

**Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio.
Un estudio longitudinal**

**Influence of psychological factors on pregnancy, childbirth and puerperium.
A longitudinal study**

Autor: Dolores Marín Morales (1), M^a Ángeles Bullones Rodríguez (2), Francisco Javier Carmona Monge (3), M^a Isabel Carretero Abellán (2), M^a Amparo Moreno Moure (4), Cecilia Peñacoba Puente (2).

Dirección de contacto: javier.carmona@urjc.es

Resumen: El objetivo de la presente investigación es analizar diversas variables psicológicas relativas a personalidad, sintomatología psiquiátrica, preocupaciones del embarazo, creencias sobre el parto, locus de control, estrategias de afrontamiento y su relación con sintomatología clínica y presencia de complicaciones durante la gestación, indicadores de calidad de vida, percepción y control del dolor de parto, tipo de parto, indicadores de bienestar neonatal, satisfacción con el nacimiento, desarrollo del vínculo y cuidado del hijo, y presencia de depresión postparto.

Para ello se llevará a cabo un estudio de tipo longitudinal prospectivo correlacional. La muestra estará compuesta por gestantes pertenecientes al área 9 de la Comunidad de Madrid que acepten voluntariamente su inclusión en el estudio.

Se emplearán cuestionarios estructurados para la valoración de las diferentes variables en los siguientes momentos temporales:

- durante el primer y tercer trimestre se evaluará: personalidad, sintomatología psiquiátrica, preocupaciones del embarazo, creencias sobre el parto, locus de control, estrategias de afrontamiento, sintomatología del primer trimestre, indicadores de calidad de vida,
- durante el postparto inmediato: dolor durante el parto y postparto, satisfacción del nacimiento,
- durante el puerperio: depresión y ansiedad postparto, estrés post-traumático, vínculo con el hijo, cuidado del hijo, personalidad, sintomatología psiquiátrica.

Asimismo, se obtendrán de la historia clínica los datos sociodemográficos y los parámetros relacionados con la evolución del embarazo, parto y puerperio relevantes para el estudio.

Palabras clave: Embarazo, Personalidad, Calidad De Vida, Longitudinal, Estrés.

Abstract: The aim of the present study is to analyze different psychological factors (personality, psychiatric symptoms, pregnancy worries, beliefs about delivery, locus of control, coping styles) and its relation to clinical symptomatology and the presence of complications during pregnancy, quality of life indicators, perception and coping with labour pain, type of delivery, neonatal well-being indicators, delivery satisfaction, maternal bond development and care of the baby and presence of post-partum depression.

To achieve this we will develop a prospective correlational longitudinal study. The sample will be composed by pregnant women from the area 9 from the Madrid Community that voluntarily accept the inclusion in this research.

Structured questionnaires will be used to evaluate all the psychological variables in the following moments in time:

- during the first and third trimester the following variables will be assessed: personality, psychiatric symptoms, pregnancy worries, delivery beliefs, locus of control, coping styles, first trimester physical symptomatology, quality of life indicators,
- during the immediate post-partum: pain during labour and after delivery, childbirth satisfaction,
- during the puerperium: post-partum depression and anxiety, post-traumatic stress disorder, child bond, neonatal care, personality, psychiatric symptomatology.

From the clinical record the following data will be obtained: sociodemographic variables, and parameters related to pregnancy evolution, delivery and puerperium that are relevant to the research.

Key words: Pregnancy, Personality, Quality Of Life, Longitudinal, Stress.

Centro de Trabajo: (1) D.U.E. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Licenciada en Psicología. Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesora Asociada Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos; (2) Doctora en Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos; (3) D.U.E. Licenciado en Psicología. Unidad de Cuidados Críticos, Fundación Hospital Alcorcón. Profesor Asociado Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos; (4) Licenciada en Medicina. Especialidad Obstetricia y Ginecología. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid, España).

Fecha del trabajo: 29/01/2008

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con el nuevo hijo [1, 2].

Diferentes investigaciones han analizado en qué medida los múltiples aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, influyen en cómo se desarrolla el embarazo, el parto, el puerperio, la maternidad y el vínculo afectivo, siendo aún escasos los estudios que profundizan en el área psicológica.

Dentro de las variables psicológicas que van a influir en la manera de responder de la mujer frente al embarazo, se encuentra la personalidad [3]. La personalidad de la mujer va a determinar en gran medida la forma en que se va a afrontar esta nueva condición.

Pocos trabajos se han centrado en la evaluación de la personalidad de las mujeres embarazadas y en las relaciones que pueden tener estas características con el desarrollo del embarazo, con el control del dolor durante el parto y con los resultados del mismo. Las características propias de la personalidad de las mujeres embarazadas, van a influir de manera distinta en la forma en que se va a afrontar la transición a la maternidad y los cambios que esta acarrea. Los trabajos realizados en gestantes se han realizado fundamentalmente evaluando características psicopatológicas de la personalidad, encontrando relaciones entre diferentes subescalas del MMPI (hipocondriasis) y el peso de los niños al nacer [4]. Sin embargo, el mayor campo de estudio en cuanto a características individuales y su relación con el embarazo ha sido la ansiedad. Numerosos estudios han valorado la magnitud de la ansiedad en embarazadas y su relación con las variables anteriormente citadas [5-7]. El factor de personalidad neuroticismo se ha asociado con un estilo de comportamiento "evitador" del dolor y con un temor elevado al momento del parto [8].

En un estudio realizado comparando mujeres en el tercer trimestre de embarazo y mujeres no embarazadas evaluándolas a ambas mediante el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), se encontró que las mujeres embarazadas estaban más ansiosas y con mayores sentimientos de inferioridad que las mujeres no embarazadas [9].

Asimismo, se han buscado relaciones entre las características de personalidad de las gestantes evaluadas mediante el cuestionario 16PF, comparando las mujeres que acuden a las clases del

preparación al parto y las que no, observando escasas diferencias en las características de personalidad entre ambos grupos [10].

Por otro lado, la sintomatología psiquiátrica de las mujeres puede ser un elemento determinante en el desarrollo y los resultados de la gestación y del parto. En un estudio longitudinal se realizó una evaluación de los síntomas psiquiátricos en mujeres gestantes, estableciendo relaciones con trastornos de personalidad y factores sociodemográficos. Se encontró un mayor nivel de síntomas psiquiátricos evaluados mediante el cuestionario SCL-90 durante el embarazo que después del mismo [11-12]. Asimismo, en un estudio se evaluó la sintomatología psiquiátrica medida nuevamente mediante el SCL-90 en mujeres con un embarazo accidental frente a las mujeres con un embarazo planificado, encontrándose unas mayores puntuaciones en las diferentes escalas en las mujeres con un embarazo accidental [13]. Diferentes estudios han valorado la relación existente entre la presencia de sintomatología depresiva en mujeres gestantes y sus repercusiones sobre la calidad de vida en el embarazo, encontrándose que las mujeres que presentan síntomas depresivos tienen una menor calidad de vida que aquellas que no presentan este tipo de sintomatología [14-15].

Las alteraciones emocionales severas previas a la gestación, aunque poco frecuentes, pueden aumentar la probabilidad de afrontamiento disfuncional del embarazo [16]. También el apoyo social parece ser un factor importante, ya que una falta de apoyo social se relaciona con depresión y vivencia de acontecimientos vitales importantes [17].

Durante el primer trimestre, los estudios refieren que es frecuente la presencia de náuseas y vómitos, así como fatiga. Con respecto a las náuseas y vómitos, su presencia se relaciona con ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión, otros síntomas somáticos, y disfunción social. La fatiga se puede asociar a depresión y ansiedad, y, de forma similar a la emesis, puede repercutir en la calidad de vida de la gestante [18-21].

En relación a la emesis gravídica, un estudio realizado mediante el empleo del cuestionario 16 PF de Cattell evaluó las relaciones entre los distintos factores de personalidad y la historia de vómitos durante el embarazo [22].

Otra alteración también manifestada con frecuencia es la referida a los trastornos de sueño, los cuales también son frecuentes en las mujeres embarazadas. Durante el primer trimestre es frecuente que aparezca un aumento de los despertares nocturnos y una mayor somnolencia durante el día. A partir del segundo trimestre se incrementa la tasa de insomnio en las gestantes, siendo mucho mayor en el tercer trimestre [23-26].

Estos cambios producidos en el patrón de sueño se relacionan estrechamente con la aparición de fatiga en gestantes. Se ha visto que las mujeres gestantes tienen mayor nivel de fatiga que las no gestantes y que esta tiene un efecto negativo en la calidad de vida, y se puede asociar a depresión y ansiedad [27-28]. Se ha observado, asimismo, que la fatiga elevada durante el embarazo es un predictor de la necesidad de la realización de una cesárea [29] y que en el post-parto inmediato es también un predictor para el desarrollo de depresión post-parto [30].

Otro aspecto que ha recibido bastante atención ha sido el estudio de las preocupaciones específicas del embarazo. Las más importantes son la posibilidad de problemas de salud del feto, el momento del parto y la posibilidad de aborto espontáneo. Se ha desarrollado la escala de preocupaciones de Cambridge, encontrándose que puntuaciones altas se relacionan con ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo [31, 32].

Diferentes estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre variables psicológicas (estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad), con partos más prolongados para las mujeres y una mayor cantidad de resultados negativos para el bebé, tales como nacimientos pretérmino y bajo peso al nacer. La causa por la que se producen estos efectos nocivos no está clara, pero se postulan dos hipótesis: un cuidado prenatal inadecuado derivados de estas condiciones psicológicas, o una relación directa sobre el embarazo producida por modificaciones directas a nivel bioquímico u hormonal [33-36].

Varias investigaciones han remarcado el papel esencial que juegan las expectativas que elabora la mujer con respecto al nacimiento, siendo las principales las que se refieren al apoyo proporcionado por la pareja y cuidadores, la calidad en la relación profesional sanitario-paciente, la participación activa en la toma de decisiones, y el manejo del dolor. Los estudios han destacado la importancia del cumplimiento de las expectativas generadas durante el embarazo y su relación con la percepción del parto como un acontecimiento satisfactorio [37].

Con respecto a los factores que influyen en una definición del parto como experiencia positiva se han realizado múltiples análisis. Un elemento ampliamente estudiado que se relaciona con una experiencia positiva de nacimiento es la toma de decisiones de la mujer en su proceso de parto. Otro de los aspectos es la sensación de control por parte de la gestante. También se han encontrado otros factores como la información, y el apoyo de la pareja y del personal sanitario [38-39].

Las características personales de las mujeres se ha visto que influyen de manera directa sobre el miedo al parto vaginal siendo la ansiedad uno de los principales factores psicológicos que determinan la solicitud de realización de cesárea por parte de las gestantes [40-42]. Se ha

observado también que las mujeres con temor al parto tienen una menor tolerancia al dolor [43-44].

Un factor que puede estar presente ya desde el primer trimestre, y por supuesto, destacando durante el proceso de parto, es el dolor. Los factores psicológicos que modulan la respuesta de dolor han sido ampliamente estudiados [45-46]. Parece ser que los beneficios de las estrategias cognitivas no dependen de los receptores opioides endógenos, incluso ejerciendo mayor influencia en la respuesta de dolor cuando dichos receptores son bloqueados [47].

Los mecanismos de distracción pueden mejorar la tolerancia al dolor, sobre todo aquellos que requieren mayor capacidad atencional [48-52]. Diferentes investigaciones han resaltado la importancia de las estrategias de afrontamiento, siendo más eficaces en aquellos sujetos caracterizados como "no catastrofistas". El que los individuos tengan alternativa para elegir diferentes estrategias, puede influir en la atenuación de la respuesta de dolor [48, 51, 52]. Las estrategias que emplean conductas motoras parecen ser más eficaces que las de imaginación o relajación. Emplear estrategias de afrontamiento y reinterpretar las sensaciones de dolor puede aumentar el control percibido sobre el dolor [53, 54].

El factor locus de control ha sido estudiado sobre todo en dolor crónico, relacionándose un locus de control interno con niveles más bajos de dolor, así mismo, en los programas de tratamiento de dolor crónico en los que disminuyen las atribuciones externas, se aumenta la probabilidad de modificar las creencias del paciente sobre el control del dolor [55, 56].

Se han encontrado múltiples factores psicológicos que modulan la percepción del dolor de parto. Los instrumentos de medida más utilizados han sido la escala visual analógica (VAS), y el cuestionario McGill Pain Questionnaire (MPQ) [57]. También se ha utilizado la valoración de conductas no verbales para evaluar el dolor de parto [58].

Entre los factores que se han visto que tienen relación con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores. Situaciones tales como el estrés, la ansiedad, la depresión o el factor de personalidad neuroticismo pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor [59, 46].

Diversos estudios han relacionado la ansiedad presente durante el embarazo con los pródromos de parto y el dolor de parto [60, 61]. La información recibida durante el embarazo puede influir también en la percepción del dolor [61-62], aunque esto no es apoyado por otros estudios [60].

El concepto de autoeficacia ha sido objeto de diferentes investigaciones, encontrándose que los niveles altos de autoeficacia predicen niveles más bajos de dolor durante el parto [47, 63].

También se ha relacionado con niveles más bajos de dolor, las experiencias previas de dolor y el apoyo de la pareja [37].

Se ha investigado la relación entre dolor de parto y expectativas maternas. Un gran porcentaje de pacientes esperan poder manejar el dolor de parto, y tienen expectativas de sentir menos dolor del experimentado [37]. Además, se ha analizado que el desarrollo de estrategias de afrontamiento puede influir atenuando la experiencia del dolor de parto [64].

Diversos estudios han relacionado el dolor de parto con la satisfacción del proceso de nacimiento [65]. El esperar mayor dolor del experimentado, la satisfacción con la analgesia recibida y el cumplimiento de las expectativas de dolor influye en una mayor satisfacción con el nacimiento [38, 39].

El período puerperal requiere, no obstante, especial atención, ya que múltiples investigaciones han encontrado que la adaptación de la mujer a este período puede verse modificada o alterada por diferentes variables.

Investigaciones han analizado que, el que la gestante presente una tendencia a catastrofizar el dolor, se asocia a un decremento en la adaptación maternal postparto, mayor probabilidad de presentar alteraciones en el estado de ánimo y el funcionamiento social, y una potencial interferencia en el vínculo con el hijo [66].

Los estudios han relacionado la depresión puerperal con presencia de depresión en el embarazo, neuroticismo, y presencia de ansiedad durante el embarazo y el parto. También se ha visto que en las mujeres deprimidas existe una discrepancia entre sus expectativas y la realidad y una tendencia a la perfección [67].

Con respecto al síndrome de estrés postraumático, parece existir una relación con el miedo ante las complicaciones del parto y la salud del bebé, pérdida de control, traumas previos al embarazo, falta de apoyo social, características del dolor percibido durante el parto, locus de control y falta de estrategias de afrontamiento[68].

También se ha intentado buscar relaciones entre factores psicológicos de la madre durante el embarazo tales como ansiedad y estrés con el comportamiento de los recién nacidos encontrándose relación entre mayores niveles de ansiedad y un comportamiento definido como "difícil" en los recién nacidos [69, 70].

Tomando como referencia, por lo tanto, los anteriores estudios, la presente investigación se dirigirá, mediante un estudio longitudinal, a analizar diversas variables psicológicas relativas a personalidad, sintomatología psiquiátrica, preocupaciones del embarazo, creencias sobre el parto,

locus de control, estrategias de afrontamiento y su relación con sintomatología clínica y presencia de complicaciones durante la gestación, indicadores de calidad de vida, percepción y control del dolor de parto, tipo de parto, indicadores de bienestar neonatal, satisfacción con el nacimiento, desarrollo del vínculo y cuidado del hijo, y presencia de depresión postparto.

BIBLIOGRAFIA

1. González-Merlo J, Del Sol JR. Editores, . Obstetricia. 4 ed. Barcelona: Masson; 2002.
2. Smith RP. Ed. Netter: Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer. 1 ed. Barcelona: Masson; 2006.
3. Cloninger S. Cattell y los cinco grandes: Teorías analítico-factoriales de los rasgos. In: Cloninger S, editor. Teorías de la personalidad. México: Pearson Educación; 2003. p. 227-74.
4. Costa P, McCrae R, Dye D. Facet Scales for agreeableness and conscientiousness: a revision of the NEO personality inventory. Pers Individ Dif. 1991; 12: 887-98.
5. Canals J, Esparó G, Fernández-Ballart J. How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. Pers Individ Dif. 2002; 33(2): 253-9.
6. Lang A, Sorrell J, Rodgers C, Lebeck M. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. Eur J Pain. 2006 Apr; 10(3): 263-70.
7. Feeney S. The relationship between pain and negative affect in older adults: anxiety as a predictor of pain. J Anxiety Disord. 2004; 18(6): 733-44.
8. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003 Mar; 82(3): 201-8.
9. Nieland N, Roger D. Emotion control and analgesia in labour. Pers Individ Dif. 1993; 14(6): 841-3.
10. Coco Gómez A, Morales Mlanquez C. Utilización del cuestionario de personalidad 16PF forma C/D en gestantes. Psiquis. 1999; 20(1): 45-50.
11. Borjesson K, Ruppert S, Bagedahl-Strindlund M. A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. Arch Women Ment Health. 2005 Nov; 8(4): 232-42.
12. Borjesson K. Mental illness: relation to childbirth and experience of motherhood [tesis doctoral]. Stockholm: Karolinska University Press; 2005.
13. Bao L. Mental health of women with accidental pregnancy. Chinese Mental Health Journal. 2001; 15(5): 304.
14. Mckee M, Cunningham M, Jankowski K, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstet Gynecol. 2001 Jun; 97(6): 988-93.
15. Nicholson W, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper L, Strobino D, Powe N. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. Obstet Gynecol. 2006 Apr; 107(4): 798-806.

16. Carnes JW. Psychosocial disturbances during and after pregnancy. *Postgrad Med.* 1983 Jan; 73(1): 135.
17. MacDonald LD, Peacock JL, Anderson HR. Marital status: association with social and economic circumstances, psychological state and outcomes of pregnancy. *J Public Health Med.* 1992 Mar; 14(1): 26-34.
18. Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2000 Nov; 40(4): 397-401.
19. Swallow B, Lindow S, Masson E, Hay D. Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol.* 2004 Jan; 24(1): 28-32.
20. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. Development of an instrument to measure nausea and vomiting in pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2002 Sep; 22(5): 481-5.
21. O'Brien B, Naber S. Nausea and vomiting during pregnancy: effects on the quality of women's lives. *Birth.* 1992 Sep; 19(3): 138-43.
22. Arnaldos Herrero J, Martos Gutiérrez J, Hernández Martínez J. Personalidad y emesis gravidica. *An Psiquiatr.* 1997; 13(8): 321-6.
23. Lopes E, Carvalho L, Seguro P, Mattar R, Silva A, Prado L, et al. Sleep disorders in pregnancy. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004 Jun; 62(2A): 217-21.
24. Fujino Y, Shirata K, Imanaka M, Nishio J, Ogita S, Park Y. Sleeping habits of pregnant women: a questionnaire study. *Appl Human Sci.* 1995 Nov; 14(6): 305-7.
25. Elek S, Hudson D, Fleck M. Expectant parents' experience with fatigue and sleep during pregnancy. *Birth.* 1997 Mar; 24(1): 49-54.
26. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Suhonen-Malm A, Myllyla V. Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep Med.* 2002 Jan; 3(1): 37-42.
27. Behrenz K, Monga M. Fatigue in pregnancy: a comparative study. *Am J Perinatol.* 1999; 16(4): 185-8.
28. Reeves N, Potempa K, Gallo A. Fatigue in early pregnancy. An exploratory study. *J Nurse Midwifery.* 1991 Sep; 36(5): 303-9.
29. Chien L, Ko Y. Fatigue during pregnancy predicts caesarean deliveries. *J Adv Nurs.* 2004 Mar; 45(5): 487-94.
30. Corwin E, Brownstead J, Barton N, Heckard S, Morin K. The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005 Sep; 34(5): 577-86.
31. Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol.* 2003 Nov; 8(6): 753-64.
32. Ohman SG, Grunewald C, Waldenstrom U. Women's worries during pregnancy: Testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci.* 2003; 17(2): 148-52.
33. Copper R, Goldenberg R, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, et al. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five

- weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Nov; 175(5): 1286-92.
34. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85(3): 277-85.
35. Homer C, James S, Siegel E. Work-related psychosocial stress and risk of preterm, low birthweight delivery. *Am J Public Health*. 1990 Feb; 80(2): 173-7.
36. Steer R, Scholl T, Hediger M, Fischer R. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol*. 1992 Oct; 45(10): 1093-9.
37. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1995 Jan; 39(1): 60-6.
38. Capogna G, Alahuhtat S, Celleno D, De VH, Moreira J, Morgan B, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women. *Int J Obstet Anesth*. 1996 Oct; 5(4): 229-35.
39. Kannan S, Jamison RN, Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med*. 2001 Sep; 26(5): 468-72.
40. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*. 2001 May; 108(5): 492-8.
41. 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 Jun; 19(2): 84-97.
42. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85(1): 56-62.
43. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*. 2001 Aug; 93(2): 123-7.
44. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol*. 1999 Nov; 94(5 Pt 1): 679-82.
45. Waldenstrom U, Bergman V, Vasell G. The complexity of labor pain: experiences of 278 women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996 Dec; 17(4): 215-28.
46. Chang M, Chen S, Chen C. Factors related to perceived labor pain in primiparas. *Kaohsiung J Med Sci*. 2002 Dec; 18(12): 604-9.
47. Anarte MT, Esteve R, López AE, Ramírez C, Camacho L. The role of cognition in the modulation of pain: assessment of beliefs in patients with chronic pain. *Revista Española de Neuropsicología*. 2006; 3(4): 46-62.
48. Heyneman NE, Fremouw WJ, Gano D, Kirkland F. Individual differences and the effectiveness of different coping strategies for pain. *Cognitive Therapy and Research*. 1990; 14(1): 63-77.
49. Panopoulos GE. Coping with pain: Effects of distraction on sensory-discriminative and affective-motivational components of pain. *Dissertation Abstracts International*. 1997; 57(9-B): 5927.
50. Stevens MJ. Interaction of coping style and cognitive strategies in the management of acute pain. *Imagination, Cognition and Personality*. 1991; 11(3): 225-32.

51. Rokke PD, Lall R. The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. *Cognitive Therapy and Research*. 1992; 16(1): 53-65.
52. Velting DM. Effects of coping and mastery models on pain tolerance. *Dissertation Abstracts International*. 1996; 56(10-B): 5785.
53. Harkapaa K. Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clin J Pain*. 1991 Dec; 7(4): 275-82.
54. Williams SL, Kinney PJ. Performance and nonperformance strategies for coping with acute pain: The role of perceived self-efficacy, expected outcomes, and attention. *Cognitive Therapy and Research*. 1991; 15(1): 1-19.
55. Coughlin AM, Badura AS, Fleischer TD, Guck TP. Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 Jun; 81(6): 739-40.
56. Martínez M, Fernández M, Biurrun A, Jusue G. Relación entre niveles de dolor, locus de control y distrés psicológico en pacientes con dolor crónico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 1999;(49/50): 74-80.
57. Lazaro C, Caseras X, Torrubia R, Banos JE. Measurement of postoperative pain: analysis of the sensitivity of various self-evaluation instruments. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2003 May; 50(5): 230-6.
58. Bonnel AM, Boureau F. Labor pain assessment: validity of a behavioral index. *Pain*. 1985 May; 22(1): 81-90.
59. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep; 50(5): 275-85.
60. Reading AE, Cox DN. Psychosocial predictors of labor pain. *Pain*. 1985; 22(3): 309-15.
61. Lowe NK. Individual variation in childbirth pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1987; 7(3): 183-92.
62. McCrea H, Wright ME, Stringer M. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *International Journal of Nursing Studies*. 2000; 37(6): 493-503.
63. Larsen KE, O'Hara MW, Brewer KK, Wenzel A. A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. 2001; 19(3): 203-14.
64. Niven CA, Gijsbers K. Coping with labor pain. *J Pain Symptom Manage*. 1996 Feb; 11(2): 116-25.
65. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*. 1996 Sep; 23(3): 144-53.
66. Kao BC, Gau ML, Wu SF, Kuo BJ, Lee TY. A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. *J Nurs Res*. 2004 Sep; 12(3): 191-202.
67. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Jan; 80(1): 39-45.

68. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*. 1990 Mar; 17(1): 15-24.
69. Austin M. Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: Relationships with infant temperament. *Early Hum Dev*. 2005; 81(2): 183-90.
70. Huizink A. Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41(9): 1078-85.

HIPOTESIS

- En relación a la personalidad de las mujeres, se espera que aquellas que tengan puntuaciones más elevadas en neuroticismo presenten mayor sintomatología relacionada con el embarazo así como una mayor necesidad de analgesia durante el momento del parto.
- Las mujeres con una mayor cantidad de sintomatología psiquiátrica a lo largo del embarazo presentarán una mayor incidencia de depresión postparto así como una mayor dificultad para establecer un vínculo materno adecuado con el recién nacido.
- Los indicadores de bienestar fetal en el momento del nacimiento serán mejores en el caso de aquellos bebés de madres gestantes con puntuaciones menores en sintomatología psiquiátrica y sintomatología relacionada con el embarazo.
- El control del dolor durante el parto va a ser un determinante esencial de la satisfacción de la mujer con el mismo.
- La presencia de preocupaciones al inicio del embarazo aumentará el desarrollo de sintomatología psiquiátrica durante el mismo, y disminuirá la satisfacción con el nacimiento.
- La presencia de sintomatología psiquiátrica, puntuaciones elevadas en neuroticismo, el locus de control externo, y las preocupaciones durante el mismo provocarán un desarrollo ineficaz de la lactancia materna.
- Las gestantes con estilos de afrontamiento saludables controlarán de una manera más eficaz el dolor de parto disminuyendo las necesidades analgésicas durante el mismo y aumentarán los indicadores de satisfacción con el nuevo hijo.
- El locus de control interno se asociará a puntuaciones más bajas en los cuestionarios de percepción dolorosa.
- Una percepción negativa del nacimiento influirá negativamente en el posterior vínculo con el hijo así como en su cuidado.
- Las creencias irracionales sobre el parto modificarán de manera negativa la percepción del nacimiento del nuevo hijo.
- Un parto traumático incrementará el riesgo de presentar depresión puerperal, síntomas de ansiedad y estrés post-traumático y relaciones disfuncionales con el hijo.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar el efecto de diferentes factores psicológicos sobre la percepción y desarrollo del embarazo, parto, puerperio, vínculo y cuidado del nuevo hijo.

Objetivos Específicos:

- Describir las características psicológicas de las mujeres gestantes y valorar las modificaciones de las mismas a lo largo del embarazo.
- Analizar el efecto de los factores psicológicos sobre la satisfacción de las mujeres con el embarazo y el parto.
- Analizar el efecto de las creencias sobre el parto sobre la percepción del nacimiento.
- Estudiar la influencia de las preocupaciones presentes durante el embarazo y el desarrollo posterior de cuidados del recién nacido.
- Evaluar la influencia de los factores psicológicos sobre las variables fisiológicas de bienestar fetal obtenidas por el niño al nacer.
- Explorar determinantes psicológicos del desarrollo de depresión postparto.
- Identificar factores psicológicos que modulen la percepción del dolor de parto y las necesidades analgésicas durante el mismo.
- Evaluar el tipo de parto y su influencia en la satisfacción con el parto y el desarrollo de alteraciones psicológicas durante el puerperio.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio longitudinal correlacional.

Población diana: Mujeres gestantes pertenecientes al área 9 de atención sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Criterios de inclusión: tener 18 años de edad o más, estar embarazada y tener un conocimiento correcto hablado y escrito del español.

Criterios de exclusión: padecer enfermedad mental previa diagnosticada por un profesional, patologías maternas o fetales que puedan desembocar en la interrupción del embarazo.

Durante los tres años de duración del estudio se espera contactar con al menos 200 mujeres gestantes desde el inicio de la gestación realizando un seguimiento de las mismas durante un año.

Variables:

Datos sociodemográficos de la gestante: edad, semanas de gestación, nivel de estudios, trabajo actual, abortos y partos previos, hábitos tóxicos durante el embarazo, planificación del embarazo y apoyo familiar durante el mismo, baja médica.

Datos de la historia clínica relevantes durante el proceso de gestación, parto y postparto: antecedentes personales, número de consultas en la urgencia obstétrica, ingresos, alteraciones clínicas desarrolladas durante el embarazo, tipo de parto, datos de bienestar fetal, evolución del postparto y puerperio inmediato.

Durante el embarazo (1º y 3º trimestre):

- Factores de personalidad evaluados mediante el cuestionario NEO-FFI (Costa y McCrae, 1999)
- Sintomatología clínica psiquiátrica evaluada mediante el cuestionario SCL-90-R (Derogatis, 2002)
- Preocupaciones del embarazo medidas mediante la Cambridge Worries Scale (Statham, 1997)
- Sintomatología clínica propia del 1º trimestre (escala elaborada por los investigadores)
- Satisfacción con el embarazo (escala elaborada por los investigadores)
- Náuseas y vómitos en el embarazo mediante el cuestionario NVPI (Swallow, 2002)
- Dolor (escala visual analógica)
- Expectativas de parto mediante la escala Childbirth Expectation Questionnaire (Gupton, 1991)
- Estilos de afrontamiento mediante el cuestionario CAE (Sandín, 2003)
- Locus de control mediante la escala de Rotter (Rotter, 1984)
- Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1995)
- Calidad de vida durante el embarazo (escala elaborada por los investigadores)

En el momento del parto y postparto:

- Necesidades analgésicas: necesidad de epidural, momento de administración, dosis adicionales
- Tipo de lactancia
- Valoración del dolor de parto mediante escala visual analógica y cuestionario McGill (Lázaro, 1994)
- Satisfacción con el parto mediante la escala de Mackey (Mackey, 1995)

En el puerperio (1-2 meses postparto):

- Factores de personalidad evaluados mediante el cuestionario NEO-FFI (Costa y McCrae, 1999)

- Sintomatología clínica psiquiátrica evaluada mediante el cuestionario SCL-90-R (Derogatis, 1990)
- Valoración de la depresión postparto mediante la escala BDI-II (Beck, 1996)
- Valoración de la ansiedad mediante la escala STAI (Spielberger, 1983)
- Valoración del trastorno por estrés post-traumático mediante el cuestionario PTSD-Q (Czarnocka, 2000)
- Valoración del apego materno-infantil con preguntas cerradas desarrolladas por el equipo investigador
- Valoración de la lactancia materna con preguntas cerradas desarrolladas por el equipo investigador
- Escala de evaluación del comportamiento neonatal madre-bebe (Brazelton, 1995)

Técnicas de recogida y análisis de datos

La información necesaria se recogerá mediante un cuestionario estructurado para la obtención de las variables sociodemográficas. Los datos acerca de las variables psicológicas se obtendrán mediante la cumplimentación por parte de las mujeres de cuestionarios validados y desarrollados para tal fin. La entrega de estos cuestionarios se realizará directamente por parte de los investigadores o, en su defecto, mediante el envío por correo de los cuestionarios al domicilio de la gestante con la cual se habrá hablado previamente por teléfono.

Los datos correspondientes a información clínica de la paciente se recogerán directamente de la historia clínica informatizada disponible en el Hospital de Fuenlabrada, se han solicitado los permisos pertinentes para poder acceder a dichos datos por parte del equipo investigador. El estudio sigue los principios éticos para la investigación con humanos y ha sido aprobado por el Comité ético correspondiente.

Limitaciones del estudio

- El ámbito de recogida de datos va a quedar reducido a mujeres gestantes de la Comunidad de Madrid, asimismo, en principio sólo se incluirán en el estudio mujeres correspondientes al área 9 de salud de la misma.
- La participación es voluntaria ya que se requiere la colaboración activa de las participantes para la cumplimentación de los cuestionarios, asimismo, los cuestionarios a cumplimentar requieren por parte de las mujeres de una dedicación en el tiempo que puede ser valorada como excesiva.

- Debido a las características del estudio, aunque inicialmente se contacte con un número determinado de gestantes, puede haber una pérdida considerable de la muestra por diversas razones (rechazo a los cuestionarios psicológicos, olvido en el envío de los cuestionarios...).
- Dificultad en el seguimiento durante el período puerperal por la escasez de tiempo de las madres debido a su dedicación exclusiva al recién nacido.

PLAN DE TRABAJO

MESES						
	1-2	3-12	13-18	18-24	24-30	30-36
Preparación de cuestionarios	X					
Captación de mujeres 1º trimestre		X	X			
Recogida de datos		X	X	X	X	
Análisis e interpretación			X	X	X	
Redacción del informe					X	X
Presentación final de resultados						X

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El equipo investigador está compuesto por un grupo multidisciplinar de profesionales compuesto por matrona, médico especialista en ginecología y obstetricia, psicólogos y enfermero, que engloban todos los aspectos relevantes en la atención a las mujeres gestantes.

Por un lado, a nivel asistencial, parte del equipo desarrolla su labor profesional en el Hospital de Fuenlabrada, llevando a cabo la asistencia directa a las mujeres gestantes durante su embarazo, parto y puerperio. Dicho hospital, de reciente creación, resalta la importancia de desarrollar investigaciones que repercutan de manera positiva en la atención a los usuarios. Cuenta además con recursos, como la historia clínica informatizada, que son de gran utilidad en la puesta en marcha de diferentes estudios.

El equipo investigador tiene experiencia en investigaciones relacionadas con la salud y el género llevando a cabo trabajos sobre el tema de las conductas reproductoras y psicobiología de la conducta maternal, relacionándose con el tema de la presente investigación. En concreto, una de las investigadoras cuenta con el Doctorado en Psicología por trabajos realizados en este campo.

Asimismo, los investigadores han desempeñado actividades de investigación en el área de personalidad, estrés y salud, contando con numerosas publicaciones tanto nacionales como internacionales en burnout, patrón de conducta tipo-A, estrés laboral, estrategias de afrontamiento al estrés, autoestima y calidad de vida. Una de las colaboradoras cuenta con el Doctorado en Psicología por su trabajo en relación al estrés, la salud y la calidad de vida, realizando posteriormente múltiples investigaciones becadas por organismos oficiales en las áreas de fibromialgia, estrés en el profesorado o burnout en profesionales sanitarios.

En relación al tema concreto de este trabajo, ya se ha iniciado una línea de investigación por parte de dos miembros del equipo destinada a la obtención del Diploma de Estudios Avanzados presentado en la Universidad Rey Juan Carlos. Los resultados de dicho trabajo han sido expuestos en un congreso nacional en el presente año.

Se cuenta con experiencia como becarios colaboradores en servicios de psicología clínica de diferentes universidades (UNED, Universidad Rey Juan Carlos), trabajando en la evaluación psicológica de pacientes, lo que permite un manejo óptimo de los diferentes instrumentos que se emplean para el análisis de variables en las gestantes en el presente estudio.

Por otro lado, se aporta la experiencia en diseño de proyectos de investigación en el servicio de Investigación de la Oficina de Análisis y Prospectiva de la UAM, además de la actividad docente desempeñada en el área de metodología de investigación en la Universidad Rey Juan Carlos.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

La atención sanitaria a la mujer cada vez está cobrando una mayor importancia en el Sistema Nacional de Salud. Uno de los procesos fisiológicos propios de la mujer, y que además supone un gran cambio, es la gestación. Pocos trabajos han estudiado la influencia de los factores psicológicos en el desarrollo del embarazo y el parto; sin embargo, es un hecho que estos factores influyen sobre la fisiología del individuo, y por ello cada vez cobran una mayor importancia en el estudio de las patologías, acercándonos, de manera progresiva, a la asistencia holística de los individuos ampliando nuestra atención más allá de los aspectos meramente fisiológicos.

A nivel clínico/asistencial, el conocimiento de la influencia de los factores psicológicos sobre la gestación, el parto y el posterior desarrollo del puerperio, puede suponer una mejora de los cuidados prestados a las mujeres que se encuentran en esta situación y una mayor satisfacción de las mismas tanto con el desarrollo de su embarazo y los resultados del mismo, como con el sistema sanitario por la calidad de los cuidados prestados. La mejora de la situación psicológica de la mujer durante el embarazo también podría reducir las complicaciones posteriores, disminuyendo así los gastos en la asistencia sanitaria.

En relación al impacto bibliométrico, el presente proyecto puede suponer la realización de diversas publicaciones en relación a diferentes aspectos del proyecto:

- Influencia de los factores psicológicos en las necesidades analgésicas durante el parto
- Variables psicológicas y desarrollo del apego materno
- Variables psicopatológicas y resultados del parto
- Adaptación al castellano de diversos cuestionarios empleados en estudios internacionales y no disponibles en nuestro idioma.

Se debe tener en cuenta que el número de publicaciones sobre el tema es relativamente escaso, especialmente en muestra española, con lo que el proyecto ayudaría a un enriquecimiento bibliográfico en la materia. Por esta razón, las publicaciones se realizarán en revistas especializadas en la materia e indexadas en el Science Citation Index para asegurar la difusión internacional de los resultados obtenidos. Entre las opciones posibles encontraríamos las revistas: *Obstetrics and Gynecology*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *Birth*, *Health Psychology* y *Journal of Advanced Nursing*.

Se presentarán, asimismo, al menos tres comunicaciones a congresos relacionados con el tema derivadas de los resultados del estudio.

MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

- Material bibliográfico (libros, manuales, artículos).
- Acceso a bases de datos a través de la URJC y la Agencia Laín Entralgo (Medline, Psycinfo y CINAHL).
- Préstamo interbibliotecario a través de la biblioteca de la URJC.
- Software (Office, SPSS).
- Sala de reuniones para que las mujeres rellenen los cuestionarios en el centro de atención especializada.
- Historia clínica informatizada del Hospital de Fuenlabrada.

JUSTIFICACION DE LA AYUDA SOLICITADA

- 5000 euros para la colaboración de un técnico que ayude al equipo investigador en las tareas de recogida de datos.
- 1500 euros en reprografía: debido a la gran cantidad de cuestionarios que es preciso entregar las mujeres es importante contar con un presupuesto adecuado para la realización de fotocopias.
- 2000 euros en sobres y sellos de correos para el envío de los cuestionarios a las mujeres, así como para su devolución por parte de éstas una vez correctamente cumplimentadas.
- 1000 euros en material bibliográfico para la adquisición de documentación pertinente con la investigación.
- 3000 euros para premiar a las mujeres que completen el estudio para agradecerles su implicación en el proyecto y el tiempo dedicado al mismo.
- 500 euros en publicaciones (asesoramiento estadístico y traducciones): se contará con expertos en estadística que puedan mejorar la presentación final de las investigaciones, asimismo, se precisará de asesoramiento en la traducción de los textos para la presentación de estos resultados en publicaciones internacionales.
- 5000 euros en desplazamientos para seguimiento de algunas participantes y para la asistencia a congresos y eventos de divulgación para la presentación de los resultados obtenidos en la realización de la investigación.

El coste del proyecto tendría un importe de 24000 euros si no fuese por las aportaciones en programas informáticos, acceso a bases de datos, parte del material fungible proporcionado tanto por la Universidad Rey Juan Carlos como por el Hospital de Fuenlabrada.

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO SOLICITADO	
1. Gastos de personal	Euros
Ayuda estadística y de traducción de documentos	500,00 €
Técnico de apoyo para la recogida de datos	5.000,00 €
SUBTOTAL	5.500,00 €
2. Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios	
(Inventariable, fungible y otros gastos)	
Fotocopias	1.500,00 €
Sellos y sobres	2.000,00 €
Material bibliográfico	1.000,00 €
Gratificación para las mujeres	3.000,00 €
SUBTOTAL	7.500,00 €
b) Viajes y dietas	
Asistencia a congresos (nacionales e internacionales)	5.000,00 €
SUBTOTAL	5.000,00 €
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	12.500,00 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	18.000,00 €