obstetras dedicados a su atención? para ayudar a las madres en este proceso, que se ve tan difícil en estos días.

La connotación puede abarcar un incontable acervo de posibilidades, la logística para poder medir cómo estas expectativas pueden afectar el desenlace obstétrico, tendería a infinito, porque cada ser humano depende de sus propias vivencias, y nos enfrentamos a un amplio panorama que involucraría desde trastornos mentales, hasta problemas sociales, religiosos y

culturales. Pero intento crear un pequeño bosquejo que nos ayude a todos en nuestra práctica diaria, con la finalidad de apoyar a las embarazadas en esta etapa final, y ayudarlas a superar esta difícil prueba.

**Pregunta de Investigación:**

Al comparar el miedo al parto entre las primigestas embarazadas y las puérperas postparto ¿habrá diferencia entre su expectativa y su experiencia?

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General***

Identificar el miedo al parto en embarazadas y conocer las experiencias de las mujeres primigestas cuyo embarazo se resolvió por vía vaginal.

### ***Objetivos específicos***

- Identificar la percepción de las embarazadas sobre cómo creen que será su trabajo de parto.
- Analizar tanto en las embarazadas como en las puérperas, las sensaciones negativas que pueden experimentar y experimentaron, respectivamente en el trabajo de parto. Incluyendo la perspectiva de percibir el trabajo de parto como una experiencia en general espantosa, así como la soledad, la exposición, sentirse asustada, el abandono, débil, triste, tensa, descuidada, con pánico, desesperada, ansiosa por su bebe, con dolor, comportándose mal, perdiendo el control, sentirse exhibida, con riesgo, o con ideas sobre daño o muerte de su hijo.
- Analizar tanto en las embarazadas como en las puérperas, las sensaciones positivas que pueden experimentar y experimentaron, respectivamente en el trabajo de parto. Incluyendo la perspectiva de percibir el trabajo de parto como una experiencia en general agradable, sentirse con fuerza, segura, independiente, contenta, orgullosa, tranquila, relajada, feliz, segura de sí misma, confiada, tomando el control, y vivir una experiencia de forma natural.
- Determinar y comparar la experiencia de dolor esperada por las embarazadas y la vivida por las puérperas durante el parto.
- Determinar y comparar la sensación de fuerza esperada por las embarazadas y la vivida por las puérperas al afrontar el trabajo de parto.
- Analizar si las pacientes embarazadas tienen miedo de afrontar el trabajo de parto y contrastarlo con el miedo percibido de las puérperas una vez que han tenido un parto.
- Revisar cuáles son los miedos que experimentan ambos grupos.
- Evaluar la confianza de las embarazadas y puérperas sobre su cuidado durante el parto por parte del personal de salud que las atenderá.
- Identificar si las primigestas consideran que el trato que le brinde el médico influirá en su experiencia de parto.

## JUSTIFICACIÓN

El embarazo, parto y puerperio son procesos por el que pasan la mayoría de las mujeres y en nuestros días es bien demostrado que el daño irreparable o la muerte ocurren sólo en casos excepcionales, lo que nos haría pensar que las mujeres deberían estar menos preocupadas que en años anteriores; sin embargo, en la práctica diaria, nos enfrentamos a un escenario diferente, en donde la embarazada presenta constantemente ansiedad y miedo, y que en algunos casos puede ser un miedo aceptado en las experiencias familiares y sociales.

Conocer es nuestra mejor arma para ayudar, enfrentamos una realidad en México, donde se ha incrementado el índice de cesáreas, lo cual compromete sin duda el futuro obstétrico de las pacientes, así que en nuestra función de servidores de salud, podemos beneficiar a nuestras pacientes, si conocemos sus miedos principales y sus expectativas generales, no negarle a las primigestas la oportunidad de un parto, puede tener muchas implicaciones a su futuro, sabemos que una cesárea bien indicada, es capaz de salvar la vida del binomio; pero también es capaz de generar una gran morbilidad en su futuro obstétrico, cuando es indicada por elección materna o en el cada vez más frecuente concepto de violencia obstétrica.

Y es aquí, donde los médicos podríamos tener una participación preponderante, al ayudar y al informar durante el embarazo, de forma verídica sobre cómo es y cómo se siente un parto. Sin embargo, primero debemos conocer los miedos y las dudas en la mujer mexicana actual, una mujer que tiene más información, y que es capaz de navegar por foros y grupos en internet que quizá no en todos los casos, les proporcionen información verídica. Considero que conocer sus principales inquietudes, nos permitirá ayudarlas.

Entender, conocer y metodizar el cómo las mujeres enfrentan este último periodo de su embarazo, nos permitirá disminuir las complicaciones asociadas a la cesárea y con esto impactar en los hospitales y su economía, en la sociedad como indicador de desarrollo y en cada una de las familias, al generar entornos de armonía y al ser capaces siempre de entregar de vuelta un binomio saludable.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Este estudio se realizó en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, por el Servicio de Gineco Obstetricia en pacientes primigestas con embarazo en tercer trimestre y puerperio, mediante la aplicación del cuestionario (W-DEQ) que mediante la evaluación de 6 secciones y un total de 33 ítems, otorgándole a cada uno un puntaje del 1 a 6. Se incluyeron pacientes primigestas que acudieron a control prenatal en nuestra unidad, así como las pacientes primíparas que hayan tenido la atención del parto en el hospital.

Se les aplicó un formato de cuestionario para pacientes embarazadas (W-DEQ, versión A) y cuestionario para pacientes en puerperio (W-DEQ, versión B) así mismo se incluyeron 4 preguntas extras para contestarse de manera abierta.

### ***TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN***

TIPO DE ESTUDIO.

- Según intervención: Observacional
- Según interpretación: Descriptivo
- Según evolución: Transversal
- Según la forma de recolección: Prospectivo

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva. Los resultados obtenidos se reportaron mediante medianas (mínimos y máximos) al igual que mediante porcentajes. Se valoró la contrastación de los resultados mediante tablas de 2x2, según los resultados obtenidos.

TIEMPO EN QUE SE DESARROLLÓ:

Se realizó del 1 de junio de 2016 al 31 de julio de 2016.

### ***CRITERIOS DE SELECCIÓN***

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Se incluyeron pacientes primigestas que acudieron a control de embarazo en la UMAE Luis Castelazo Ayala.
- Pacientes con primer embarazo que cursaban tercer trimestre, independientemente de la edad.
- Pacientes primigestas en puerperio inmediato, en quienes se finalizó el embarazo por parto vaginal.

### ***CRITERIOS DE EXCLUSIÓN***

- Pacientes que cursaron embarazo o puerperio y que tuvieron feto óbito.
- No se cuestionó a pacientes que vivieran en ese momento duelo por muerte perinatal.
- No se incluyó a pacientes que tuvieran encuestas incompletas o ilegibles.

### DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Fuente de información	Tipo de variable/Escala de medición
Miedo Encuesta W-DEQ (versión A y versión B)	Angustia por un riesgo o daño real o imaginario	Angustia por un riesgo o daño real o imaginario	Encuesta	
Experiencia	Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo.	Conocimiento de la vida adquirido por las pacientes que tuvieron un parto vaginal.	Encuesta	
<b>CUESTIONARIO DE PACIENTES EMBARAZADAS (W-DEQ, VERSION A)</b>				
Cómo cree que será su trabajo de parto	Idea preconcebida por la embarazada al pensar en su trabajo de parto	Idea preconcebida por la embarazada al pensar en su trabajo de parto.	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  1. Agradable 2. Espantoso
Cómo piensa que se sentirá durante el trabajo de parto	Idea de la embarazadas sobre cómo experimentará el trabajo de parto	Idea de la embarazadas sobre cómo experimentará el trabajo de parto	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  3. Sola 4. Fuerte 5. Expuesta 6. Asustada 7. Abandonada 8. Débil 9. Segura 10. Independiente 11. Triste 12. Tensa 13. Contenta 14. Orgullosa 15. Descuidada 16. Tranquila 17. Relajada 18. Feliz
Cómo cree que se sentirá durante el	Idea concebida por la embarazada sobre sus	Idea concebida por la embarazada sobre	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa

trabajo de parto y el parto.	sensaciones durante el trabajo de parto y el parto.	sus sensaciones durante el trabajo de parto y el parto.		19. Con mucho pánico 20. Muy desesperada 21. Muy ansiosa por el bebe 22. Muy segura de mi misma 23. Confiada 24. Con demasiado dolor
Qué cree que pasará cuando el trabajo de parto sea más intenso	Idea de la embarazada sobre el momento cumbre, esperado por ella, durante el trabajo de parto.	Idea de la embarazada sobre el momento cumbre, esperado por ella, durante el trabajo de parto.	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  25. Voy a comportarme muy mal 26. Me atreveré a tomar totalmente el control de mi cuerpo 27. Voy a perder totalmente el control de mi misma
Cómo imagina la sensación en el momento exacto en el que nazca el bebe	Sensación idealizada por la embarazada del momento de la expulsión del bebe	Sensación idealizada por la embarazada del momento de la expulsión del bebe	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  28. Feliz 29. Muy natural 30. Muy expuesta 31. Con mucho riesgo
Ha presentado fantasías sobre que su bebe muere durante el parto	Facultad del ánimo de la embarazada sobre reproducir por medio de imágenes el momento del parto.	Facultad del ánimo de la embarazada sobre reproducir por medio de imágenes el momento del parto.	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  32. Muy seguido
Ha presentado fantasías sobre que su bebe resulta lastimado durante el parto	Facultad del ánimo de la embarazada sobre reproducir por medio de imágenes el	Facultad del ánimo de la embarazada sobre reproducir por medio de imágenes	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  33. Muy seguido

	momento del parto.	el momento del parto.		
Expectativa de dolor a experimentar	Calificación asignada al dolor que esperan sentir durante el parto, en escala 0-10	Escala de dolor de EVA	Encuesta de paciente embarazada	Intervalo/ números cardinales
Sensación de fortaleza	Paciente que se considera con firmeza y resistencia para afrontar el trabajo de parto.	Sensación de fortaleza percibida en la embarazada para tener un parto vaginal.	Encuesta de paciente embarazada	Nominal/ SI-NO
Sensación de miedo	Paciente que experimenta angustia por un riesgo o daño real o imaginario	Sensación de miedo el pensar en un parto vaginal.	Encuesta de paciente embarazada	Nominal/ SI-NO
Principal miedo durante el parto	Paciente que experimenta angustia por un riesgo o daño real o imaginario		Encuesta de paciente embarazada	
Confianza en las intervenciones médicas durante la atención del parto	Sensación de esperanza firme depositada en las acciones de los médicos que la atenderán.	Percepción de seguridad por las intervenciones médicas.	Encuesta de paciente embarazada	Nominal/ SI-NO
Influencia en la experiencia del parto relacionada con el trato recibido por los médicos		Sensación percibida por la embarazada en que la experiencia que reciba puede depender el doctor o doctora que le atiende durante el parto.	Encuesta de paciente embarazada	Nominal/ SI-NO
<b>CUESTIONARIO DE PACIENTES EN PUERPERIO (W-DEQ VERSION B)</b>				
Cómo fue su experiencia en el trabajo de parto	Idea general percibida por la puérpera al recordar su trabajo de parto	Idea general percibida por la puérpera al recordar su trabajo de parto	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa 1. Agradable 2. Espantoso
Cómo se sintió en general durante el trabajo de parto	Percepción de la puérpera sobre cómo recuerda su experiencia en el trabajo de parto	Percepción de la puérpera sobre cómo recuerda su experiencia en el	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa 3. Sola

		trabajo de parto		4. Fuerte 5. Expuesta 6. Asustada 7. Abandonada 8. Débil 9. Segura 10. Independiente 11. Triste 12. Tensa 13. Contenta 14. Orgullosa 15. Descuidada 16. Tranquila 17. Relajada 18. Feliz
Cómo se sintió durante el trabajo de parto y el parto.	Percepción por la puérpera sobre sus sensaciones durante el trabajo de parto y el parto.	Percepción por la puérpera sobre sus sensaciones durante el trabajo de parto y el parto.	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  19. Con mucho pánico 20. Muy desesperada 21. Muy ansiosa por el bebe 22. Muy segura de mi misma 23. Confiada 24. Con demasiado dolor
Qué pensó cuando el trabajo de parto estuvo en su punto más intenso	Recuerdo de la embarazada sobre el momento cumbre, realizado por ella, durante el trabajo de parto.	Recuerdo de la embarazada sobre el momento cumbre, realizado por ella, durante el trabajo de parto.	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  25. Me comporté muy mal 26. Me atreví a tomar totalmente el control de mi cuerpo 27. Perdí totalmente el control de mi misma
Cómo recuerda la sensación en el momento exacto en el que nació el bebe	Recuerdo de la puérpera sobre el momento de la expulsión del bebe	Recuerdo de la puérpera sobre el momento de la expulsión del bebe	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  28. Feliz 29. Muy natural

				30. Muy expuesta 31. Con mucho riesgo
Tuvo durante el trabajo de parto fantasías sobre que su bebe moría durante el parto	Recuerdos de la puérpera sobre reproducir por medio de imágenes el momento del parto.	Recuerdos de la puérpera sobre reproducir por medio de imágenes el momento del parto.	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  32. Muy seguido
Tuvo durante el trabajo de parto fantasías sobre que su bebe resulta lastimado durante el parto	Recuerdos de la puérpera sobre reproducir por medio de imágenes el momento del parto.	Recuerdos de la puérpera sobre reproducir por medio de imágenes el momento del parto.	Cuestionario W-DEQ	Variable discreta cuantitativa  33. Muy seguido (1-6)
CUESTIONARIO DE PREGUNTAS ABIERTAS A EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS				
Expectativa de dolor	Calificación asignada al dolor que esperan sentir y que sintieron durante el parto.	Escala de dolor de EVA (0-10)	Encuesta	Intervalo/ números cardinales
Sensación de fuerza	Paciente que se consideró con firmeza y resistencia para afrontar el trabajo de parto.	Sensación de fortaleza percibida en la mujer que tuvo un parto vaginal.	Encuesta	Nominal/ SI-NO
Sensación de miedo	Paciente que experimentó angustia por un riesgo o daño real o imaginario durante el trabajo de parto	Sensación de miedo al tener un parto vaginal.	Encuesta	Nominal/ SI-NO
Principal miedo durante el parto	Paciente que experimenta angustia por un riesgo o daño real o imaginario	Paciente que experimenta angustia por un riesgo o daño real o imaginario	Encuesta	
Confianza en las intervenciones médicas durante la atención del parto	Sensación de esperanza firme depositada en las acciones de los médicos que la atenderán.	Percepción de seguridad por las intervenciones médicas.	Encuesta	Nominal/ SI-NO
Influencia en la	Sensación percibida de	Sensación percibida	Encuesta	Noinal/ SI-NO

<p>experiencia del parto relacionada con el trato recibido por los médicos</p>	<p>que su experiencia puede o pudo depender del doctor o doctora que le atendió durante el parto.</p>	<p>de que su experiencia puede o pudo depender del doctor o doctora que le atendió durante el parto.</p>		
--	---	--	--	--

## RESULTADOS

Se analizó una muestra de 183 pacientes: 99 embarazadas que cursaron el tercer trimestre y 84 puérperas. Al comparar la edad, grado de escolaridad y estado civil entre ambos grupos de estudio no se encontraron diferencias (tabla1). Al contrastar los tipos de sensaciones entre las embarazadas y las puérperas de acuerdo a los puntajes obtenidos con la escala W-DEQ en sus versiones A y B respectivamente, se encontró que de los 33 ítems incluidos en dicha escala solo la mitad de ellos fueron diferentes (tabla2, gráfica 1) y de estos, 10 ítems exploraron sensaciones de tipo positivo y 7 de tipo negativo. Las sensaciones de tipos positivo tuvieron una mayor intensidad durante el embarazo en comparación con el puerperio en todos los casos, mientras que las sensaciones de tipo negativo solo en un caso tuvo mayor intensidad durante el puerperio (impresión de que el trabajo de parto fue espantoso), el resto de los ítems al igual que para las sensaciones positivas, tuvieron una mayor intensidad durante el embarazo (gráfica 2 y 3). Al comparar las sensaciones que se midieron cualitativamente en forma dicotómica (fuerza, miedo, confianza y trato) se encontró que solamente existió una diferencia estadísticamente significativa entre la percepción del miedo al parto, mientras que en las otras variables no existieron diferencias (tabla 3). En referencia a los diferentes tipos de miedo que se exploraron entre las embarazadas y las puérperas se apreció que el miedo al dolor fue la sensación predominante tanto en el embarazo como en el puerperio, seguido del miedo a tener complicaciones con un 70% vs 50% entre ambas etapas, no obstante no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para estos rubros. En contraste, el miedo al fracaso pese a que representó el 7% durante el embarazo y el 25% durante el puerperio, si resultó estadísticamente significativo, siendo el único tipo de miedo con tal resultado puesto que el resto de los tipos de miedo no fueron diferentes entre ambas etapas del evento obstétrico (gráfica 4 y 5).

## DISCUSIÓN

El nacimiento representa una condición donde confluyen múltiples circunstancias que involucran aspectos fisiológicos, psicológicos, culturales, familiares y del entorno donde este se lleva a cabo, bajo esa perspectiva la mujer embarazada enfrenta estímulos diversos que inician con su bagaje cultural, pasando por sus perspectivas ante el evento a enfrentar y posteriormente la experiencia vivida. Con ese enfoque, el sitio y las condiciones donde el nacimiento se lleva a cabo constituye un aspecto peculiar como consecuencia de las diferentes condiciones que en este ambiente se realiza. De tal manera, el nacimiento con atención individualizada como fue realizado ancestralmente a través de la participación y/o asistencia de una partera hasta la época actual donde esas condiciones han sido desplazadas por la necesidad de atender masivamente a poblaciones de embarazadas bajo las mejores condiciones de seguridad e higiene, constituyen estímulos muy poderosos que influyen sobre las expectativas y/o experiencias de las mujeres en torno al evento obstétrico. Por ello, se han realizado aproximaciones tendientes a explorar las sensaciones que perciben las mujeres embarazadas para el momento del parto y la recopilación a través de los mismos instrumentos acerca de la experiencia vivida. En este trabajo el instrumento utilizado cumplió precisamente ese propósito y por consiguiente permitió ahondar en las percepciones y experiencias de mujeres durante el embarazo y el puerperio. Cabe hacer notar que este instrumento aplicable durante ambos momentos (embarazo-puerperio) tiene como finalidad identificar la intensidad de cada una de las sensaciones que explora, sin embargo la escala con la que es medido no sigue una progresión de los puntajes obtenidos como un símil de todos los ítems explorados ya que algunos tienen un componente positivo y otros ítems tienen un enfoque tendiente a evaluar las emociones negativas, así las representaciones gráficas del presente trabajo fueron diseñadas buscando resaltar la condición *per se* de cada una de ellas. De tal manera, en todos los ítems invariablemente se contrastó la percepción del momento del nacimiento a través de las sensaciones que ello le generara a cada una de las embarazadas, con la experiencia sensorial del evento vivido (parto). Los resultados obtenidos apuntan fuertemente a que las percepciones positivas o condicionamiento positivo que la embarazada tiene acerca del nacimiento superó de manera contundente a la experiencia que el nacimiento les significó, ya que de las sensaciones exploradas por el instrumento utilizado, 10 de 14 sensaciones positivas fueron altamente significativas, constituyendo un porcentaje del 71%. Mientras que solo 6 de 19 sensaciones negativas que constituyen el 32%, lo fueron. Cabe aclarar que estos resultados revisten una mayor importancia debido a que el estudio fue realizado en mujeres durante su

primer embarazo aunque también debe considerarse que los resultados obstétricos en todas ellas fueron favorables por lo cual no podría asumirse a través de los resultados obtenidos que ello pudiera aplicarse a todas las embarazadas que presenten un parto. Adicionalmente se encontró, que de las sensaciones que se exploraron de manera dicotómica, solamente el miedo tuvo una representación estadística siendo mayor la percepción de miedo que la experiencia que el parto les significó, este último aspecto de manera indirecta refuerza que las sensaciones positivas de las mujeres embarazadas son mucho más importantes que sus sensaciones negativas, por lo que con estos resultados se apuntala que el tipo de atención masiva que se otorga en hospitales de tercer nivel semejantes al nuestro no implican una mayor complejidad al momento de la atención del parto, no obstante existen algunas ventanas de oportunidad que este tipo de sistemas de salud debe mejorar tendientes a mejorar las expectativas y/o percepciones que las embarazadas presentan ante el parto, como pudiera ser la asistencia, acompañamiento y/o intervención psicológica-afectiva durante el trabajo de parto y el nacimiento.

## **CONCLUSIONES**

- 1.- Existió miedo al parto como consecuencia del temor al fracaso durante este evento.
- 2.- Las sensaciones positivas relacionadas con el parto son mayores que las sensaciones negativas en torno al mismo.
- 3.- La aplicación de W-DEQ A y W-DEQ B resultó un instrumento útil bajo las condiciones de nuestro medio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109: 1213-1221.
2. Sandman CA, Wadhwa PD, Chicz-DeMet A, et al. Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 24:266 –275.
3. Callister M, Lynn C. Making Meaning: Women's Birth Narratives, *Journal of Obstetric Gynecologic* 2004; 33: 508-518
4. Cardús L, Font C. Miedo a parir ¿Miedo a morir? *Actas del XIII Congreso de Antropología del Estado Español*. Tarragona, 2014; 4250-4269.
5. Cardús L, Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología, *Dilemata* 2015; 18: 129-145.
6. Beck NC, Seigelman LJ, Davidson NP, et al. The prediction of pregnancy outcome: maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. *J Psychosom Res* 1980; 24:343 –351.
7. Fenwick J, Gamble J, Creedy D, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife led psychoeducation intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2013; 13:190.
8. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Therapy* 2001; 30:75–84.
9. Nieminen K, Stephansson O, Ryding E, et al. Women's fear of childbirth and preferences for caesarean section a cross sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:807–813.
10. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79:505–510.
11. Johnson R, Slade P, Cambers C. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG* 2002; 109:1213–1221.
12. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2000; 21(4):219–224.
13. Sjogren B. Childbirth: expectations, choices, and trends. *Lancet* 2000; 12:356.
14. Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009;116:672–80.

15. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19(2):84–97.
16. Jeschke E, Ostermann T, Dippong N, et al. Psychometric properties of the Confidence and Trust in Delivery Questionnaire (CTDQ): a pilot study. *BMC Women's Health* 2012; 12:26.
17. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S160–S172.
18. Storksen H, Garthus-Niegel S, Adams S, et al. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15:221
19. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*. 2013;30:145–8.
20. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, et al. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2016; 37(2): 37-43.
21. Ayers S, Joseph S, Harg K, et al. The etiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 2016; 46: 1121-1134.
22. Rowan C, Bick B, Bastos H, et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015; 4:10.
23. AksoyM, Aksoy A, Dostbil A, et al. The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Obstet Gynecol Int*, 2014; 104-114.

## Anexos

Tabla 1. Comparación de características generales entre embarazadas y puérperas

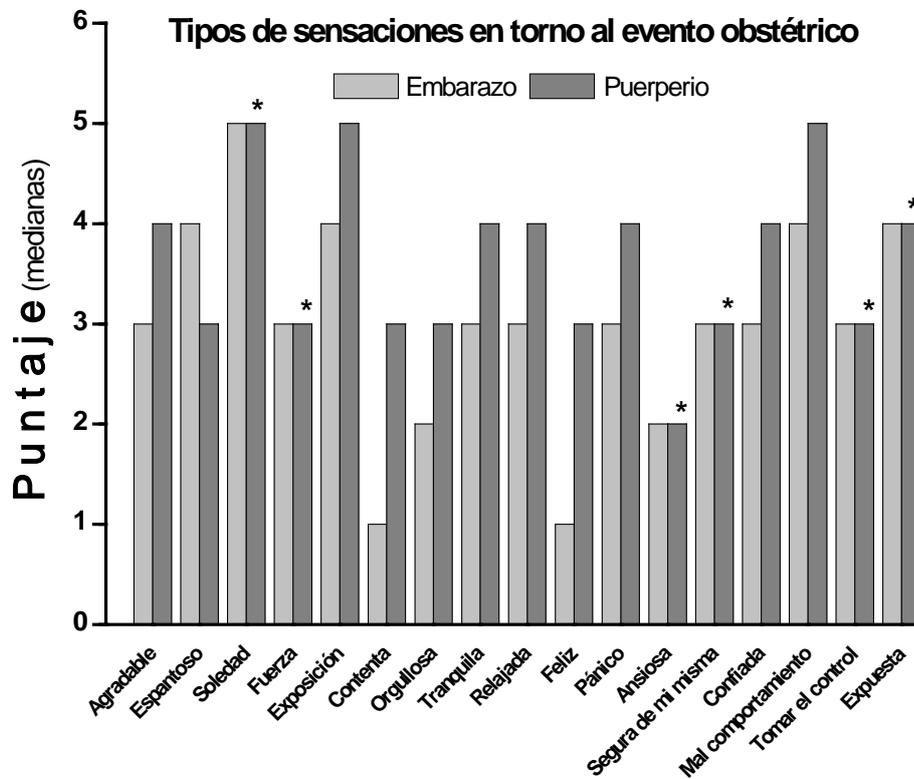
CARACTERÍSTICAS	EMBARAZADAS (n=99)	PUÉRPERAS (n=84)	Valor P
			NS
<b>Edad</b> (años) Med (min-max)	25 (16-40)	23 (17-38)	
<b>Escolaridad</b>			
Secundaria (#)	23	12	NS
Bachillerato (#)	45	51	NS
Licenciatura (#)	30	21	NS
Posgrado (#)	1	0	NS
<b>Estado civil</b>			
Casada (#)	49	35	NS
Soltera (#)	32	28	NS
Unión Libre (#)	18	21	NS

Tabla 2. Comparación de sensaciones entre embarazadas y puérperas (versión W-DEQ A y B)

Tipo de sensación (puntaje)	EMBARAZADAS (n=99)	PUÉRPERAS (n=84)	Valor p
	Med(min-máx)	Med(min-máx)	
1. Agradable	3 (1-6)	4 (1-6)	<b>.046</b>
2. Espantoso	4 (1-6)	3 (1-6)	<b>.008</b>
3. Soledad	5 (1-6)	5 (2-6)	<b>.026</b>
4. Fuerza	3 (1-6)	3 (1-5)	<b>.000</b>
5. Exposición	4 (1-6)	5 (2-6)	<b>.000</b>
6. Asustada	3 (1-6)	3 (1-6)	.131
7. Abandono	4 (1-6)	5 (1-6)	.918
8. Débil	4 (2-6)	4 (2-6)	.771
9. Segura	3 (1-6)	3 (1-6)	.146
10. Independiente	3 (1-5)	4 (1-6)	.070
11. Triste	5 (1-6)	6 (2-6)	.135
12. Tensa	4 (1-6)	4 (1-6)	.913
13. Contenta	1 (1-6)	3 (1-6)	<b>.000</b>
14. Orgullosa	2 (1-6)	3 (1-6)	<b>.001</b>
15. Descuidada	5 (1-6)	5 (1-6)	.552
16. Tranquila	3 (1-5)	4 (2-6)	<b>.015</b>
17. Relajada	3 (1-6)	4 (2-6)	<b>.006</b>
18. Feliz	1 (1-6)	3 (1-5)	<b>.002</b>
19. Pánico	3 (1-6)	4 (2-6)	<b>.002</b>
20. Desesperada	4 (1-6)	3 (1-6)	.073
21. Ansiosa	2 (1-6)	2 (1-5)	<b>.041</b>
22. Segura de mi misma	3 (1-6)	3 (1-6)	<b>.041</b>
23. Confiada	3 (1-6)	4 (2-6)	<b>.000</b>
24. Dolor	3 (1-6)	2 (1-6)	1.00
25. Mal comportamiento	4 (1-6)	5 (2-6)	<b>.020</b>
26. Tomar el control	3 (1-6)	3 (1-6)	<b>.002</b>
27. Perder el control	4 (1-6)	4 (2-6)	.413
28. Feliz	1 (1-6)	1 (1-6)	.831
29. Natural	2 (1-6)	3 (1-6)	.177
30. Expuesta	4 (1-6)	4 (1-6)	<b>.000</b>
31. Con riesgo	4 (2-6)	5 (1-6)	.093
32. Muerte del bebe	1 (1-5)	1 (1-6)	.700
33. Daño al bebe	2 (1-6)	1 (1-5)	.291

Las cifras resaltadas en negritas representan diferencias estadísticamente significativas.

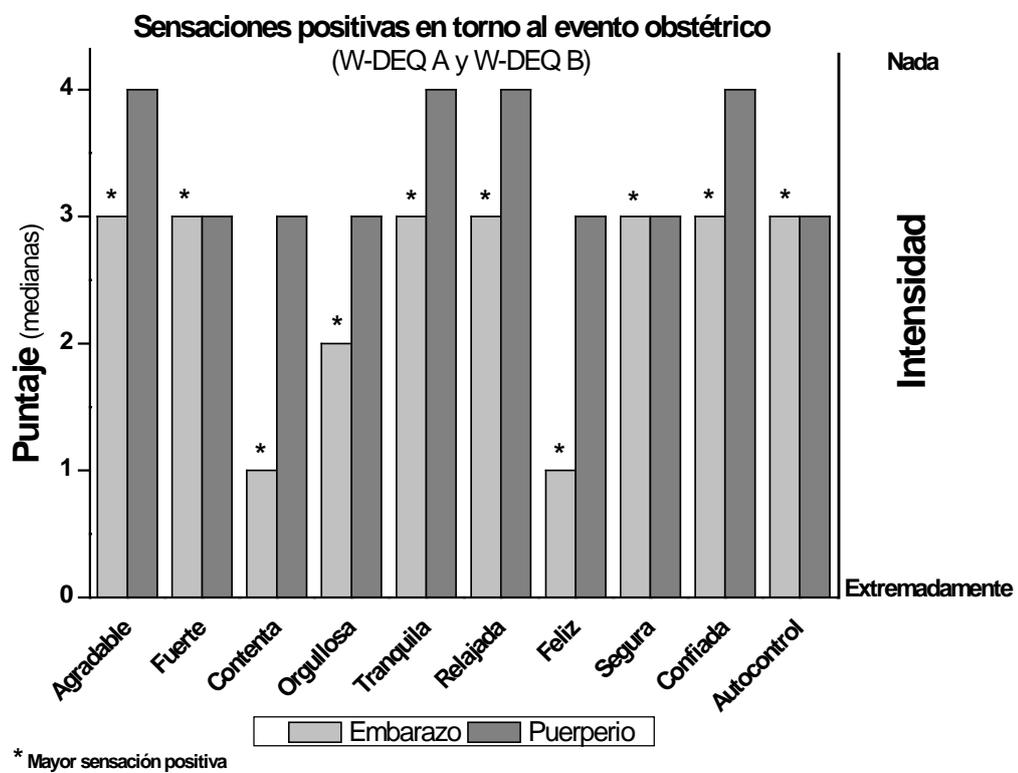
**Gráfica 1.** Comparación de tipos de sensaciones entre embarazadas y puérperas.



En todos los casos existieron diferencias estadísticamente significativas.

El \* representa el puntaje mayor.

Gráfica 2. Comparación de sensaciones positivas entre embarazadas y púerperas.



**Gráfica 3.** Comparación de sensaciones negativas entre embarazadas y púerperas.

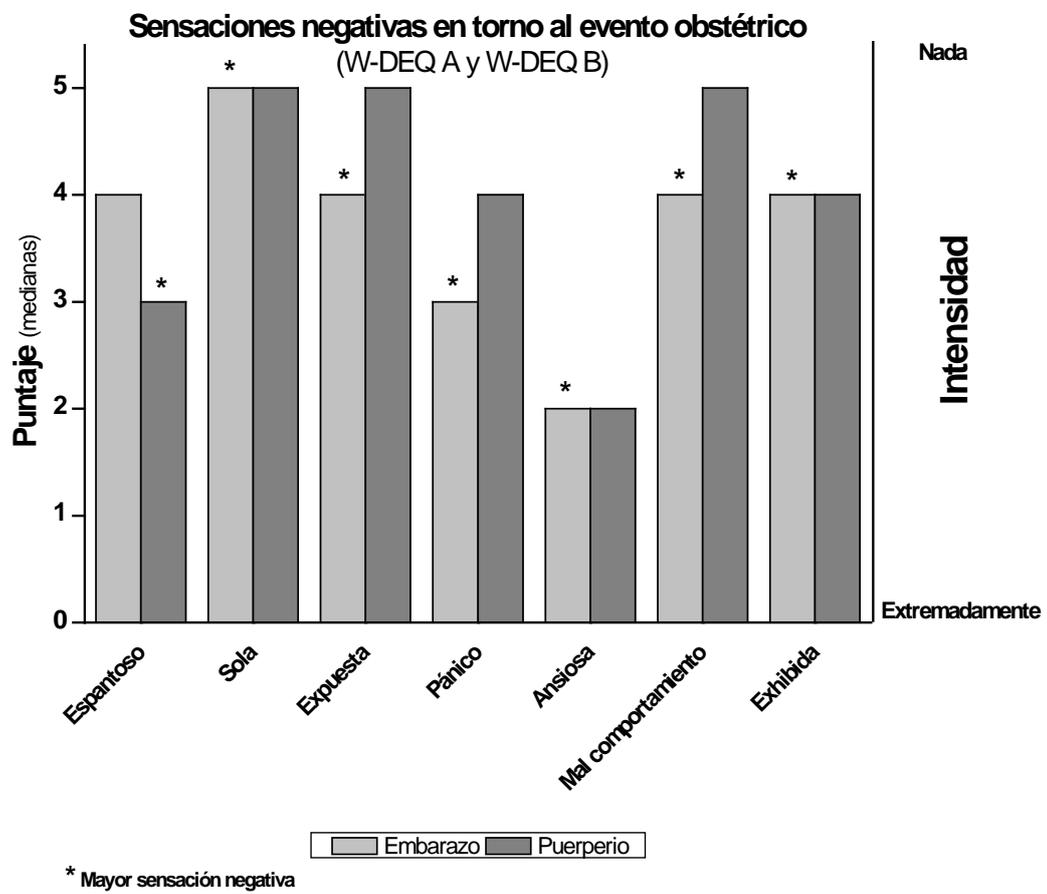
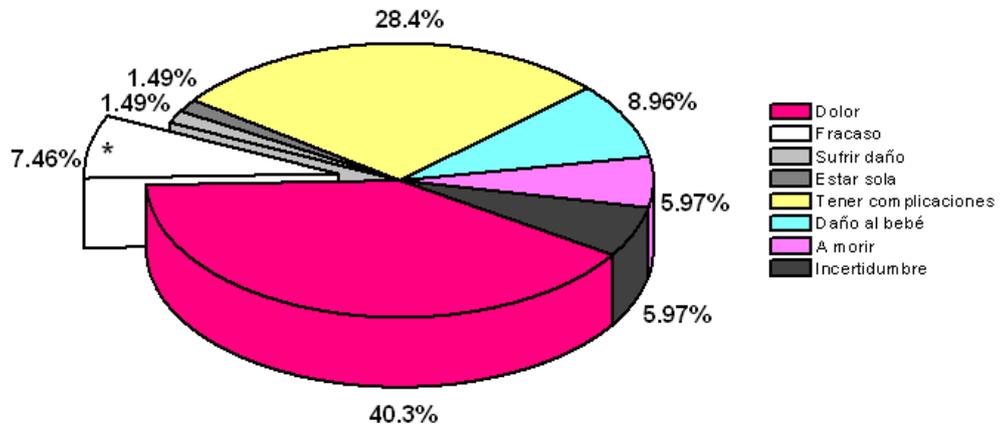


Tabla 3. Comparación de sensaciones entre embarazadas y puérperas

Variable	Embarazo (n=99)		Puerperio (n=84)		Valor p
	SI	NO	SI	NO	
1. Fuerza	87	12	68	16	<0.27
2. Miedo	62	37	70	14	<b>&lt;0.003</b>
3. Confianza	99	0	82	2	<0.20
4. Trato	97	2	83	1	<1.0

Las cifras resaltadas en negritas representan diferencias estadísticamente significativas

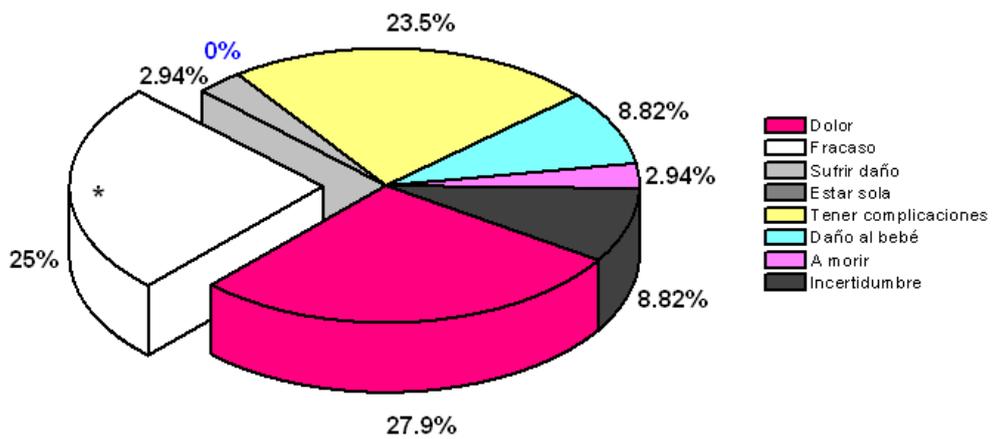
### Tipos de miedo de las embarazadas hacia el parto



\* p<0.011

Gráfica 4

### Tipos de miedo como consecuencia del parto



\* p<0.011

Gráfica 5