

Laura Lorén Guerrero

# Evaluación de la salud percibida durante el puerperio inmediato tras un parto hospitalario

Departamento  
Fisiatría y Enfermería

Director/es  
Gascón Catalán, Ana María  
Romero Cardiel, Manuel Ángel

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

---

© Universidad de Zaragoza  
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

EVALUACIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA DURANTE  
EL PUERPERIO INMEDIATO TRAS UN PARTO  
HOSPITALARIO

Autor

Laura Lorén Guerrero

Director/es

Gascón Catalán, Ana María  
Romero Cardiel, Manuel Ángel

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**

Fisiatría y Enfermería

2015



Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Departamento de Enfermería y Fisiatría

**EVALUACIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA  
DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO TRAS UN  
PARTO HOSPITALARIO**

**Autora: Laura Lorén Guerrero**

**Directores: Ana Gascón Catalán y Manuel Romero Cardiel**

**Tesis Doctoral 2014**

EVALUACIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA  
DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO TRAS UN  
PARTO HOSPITALARIO

Autora: Laura Lorén Guerrero

Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA):

dictamen favorable (CI PI11/0020)

## *AGRADECIMIENTOS*

*A todas las mujeres que participaron en el estudio y que anónimamente entregaron sus sentimientos para hacer posible este trabajo.*

*A todas aquellas profesionales, matronas, técnicos auxiliares en cuidados de enfermería y ginecólogos, que me han acompañado a lo largo de este viaje. Me han transmitido su energía e interés por el tema y su gran afecto personal.*

*A mis directores, los que me han guiado y animado a continuar en los momentos difíciles. Muchas gracias por la tutorización tan cercana y personal y por hacer tan fácil la ejecución de este proyecto.*

*A Majo, Pauris, Rodri y Lidia que han vivido este trabajo como una secuencia de capítulos, siguiendo a mi lado durante todo el trayecto incondicionalmente.*

*Y por supuesto a mis padres, mi hermana y Naxo, y a Sergio y su familia, que han hecho de este proyecto algo suyo y lo han vivido muy de cerca con cariño y expectación. Muchas gracias a todos por acompañarme en este viaje y ayudarme a conseguir esta meta, este nuevo punto de partida.*

*“La verdadera sabiduría está en reconocer la propia ignorancia.”*

*Sócrates*

*“Lo importante no es el final, lo bonito es disfrutar del camino.”*

*L. Lorén*



## ÍNDICE

---

<b>ÍNDICE</b>	<b>5</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
1.1 Calidad de Vida como indicador sanitario	14
1.2 Calidad de Vida relacionada con la salud	15
1.3 Concepto de Salud Percibida	17
1.4 Determinantes de la Salud Percibida	20
1.5 Concepto de Maternidad	22
1.6 Cambios psicológicos en la Maternidad	24
1.7 Adaptación psicológica a la Maternidad	31
1.8 Salud e Investigación en el Puerperio	33
1.9 Planteamiento del problema	39
<b>2. HIPÓTESIS</b>	<b>41</b>
2.1 Preguntas de investigación	41
2.2 Objetivos	42
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>44</b>
3.1 Diseño del estudio	44
3.2 Ámbito de estudio	44
3.3 Periodo de estudio	45

3.4	Población de estudio	45
3.5	Tamaño de la muestra	46
3.6	Selección de la muestra	47
3.7	Variables	48
3.8	Instrumentos de medida	51
3.8.1	<i>Cuestionario NuPCI</i>	51
3.8.2	<i>Cuestionario GHQ-28</i>	54
3.8.3	<i>Cuestionario de salud SF-36</i>	55
3.9	Análisis de los resultados	59
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>62</b>
4.1	Análisis general de la muestra	62
4.2	Análisis general de las variables	63
4.3	Análisis descriptivo de la muestra	63
4.3.1	<i>Variables sociodemográficas: Edad y Nacionalidad.</i>	63
4.3.2	<i>Paridad de las participantes</i>	64
4.3.3	<i>Estrés durante la gestación</i>	64
4.3.4	<i>Estrategias de afrontamiento ante el estrés durante el embarazo.</i>	67
4.3.5	<i>Trabajo de parto en las mujeres de la muestra</i>	75
4.3.6	<i>Variables relacionadas con el Recién Nacido</i>	76
4.3.7	<i>Percepción de la Salud General</i>	77
4.4	Presencia de malestar psíquico significativo durante el final del embarazo.	79

4.4.1	<i>Síntomas Somáticos</i>	81
4.4.2	<i>Ansiedad</i>	84
4.4.3	<i>Disfunción Social</i>	86
4.4.4	<i>Depresión</i>	88
4.5	Salud Percibida en el Puerperio Inmediato	92
4.5.1	<i>Percepción de la Salud Física</i>	97
4.5.2	<i>Percepción de la Salud Mental</i>	116
<b>5.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>136</b>
5.1	Salud percibida durante el puerperio inmediato	136
5.2	Influencia del estrés en la salud percibida durante el puerperio	144
5.3	Adaptación del Cuestionario NuPCI para valorar estrategias de afrontamiento prenatal	151
5.4	Estrategias de afrontamiento prenatal utilizadas y su relación con la salud percibida posparto	152
5.4.1	<i>Preparación - Planificación</i>	152
5.4.2	<i>Evitación</i>	154
5.4.3	<i>Espiritual – Afrontamiento Positivo</i>	157
5.5	Influencia del malestar psíquico significativo durante la gestación en la percepción de la salud puerperal	159
5.6	Influencia del trabajo de parto en la percepción de salud durante el puerperio inmediato.	164
5.6.1	<i>Paridad</i>	164

5.6.2	<i>Inicio del parto</i>	166
5.6.3	<i>Tipo de parto</i>	168
5.7	Ingreso del recién nacido y su alimentación	172
5.8	Influencia de algunas variables sociodemográficas en la percepción de salud durante el puerperio inmediato.	173
<b>6.</b>	<b>LIMITACIONES</b>	<b>177</b>
<b>7.</b>	<b>IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA</b>	<b>179</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>184</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>186</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>225</b>
	Anexo 1: Registro de los datos sociodemográficos	225
	Anexo 2: Cuestionario de salud SF-36 (versión española 1.4)	226
	Anexo 3: Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)	234
	Anexo 4: Cuestionario NuPCI: Inventario de Afrontamiento Prenatal	238
	Anexo 5: Documento de Información a las Participantes	241
	Anexo 6: Consentimiento Informado de Participación	242
	Anexo 7: Permiso de la Dirección del Hospital para la consulta de las historias clínicas de las participantes.	243
	Anexo 8: Permiso del Comité Ético de Investigaciones Clínicas de Aragón (CEICA).	244

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Funciones adaptativas y daño o beneficio de las principales emociones durante la maternidad.	25
Tabla 2: Resultados de correlación entre la puntuación de la subescala Preparación-Planificación y cada una de sus cuestiones (r de Spearman).	69
Tabla 3: Resultados de correlación entre la puntuación de la subescala Evitación y cada una de sus cuestiones (r de Spearman).	70
Tabla 4: Resultados de correlación entre la puntuación de la subescala Espiritual – Afrontamiento Positivo y cada una de sus cuestiones (r de Spearman).	71
Tabla 5: Validez interna del cuestionario NuPCI	71
Tabla 6: Resultados descriptivos de la Escala de Goldberg GHQ-28.	80
Tabla 7: Relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas con el cuestionario Goldberg GHQ-28.	81
Tabla 8: Resultados de la subescala Síntomas Somáticos.	82
Tabla 9: Resultados de la subescala Síntomas Somáticos.	82
Tabla 10: Resultado del análisis por regresión logística múltiple en la subescala Síntomas Somáticos.	83

Tabla 11: Resultados de la subescala Ansiedad.	84
Tabla 12: Resultados de la subescala Ansiedad.	85
Tabla 13: Resultado del análisis por regresión logística múltiple en la subescala Ansiedad.	86
Tabla 14: Resultados de la subescala Disfunción Social.	87
Tabla 15: Resultados de la subescala Disfunción Social.	87
Tabla 16: Resultado del análisis por regresión logística múltiple en la subescala Disfunción Social.	88
Tabla 17: Resultados de la subescala Depresión según las variables categóricas.	89
Tabla 18: Resultados de la subescala Depresión según las variables cuantitativas.	90
Tabla 19: Resultados descriptivos del Cuestionario de Salud SF-36.	93
Tabla 20: Relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas con el Cuestionario de Salud SF-36.	95
Tabla 21: Resultados descriptivos de los Índices sumarios del Cuestionario SF-36.	96
Tabla 22: Relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas con los índices sumarios del Cuestionario de Salud SF-36.	97
Tabla 23: Resultados de la dimensión de salud Función Física.	98

Tabla 24: Asociación entre la Función Física y el estado emocional de la gestante.	100
Tabla 25: Resultados de la dimensión de salud Rol Físico.	102
Tabla 26: Asociación entre el Rol Físico y el estado emocional de la gestante.	103
Tabla 27: Resultados de la dimensión de salud Dolor Corporal.	104
Tabla 28: Asociación entre el Dolor Corporal y el estado emocional de la gestante.	106
Tabla 29: Resultados de la dimensión Salud General.	109
Tabla 30: Asociación de la Salud General con las estrategias de afrontamiento ante el estrés durante la gestación.	111
Tabla 31: Asociación entre la Salud General y el estado emocional de la gestante.	112
Tabla 32: Resultados de la dimensión de salud Componente Físico.	113
Tabla 33: Asociación entre Índice Sumario de Salud Física y el estado emocional de la gestante.	114
Tabla 34: Asociación de las variables sociodemográficas y obstétricas con las dimensiones de Salud Física Percibida. Modelos de regresión lineal múltiple por pasos adelante.	115
Tabla 35: Resultados de la dimensión de salud Vitalidad.	117

Tabla 36: Asociación entre la Vitalidad y el estado emocional de la gestante.	120
Tabla 37: Resultados de la dimensión de salud Función Social.	121
Tabla 38: Asociación entre la Función Social y el estado emocional de la gestante.	124
Tabla 39: Resultados de la dimensión de salud Rol Emocional.	124
Tabla 40: Asociación entre el Rol Emocional y el estado emocional de la gestante.	125
Tabla 41: Resultados de la dimensión Salud Mental.	127
Tabla 42: Asociación entre la Salud Mental y el estado emocional de la gestante.	130
Tabla 43: Resultados de la dimensión de salud Componente Mental.	131
Tabla 44: Asociación entre Índice Sumario de Salud Mental y el estado emocional de la gestante.	133
Tabla 45: Asociación de las variables sociodemográficas y obstétricas con las dimensiones de Salud Mental Percibida. Modelos de regresión lineal por pasos adelante.	134



## 1. INTRODUCCIÓN

---

Con el modelo biologicista predominante hasta mediados del siglo XX en los países desarrollados, el objetivo principal de la práctica clínica consistía en preservar el estado de salud del paciente. En la actualidad, la salud ha dejado de entenderse como la simple ausencia de enfermedad y los usuarios de los servicios sanitarios han ido adquiriendo mayor protagonismo en lo que se refiere a su propia salud. Así, el modelo actual biopsicosocial obliga a los profesionales sanitarios a tener una percepción integral de los individuos. Y consecuentemente, la asistencia sanitaria ha ampliado horizontes con el fin de prestar cuidados orientados hacia un funcionamiento global de la persona<sup>(1-3)</sup>.

El cambio de concepto radica en que lo importante es cómo se siente la persona, por lo que los indicadores clásicos de morbi-mortalidad ya no son suficientes. Hasta hace relativamente poco tiempo, la mortalidad materna ha sido la medida convencional utilizada para valorar la calidad de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, ha dejado de ser una medida adecuada debido a su excepcionalidad en nuestro medio. Para comprender mejor la salud de las mujeres durante su periodo fértil es necesario entender la relación entre los amplios conceptos de salud y maternidad<sup>(4)</sup>.

Así surgió la necesidad de crear nuevos indicadores cuyo propósito fundamental fuese una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de una persona o de una comunidad. Uno de los más importantes es la Calidad

de Vida (CV), que aborda una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos derivados de la atención médica. Además, su información puede ayudar a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria<sup>(5)</sup>. Incluso se ha demostrado que la CV de las personas está relacionada con su demanda de servicios de salud, el cumplimiento de un tratamiento o de los cuidados terapéuticos prescritos y su esperanza de vida<sup>(3)</sup>.

## 1.1 CALIDAD DE VIDA COMO INDICADOR SANITARIO

Actualmente, la CV se ha convertido en una importante medida de impacto de los cuidados sanitarios. Las modificaciones demográficas, sociales y sanitarias surgidas han provocado que la atención se haya centrado en la calidad o valor de la vida y no sólo en la cantidad de tiempo vivido<sup>(6)</sup>. El envejecimiento progresivo de la población, las mejoras en las condiciones de vida, junto con la universalización de la asistencia sanitaria y las mejoras en los procesos diagnósticos y terapéuticos han propiciado este cambio de pensamiento social.

Como Pandierna et al. (2002)<sup>(7)</sup> han indicado, la CV es un término muy polivalente y ha sido utilizado en la literatura científica aludiendo a condiciones relativas al bienestar, a la subjetividad y a la multidisciplinariedad. Este indicador presenta algunos matices importantes según la persona, en dependencia de sus conocimientos, su propia experiencia, su escala de valores y sus recursos personales y emocionales. Además, está sometido a determinantes económicos, sociales y culturales, y por ello, se modifica con el paso de los años para un mismo individuo.

De este modo, queda claro que la CV está relacionada con las múltiples facetas de la experiencia humana, desde la más completa multidimensionalidad de la persona, al complejo nivel de interrelaciones sociales que confieren significado a la vida<sup>(5)</sup>.

Así, la CV es un juicio subjetivo basado en la comparación con un estándar ideal. Pero esta medida engloba un área muy extensa de elementos heterogéneos, por lo que es el propio individuo quien mejor establece dicho estándar en base a una comparación con su actual nivel de CV<sup>(6)</sup>. Por ello, parece razonable reafirmar la definición de CV propuesta por Shin y Johnson en 1978<sup>(8)</sup>: *“la CV es la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás, aspectos todos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto”*.

Bajo esta perspectiva, la CV durante la transición a la maternidad puede ser entendida como el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y el periodo del puerperio, supongan la menor alteración posible en la autonomía real de las mujeres y entrañe la menor variación posible en su vida<sup>(9)</sup>.

## 1.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Levi y Anderson (1980)<sup>(10)</sup>, asumiendo una propuesta de la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU), enumeraron los siguientes componentes del

concepto de CV: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. Entre todos ellos destaca el de salud, no sólo por ser el primero que emerge históricamente, sino también por ser el más básico de todos. Por una parte, el nivel de salud afecta directamente a la realización de las actividades de la vida diaria y, además, la salud repercute indirectamente en la CV. Es decir, afecta a otros componentes como el trabajo, el ocio, la autonomía o las relaciones sociales<sup>(11,12)</sup>.

El término Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) deriva principalmente del concepto de salud propuesto por la OMS en abril de 1946, en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(13)</sup>: *“la salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”*. Esta definición fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional y entró en vigor en el año 1948, sin haber sufrido ninguna modificación hasta la actualidad. Por lo tanto, la CVRS correspondería a: *“la evaluación de la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios, y las actividades de prevención y promoción de la salud, en la capacidad individual para lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y que se reflejen en el bienestar general”*<sup>(6)</sup>.

Pero para trabajar con este indicador es necesario concretarlo y hacerlo operativo. Algunos autores han elaborado modelos teóricos sobre las relaciones que deberían mantener entre sí las tres dimensiones de la CVRS: el funcionamiento

psicológico, el funcionamiento social y el funcionamiento físico. Y del mismo modo se ha intentado hacer con otros indicadores, como escalas y puntuaciones totales sobre la calidad de vida, la satisfacción vital, el bienestar o la salud percibida entre otras<sup>(14)</sup>. Un metanálisis realizado en 1999 fue capaz de presentar un modelo estructural<sup>(15)</sup>. En dicho modelo se estableció el peso que tienen en cada dominio de CVRS las percepciones globales que ofrecen una única puntuación: la satisfacción vital, el estado de salud y la calidad de vida. En los resultados se observó que el funcionamiento psicológico tiene mayor peso en la calidad de vida y mucho menor en la salud percibida y, por el contrario, ésta se ve influenciada principalmente por el dominio físico y en menor grado por el psicológico. En otros estudios se ha identificado la autopercepción del estado de salud como el factor más importante para el aumento de la CVRS entre las mujeres que componían la muestra<sup>(16,17)</sup>. De este modo, si conocemos la autovaloración de la dimensión psicológica y física, estamos acercándonos al concepto global de salud percibida y por ende, a la calidad de vida de la persona.

### 1.3 CONCEPTO DE SALUD PERCIBIDA

La salud se comporta como una variable de carácter continuo, es decir, la salud actual de una persona se encuentra en un punto intermedio entre la salud excelente y la muerte. Esto supone un problema a la hora de operativizar la definición y dificulta el trabajo con este indicador. Para solventar estos

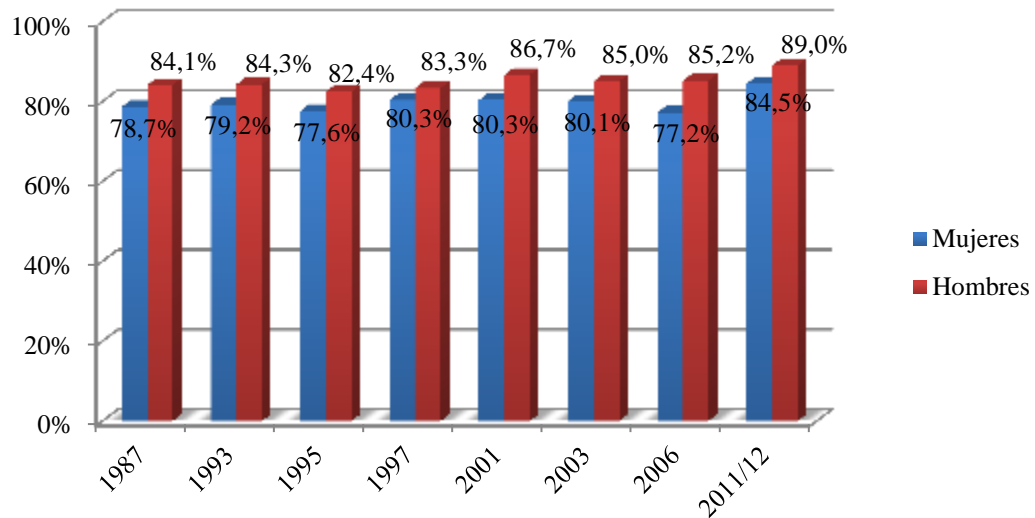
inconvenientes se han realizado encuestas sobre el estado subjetivo de la salud, en la mayoría de los casos en referencia a un periodo de tiempo y no a un momento puntual<sup>(1)</sup>. Además, la salud es una medida global que abarca diferentes dimensiones de la persona: física, emocional, social y síntomas y signos biomédicos. Por ello, la salud percibida se considera una medida de los problemas de salud que afectan principalmente al bienestar general y al funcionamiento cotidiano, en lugar de una medición de síntomas menores o temporales<sup>(18)</sup>.

La autopercepción de la salud es una medida ampliamente utilizada en la práctica clínica y en la investigación internacional ya que predice de forma independiente la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios<sup>(19,20)</sup>. Un componente importante de este concepto, y que posee un alto valor predictivo, es la propia experiencia que tiene el individuo de cambio o alteración en su estado de salud. Dato que un médico no es capaz de captar mediante la cumplimentación de la historia del paciente ni con ningún examen clínico<sup>(20)</sup>. Una única pregunta: “¿Cómo resumiría su estado de salud?”; ha demostrado ser muy útil para captar información importante sobre la salud de una persona que otras medidas no han logrado identificar. Y también ha demostrado tener una alta fiabilidad test-retest, y ser sensible a los cambios físicos y mentales en la salud a lo largo del tiempo<sup>(21,22)</sup>. Por todo ello, el estado de salud percibido ha demostrado ser tan útil en un amplio espectro de poblaciones sanas con características sociodemográficas muy diferentes<sup>(23)</sup> e incluso en personas con problemas de salud diversos: cardiocirculatorios<sup>(24-30)</sup>, digestivos<sup>(31,32)</sup>, obstétrico-ginecológicos<sup>(33-40)</sup>,

oncológicos<sup>(41,42)</sup>, neurológicos<sup>(43-46)</sup>, renales<sup>(47-51)</sup> o respiratorios<sup>(52,53)</sup>. Y por supuesto también en mujeres embarazadas<sup>(54-58)</sup> y durante el posparto<sup>(59,60)</sup>, aunque es cierto que con mucho menor volumen de investigaciones en este último periodo.

El concepto de salud percibida fue incluido en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) española en el año 1987. La más reciente, del año 2011-2012, señala que un 84,47% de las mujeres en edad fértil (15-44 años) refieren como positivo su estado de salud (bueno o muy bueno)<sup>(61)</sup>. Con este resultado se evidencia un ligero ascenso en la prevalencia de esta buena salud desde el año 2006, pero utilizando la perspectiva histórica, la tendencia continúa hacia la estabilidad. Y al igual que en todas las ENS previas, se observan diferencias según la edad y el sexo de las personas<sup>(61-66)</sup>. Conforme aumenta la edad, empeora la percepción de salud y las mujeres presentan valores más bajos que los hombres en este aspecto, como ha quedado refrendado en numerosas investigaciones<sup>(67-71)</sup> (Figura 1).

Figura 1: Valoración positiva del estado de salud durante el último año, según la ENS en población española entre los 18 y 44 años de edad<sup>(61-66)</sup>.



#### 1.4 DETERMINANTES DE LA SALUD PERCIBIDA

Algunos investigadores ante el gran número de factores que pueden influir en la percepción de la propia salud, han elaborado una clasificación para facilitar su comprensión<sup>(1)</sup>. Se distinguen variables del entorno social, factores de morbilidad y discapacidad, determinantes de hábitos de vida y, por último, indicadores de uso de los servicios sanitarios.

Entre las variables del entorno social podemos encontrar: clase social, nivel de estudios, situación laboral y tipo de hogar, entre otras. En los factores de morbilidad y discapacidad se describen la presencia de alguna enfermedad crónica con ciertas limitaciones, el estado de salud mental, haber padecido algún accidente,



la restricción de la actividad, limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y problemas auditivos o visuales. Como determinantes de los hábitos de vida se cuenta con: tabaquismo, alcoholemia, descanso suficiente, cantidad de actividad física en la actividad principal, tiempo de ocio y también, el Índice de Masa Corporal (IMC). Por último, los indicadores de uso de los servicios sanitarios incluyen el tiempo desde la última consulta médica, última hospitalización, última visita a urgencias, última consulta al dentista y el número de medicamentos consumidos.

Además de todos estos determinantes de salud, en la mayoría de los países del mundo se han observado grandes desigualdades socioeconómicas en esta materia. Consecuentemente, la población menos favorecida es la que presenta una peor percepción de salud. Entre las características del país, el desarrollo socioeconómico medido como renta “per cápita” es el indicador más fuertemente asociado con una mejor salud (ajustado por características individuales). Pero además, el gasto público social está relacionado negativamente con la salud de las mujeres<sup>(70)</sup>. Estas desigualdades causan un aumento de la morbi-mortalidad evitable. Es decir, podrían reducirse significativamente las tasas de morbi-mortalidad si se aplicaran intervenciones y políticas sanitarias y sociales adecuadas<sup>(72,73)</sup>. Sin embargo, tal sólo el 40% de la diferencia de salud percibida entre países se debe a variables de gestión macroeconómica, el 60% restante es debido a determinantes de salud individuales<sup>(70)</sup>. Como resaltan Rodríguez-Sanz M et al. (2006)<sup>(62)</sup>, los principales ejes de desigualdad son la edad, el sexo, la clase social y la residencia.

## 1.5 CONCEPTO DE MATERNIDAD

La maternidad es un acontecimiento vital trascendental que genera profundas emociones y cambios en la vida de la madre, la pareja y su familia. Todo comienza con el embarazo, proceso de duración finita y conocida de antemano. El cual se considera típicamente como un evento positivo y feliz. Sin embargo, cada mujer lo vive de manera diferente ya que las propias emociones atribuyen a los acontecimientos características particulares, que se ven modificadas por factores personales y por su entorno social<sup>(74)</sup>. No obstante, la gestación en sí misma exige a todas las mujeres una modificación de su imagen personal, adaptar incluso sus funciones fisiológicas básicas y el complejo sistema hormonal, alterar sus actividades rutinarias, aprender nuevas aptitudes y reorganizar sus relaciones sociales<sup>(75,76)</sup>.

El embarazo, el parto y el puerperio no se pueden considerar eventos independientes, ya que obligan a un continuo proceso de adaptación al rol maternal, en el que se ponen en marcha todos los mecanismos adquiridos e innatos necesarios para afrontar la nueva situación personal<sup>(77)</sup>. De todos los roles sociales que las mujeres asumen en su vida, la maternidad es uno de los más significativos<sup>(78)</sup>. Pero esta adaptación física, psicológica y social está influenciada principalmente por tres factores: su bienestar psicosocial, su familia y la sociedad en la que vive<sup>(79)</sup>.

Consecuentemente, el ejercicio de la maternidad es un periodo del ciclo vital de gran relevancia para la mujer y su pareja. Algunos autores han llegado a considerar este momento como una crisis personal y familiar, ya que pone en juego

la estabilidad emocional de ambos y su capacidad para adaptarse a las nuevas demandas<sup>(80)</sup>. Por el contrario, otros autores han considerado los procesos de embarazo, parto y puerperio como transiciones, por su duración finita y a priori conocida. Una transición es un cambio entre dos periodos de tiempo estable con sentido de flujo y movimiento. Durante ese tiempo, la persona experimenta profundos cambios en su mundo interno y externo y en la manera de percibirlos<sup>(81,82)</sup>.

La maternidad es por tanto, un periodo de modificaciones importantes que suceden en un periodo relativamente breve de tiempo, pero que pueden tener un impacto significativo sobre la salud percibida de las gestantes, independientemente de su condición económica o del entorno cultural en el que vivan<sup>(83,84)</sup>. Si bien es cierto que existen algunos determinantes de salud específicos que influyen en esta percepción de la propia salud. Las personas procedentes de otros países que han tenido que emigrar, el estado civil y el tipo de convivencia, los contactos sociales y la red de apoyo principal, son algunos de ellos<sup>(21,22,85)</sup>. Por otra parte, una serie de factores no médicos, tales como la exposición a eventos traumáticos, la violencia en la pareja o un trauma infantil<sup>(86)</sup>, y algunos factores sociodemográficos<sup>(87)</sup>, han demostrado que también contribuyen a la percepción del estado de salud durante este periodo. Asimismo, se ha observado que el miedo relacionado con el parto influye en la salud percibida de la pareja, dado que es un problema tanto para hombres (13%) como para mujeres (6-23%). Y además, ocurre principalmente en quienes han tenido experiencias negativas previas, lo que deriva en dificultades comunicativas en un nuevo embarazo y la sensación de peligro e inseguridad ante el próximo parto<sup>(85,88)</sup>.

Numerosas investigaciones han comprobado y afirmado que las condiciones clínicas de embarazos previos, la presencia de síntomas depresivos y el estrés influyen considerablemente en la percepción de salud, tanto física como emocional, de la población general, de las gestantes y de las mujeres puérperas<sup>(4,57,59,83,89)</sup>.

## 1.6 CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA MATERNIDAD

Como hemos explicado con anterioridad, las emociones atribuyen características particulares a los acontecimientos vividos, por lo que un mismo suceso en dos mujeres distintas puede percibirse de manera totalmente diferente<sup>(74)</sup>. Esto es debido a que las emociones configuran un sistema de procesamiento de la información multinivel para garantizar la adaptación a los cambios surgidos y facilitar la supervivencia de las personas. Este proceso emocional se inicia con la detección de modificaciones significativas en el entorno interno o externo, y se analizan dando prioridad a la información más relevante. Las emociones, por tanto, son procesos que coordinan todos los recursos psicológicos necesarios para dar la respuesta más rápida y puntual ante una situación concreta. Pero además, esta respuesta es filtrada por el aprendizaje y la cultura, que modulan los distintos elementos de la respuesta emocional (experiencia subjetiva, expresión corporal, afrontamiento y respuesta fisiológica) ajustándolos a contextos socioculturales de la propia persona<sup>(90)</sup>.

Desde la noticia del embarazo hasta el posparto, las mujeres de todas las culturas experimentan una cierta labilidad emocional, es decir, emociones contrapuestas ante las situaciones que se están viviendo o que se prevén<sup>(91)</sup>. En consonancia, algunos autores han sido capaces de relacionar, de forma independiente, cada una de las principales emociones con sus funciones adaptativas o con su daño o beneficio central más destacado<sup>(92,93)</sup> (Tabla 1).

*Tabla 1: Funciones adaptativas y daño o beneficio de las principales emociones durante la maternidad<sup>(92,93)</sup>.*

EMOCIÓN	FUNCIÓN ADAPTATIVA
Sorpresa	Exploración
Alegría	Afiliación
Miedo	Protección
EMOCIÓN	DAÑO / BENEFICIO
Amor	Desear o participar en un afecto
Ansiedad	Enfrentamiento a una amenaza incierta, existencial
Esperanza	Temerse lo peor, pero esperando que mejore la situación
Felicidad	Hacer progresos razonables hacia la consecución de una meta
Orgullo	Intensificación del auto-concepto por ganar méritos para conseguir un objeto o meta valiosos

Así, las mujeres gestantes y puérperas suelen presentar ilusión y alegría entremezcladas con preocupaciones y tensiones acompañadas de otras muchas emociones<sup>(91)</sup>. Suelen surgirles dudas por diversos motivos, por la ignorancia de los cambios normales de un embarazo o por no estar segura de su propia capacidad personal para cuidar del recién nacido, entre otros. Por ello existe una mayor

predisposición a padecer estrés psicológico como estrategia de adaptación, pero que influye para que sea una etapa de mayor vulnerabilidad<sup>(94,95)</sup>.

El estrés psicológico es un concepto relativamente amplio aunque escasamente definido en la literatura médica. Sus componentes clave son la presencia de factores estresantes y el cómo la propia mujer los evalúa y responde a ellos<sup>(96)</sup>. Estos factores son acontecimientos externos o internos, identificados en el tiempo, que pueden generar un cambio personal y social en la persona e implica la necesidad de adaptarse a la nueva situación<sup>(97)</sup>.

La respuesta al estrés es individual y depende de la situación vital de la persona, de la información recibida sobre el motivo estresante, de los acontecimientos vividos con anterioridad, de las intervenciones médicas previas y, en gran medida, de la inclusión de la mujer en la toma de decisiones durante el embarazo, el parto y el puerperio<sup>(80)</sup>. Aunque es cierto que existen algunas connotaciones concretas que motivan el aumento del estrés entre las gestantes, como la edad, los embarazos conseguidos mediante técnicas de reproducción asistida o el número de pruebas de cribado o de diagnóstico prenatal realizadas (amniocentesis o registros cardiotocográficos seriados)<sup>(98-100)</sup>.

La importancia del estrés durante la gestación es debida principalmente a que éste puede generar un daño significativo en la salud física y mental de la mujer embarazada y del feto<sup>(97)</sup>. Por ello, las madres que presentan altos niveles de estrés psicológico o social tienen un mayor riesgo de resultados maternos y perinatales

adversos<sup>(101)</sup>. Los altos niveles de estrés durante el embarazo parecen aumentar el riesgo de tener un aborto espontáneo o complicaciones obstétricas graves como la hipertensión arterial materna<sup>(97,101,102)</sup>. Asimismo, también se ve aumentado el riesgo de parto pretérmino, debido a modificaciones inmunológicas u hormonales<sup>(100)</sup>, y de bajo peso del feto al nacimiento<sup>(98,103)</sup>.

Según Rice et al. (2007)<sup>(104)</sup>, el estrés interfiere en las funciones cerebrales maternas causando una disminución en la secreción de prolactina y progesterona y así contribuye a peores resultados maternos y neonatales en un embarazo a término. Por otra parte, también está comprometida la secreción de factores neuroendocrinos hipotalámicos como la dopamina y la oxitocina. Consecuentemente, se ve modificado el medio ambiente intrauterino y en conjunción con la atenuación indirecta de la función del cuerpo lúteo, es un hecho relevante en los trabajos de parto pretérmino. Pero además, y relacionado con ello, los altos niveles de cortisol maternal, en respuesta al estrés físico y psicológico, produce cambios permanentes en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal del feto<sup>(97)</sup>. Y de esta manera, el estrés materno influye en el desarrollo cognitivo, las emociones, la salud y el comportamiento del recién nacido a lo largo de su vida<sup>(39,100,105,106)</sup>. Investigaciones recientes indican que podría estar asociado con la hiperactividad y el déficit de atención en los niños y los problemas emocionales y de comportamiento en las niñas a la edad de cuatro años<sup>(104)</sup>. Pero otros autores llegan a afirmar que esta influencia podría llegar a perdurar en el tiempo hasta bien entrada la adolescencia<sup>(101,107)</sup>.

El estrés ha sido asociado también con la presencia de síntomas emocionales maternos. El trabajo de parto puede ser percibido como una situación altamente estresante para muchas mujeres, ocasionando malestar psicosomático: miedo, ansiedad, descontrol y/o dolor excesivo<sup>(105)</sup>. Estas emociones conducen a un incremento en la dificultad para el trabajo del parto, provocado por el círculo miedo-tensión-dolor, como ya explicó Dick Read en 1944<sup>(108)</sup>. El miedo produce tensión muscular que dificulta la dilatación, con aumento subsiguiente del dolor en las contracciones. En posteriores investigaciones se ha demostrado que la ansiedad excesiva durante el embarazo y el parto provoca una descarga anormal de catecolaminas que causa alteraciones en la contractilidad uterina y en la dilatación cervical, causas de la prolongación del parto y el aumento de las distocias<sup>(109)</sup>.

El estrés y sus concomitantes emocionales han sido asociados también con un aumento de la percepción del dolor, una prolongación de éste, una peor tolerancia, y una exacerbación de las reacciones físicas que acompañan al dolor agudo<sup>(105)</sup>. Por otra parte, las mujeres que manifiestan miedo ante el parto, ansiedad generalizada y precarias estrategias de afrontamiento ante el estrés durante el tercer trimestre del embarazo, presentan mayores niveles de epinefrina, que están implicados en patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal. De ahí un mayor riesgo de sufrir una cesárea de emergencia y de menores puntuaciones en el Test de Apgar del recién nacido<sup>(110,111)</sup>. Pero además, se ha observado que la percepción de enfermedad y de riesgo durante el embarazo es un factor importante en la frecuencia de complicaciones durante el parto. Es decir, las gestantes que refieren una mayor



percepción de riesgo y una peor salud percibida, presentan un mayor número de complicaciones durante el parto y el puerperio. Y del mismo modo se observa que la gravedad de las complicaciones es potencialmente mayor<sup>(112)</sup>.

Según las normas sociales que nos rodean, el hecho de convertirse en madre debería ser un evento únicamente feliz. Sin embargo, como podría ocurrir en respuesta al dolor, al cansancio extremo, o a la incomodidad en el parto y en el periodo puerperal, la reacción emocional ante la exigencia de adaptación podría no ser la esperada. Sentimientos de ansiedad, depresión o rabia pueden aparecer en la mujer tras el nacimiento de su hijo. Estas emociones pueden ser una respuesta adaptativa si ayudan a la consecución de logros y del éxito, pero no serían adaptativas si representan un patrón crónico y debilitante para la nueva madre<sup>(113)</sup>. Es llamativa la falta de atención de las investigaciones a respuestas emocionales diferentes a la depresión puerperal. En comparación, los sentimientos de ira, rabia, presencia de síntomas somáticos o de disfunción social, entre otros, han sido extraordinariamente infravalorados y muy poco analizados, lo cual podría deberse a los estereotipos persistentes en la sociedad. Mientras que el estado de ánimo deprimido está visto como algo típico e inevitable desde el punto de vista hormonal, e incluso representativo de patología materna, otras manifestaciones emocionales implican una incapacidad para afrontar los retos que se le plantean a la madre<sup>(113)</sup>.

A menudo nos encontramos en la práctica clínica que el malestar psíquico durante el periodo prenatal y puerperal no se detecta, ni siquiera los síntomas más

frecuentes<sup>(114,115)</sup>. La ansiedad subclínica es prevalente y más frecuente que la depresión durante la gestación. Según la bibliografía consultada, alrededor del 54% de las mujeres presentan esta sintomatología en algún momento de su embarazo, frente al 37% que padecen síntomas depresivos<sup>(115)</sup>. Existe una mayor prevalencia de malestar psíquico significativo para las mujeres durante sus años fértiles, presentando como factores asociados a un mayor riesgo: menor edad, mayor paridad y menor educación, así como la historia previa de depresión, el pobre apoyo social, los conflictos con la pareja y la ambivalencia acerca del deseo de embarazo<sup>(114)</sup>. Además, también presentan mayor riesgo las mujeres con una personalidad caracterizada por una baja autoestima y una alta vulnerabilidad y neuroticismo<sup>(116)</sup>. Es decir, que tienen mayor tendencia a la irritabilidad y reaccionan fuertemente con emociones de ira, temor, vulnerabilidad y aprehensión ante las demandas ambientales.

Para valorar este malestar psíquico, deben tenerse en cuenta los recursos psicológicos de la mujer y considerarse si la respuesta individual al estrés es desadaptativa o si el malestar asociado excede del que cabría esperar, siempre dentro de un contexto cultural. La naturaleza, el significado y la experiencia de los factores estresantes y la evaluación de una respuesta a ellos, pueden variar en las diferentes culturas que conviven en nuestro entorno<sup>(117)</sup>.

## 1.7 ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA A LA MATERNIDAD

Con el fin de solucionar los posibles conflictos adaptativos que se vayan presentando a lo largo de la vida, la mente humana se encuentra configurada por una larga serie de programas funcionalmente especializados para cada tipo de problema. Como hemos visto, las emociones son los programas de orden superior necesarios para coordinar todos estos componentes<sup>(90,118)</sup>. Así, el efecto de las emociones es la movilización de un amplio conjunto de subprogramas adaptativos coordinados entre sí, a fin de que sus efectos sean realmente adaptativos y no caóticos o contraproducentes<sup>(90)</sup>. La adaptación por tanto se entiende como una respuesta adecuada a un cambio ambiental, entendiendo que la respuesta es exitosa si el sujeto al enfrentarse de nuevo a la misma situación responde con menos costo, es decir, con menos recursos consumidos, menos energía expandida o menos tiempo perdido en responder<sup>(119)</sup>.

Por consiguiente, las diferentes respuestas cognitivas y de comportamiento que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés es lo que se conoce como estrategias de afrontamiento. Estas estrategias entran en funcionamiento cuando el individuo se siente amenazado, bien por la valoración que hace de las características de la situación, o por los recursos de los que dispone para hacerle frente con éxito<sup>(81)</sup>. Pero hay que tener en cuenta que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que la persona realiza de tales situaciones<sup>(94)</sup>. Es por ello que la personalidad de la mujer va a modular en gran

medida la forma en que va a hacer frente a la transición a la maternidad y los cambios que esta acarrea<sup>(120)</sup>. Aunque es importante aclarar que cualquier estilo particular de afrontar un hecho estresante no es inherentemente adaptativo o desadaptativo. Se puede decir, que el afrontamiento adaptativo es del que resulta una disminución de las emociones negativas o un aumento de los resultados favorables, y sucede al contrario en el afrontamiento desadaptativo<sup>(121)</sup>.

En este sentido, la evidencia científica ha comprobado que valorar la experiencia personal y el tener confianza en las propias habilidades para regular las emociones, se asocian con un estilo de afrontamiento más adaptativo. Una persona emocionalmente inteligente debería procesar y expresar las emociones de forma más útil, empleando estrategias de afrontamiento acordes a su estado afectivo<sup>(122)</sup>.

En consonancia, las embarazadas que presentan características personales de neuroticismo, muestran significativamente mayor depresión, angustia y ansiedad, conducta por lo tanto poco adaptativa<sup>(11,12,123)</sup>. En el mismo sentido, otras investigaciones han comprobado que las estrategias de afrontamiento emocional con técnicas de evitación se asocian a mayores niveles de estrés y angustia, y que éstas tienden a ser adoptadas por mujeres más pesimistas. De este modo, parece clara la interacción que existe entre las características de la propia personalidad y las formas específicas de afrontamiento<sup>(121,124)</sup>. Además, ha quedado demostrado en diferentes estudios que la efectividad de las estrategias de afrontamiento depende, no solo de la personalidad de la mujer, sino también de las características del evento estresante, de

los conocimientos de las personas involucradas en él, y de aspectos del entorno social; incluyendo tanto la red de apoyo como la cultura de la gestante<sup>(76,121,125)</sup>. Así, la manera como la mujer se enfrente a todos estos sentimientos y cambios durante la maternidad, le permitirá a ella, a su pareja y a su familia una transición saludable, que se manifestará en la capacidad de asumir las nuevas identidades satisfactoriamente<sup>(126)</sup>.

## 1.8 SALUD E INVESTIGACIÓN EN EL PUERPERIO

La gestación y el parto son considerados generalmente procesos fisiológicos, siempre y cuando no aparezcan complicaciones, y a pesar de las numerosas modificaciones que se presentan en todas las dimensiones de la mujer<sup>(85)</sup>. Posteriormente, el puerperio, es un tiempo de transición para la madre, su hijo y su familia en el que ocurren grandes cambios fisiológicos, emocionales y sociales<sup>(127)</sup>. Este periodo comprende el retorno de todos los sistemas corporales al estado preconcepcional, e implica ajustes fisiológicos y psicológicos que se inician justo después del parto. La vulnerabilidad física y emocional se considera típica en la transición de la maternidad, desde el embarazo hasta el puerperio, y puede explicarse por la sobrecarga de responsabilidad en el recién estrenado rol de madre<sup>(77)</sup>.

Algunos autores aseguran que la morbilidad asociada al puerperio ha recibido escasa atención por parte de los investigadores, y en consecuencia, puede no ser plenamente conocida por éstos, por los médicos, e incluso por las propias

mujeres<sup>(128,129)</sup>. En este sentido, hay que tener en cuenta que los aspectos a los que las madres atribuyen mayor importancia pueden ser distintos a los considerados por los profesionales sanitarios<sup>(130)</sup>.

El número de problemas de salud referidos por las mujeres durante el primer mes después del parto es alto. Los más frecuentes descritos por la OMS son: infecciones, problemas urinarios, dolor de espalda, cefaleas, dolor pélvico, hemorroides, estreñimiento, depresión, ansiedad y cansancio extremo, dolor perineal, problemas en las mamas y anemia<sup>(127)</sup>. En España, las revisiones bibliográficas publicadas por Arteaga et al. (2003)<sup>(131,132)</sup> apuntan como problemas más frecuentes a los que debe enfrentarse la mujer en el puerperio: el dolor (20%), las alteraciones como la melancolía, tristeza puerperal, incluso depresión (9-17%), las alteraciones en la eliminación de orina como la incontinencia (10,6-16%), las infecciones (6%), las hemorragias y los problemas tromboembólicos.

Uno de los estudios consultados se centra en la evolución de las patologías digestivas desde el primer trimestre de gestación<sup>(133)</sup>. En las dos primeras semanas de puerperio se observó una disminución de la sintomatología gastrointestinal con respecto al periodo gestacional, excepto en el caso del estreñimiento y las hemorroides. Ambos trastornos se disparan con porcentajes del 41,3 y del 53%, respectivamente. En cuanto al estreñimiento cabría añadir que, aun cuando los manuales de obstetricia no encuentran factores fisiológicos para su presentación, su presencia podría explicarse por la elevada incidencia de hemorroides y el dolor

ocasionado por las cicatrices perineales. Por otra parte, en una encuesta nacional llevada a cabo en los Estados Unidos con una muestra de gran tamaño, se observó que más de un tercio de las madres después del parto informaron de dolor en la herida de la cesárea o dolor perineal, dolor de espalda, relaciones sexuales dolorosas, falta de deseo sexual, dolor o grietas en los pezones y cansancio extremo<sup>(134)</sup>. Resultados muy similares a los referidos en algunas investigaciones con población española<sup>(131-133)</sup>.

Por lo tanto, sin importar el país encuestado y durante el primer mes tras el parto, más de un tercio de las mujeres puérperas experimentaron dolor en alguna o en varias partes del cuerpo, problemas mamarios, cansancio y/o falta de deseo sexual<sup>(18,129,135)</sup>. Además, algo más de un 30% de estas mujeres podrían presentar problemas intestinales entre 1 y 3 meses después del parto<sup>(129)</sup>. Incluso Borders et al. (2006)<sup>(135)</sup> llegan a asegurar que hasta el 94% de las puérperas en los 3 primeros meses tras el parto van a presentar algún problema de salud, y hasta el 31% a partir de los 6 meses posparto.

A su vez, habría que tener en cuenta que en los primeros meses después del nacimiento en partos vaginales asistidos, existe una mayor probabilidad de presentar dolor perineal, incontinencia urinaria, hemorroides y problemas sexuales que en los partos vaginales espontáneos<sup>(134,136-139)</sup>. Y esto, aun teniendo en cuenta aspectos relacionados con el nacimiento, como la duración del trabajo de parto y el grado de traumatismo perineal<sup>(136,138)</sup>. Incluso las mujeres que han tenido partos vaginales

asistidos con fórceps presentan también un mayor riesgo de padecer problemas físicos a largo plazo<sup>(140)</sup>. Sin embargo, y de forma general, entre los 3 y 6 meses después del parto, la prevalencia de la mayoría de la sintomatología disminuye. Aun así, pasados los 6 meses posparto, los dolores de espalda y el cansancio, el dolor de cabeza, la falta de deseo sexual, los problemas sexuales y los trastornos del sueño, todavía tienen mayor prevalencia que en población general<sup>(129)</sup>. Si bien es cierto que no hemos encontrado ningún estudio que compare los síntomas tras el parto con los síntomas comunes entre la población general.

Existe evidencia de que los dos componentes principales que explican la mayor parte de la variabilidad en la salud percibida de las puérperas son los problemas comunes de salud física (cansancio, dolor de cabeza, síntomas musculoesqueléticos y dolor abdominal) y los problemas de salud emocional que pueden presentarse tras el parto (síntomas depresivos y preocupaciones)<sup>(85)</sup>. Este conjunto de signos y síntomas influyen en la percepción de la salud y en la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos<sup>(129)</sup>. Por ello, la morbilidad puerperal podría interferir en la capacidad de la mujer para adaptarse a la maternidad, a los nuevos roles y responsabilidades sociales y también al momento de reanudar su actividad laboral<sup>(128)</sup>.

De forma generalizada, se espera que las mujeres se recuperen físicamente durante las 6 primeras semanas, es decir, que todas las modificaciones físicas del embarazo reviertan en este periodo, aunque los cambios sociales y emocionales



pueden perdurar durante mucho más tiempo<sup>(83)</sup>. Sin embargo, existen algunos problemas de salud que permanecen o que incluso aumentan su incidencia o gravedad durante el primer año tras la maternidad<sup>(85)</sup>. Pero además, existen algunos factores que pueden ayudar u obstaculizar la recuperación después del nacimiento, como el número de niños en el hogar, la edad materna, el apoyo familiar y social, y una variedad de otros factores físicos y emocionales<sup>(141)</sup>.

La salud de las mujeres después del parto parece ser el principal factor para una buena salud de sus hijos, tal vez porque en la mayoría de los casos, la atención sanitaria de la mujer y su familia durante este periodo se descuida en favor de los cuidados al recién nacido<sup>(77,142,143)</sup>. Pero además, puede tener un efecto significativo sobre la salud física y mental de la mujer a largo plazo<sup>(129)</sup>. A pesar de esta evidencia, la atención sanitaria durante el posparto es mucho menos frecuente e intensa que durante los meses que preceden al nacimiento del bebé. Una vez que la madre ha dado a luz y hace la recuperación inicial en el hospital, entre 2 y 4 días, acude a revisión a los 7 días y a las 6 semanas después del parto. Aunque cabe resaltar que en algunos países desarrollados, tan sólo existe esta última revisión a los cuarenta días<sup>(135)</sup>. Como resultado de este escaso seguimiento, tanto médicos como madres tienen una comprensión limitada de lo que define la salud después del nacimiento, la duración típica de la recuperación puerperal, y el impacto que tiene el parto en la salud de las madres y su familias<sup>(135)</sup>. Algunas de las más importantes guías clínicas como las de Canadá<sup>(144)</sup>, Estados Unidos<sup>(145)</sup> y la OMS<sup>(127)</sup> enfatizan en la importancia del seguimiento durante el posparto por profesionales cualificados, con

el fin de evitar la morbilidad materna e infantil después del alta hospitalaria, tanto para las mujeres como para sus familias. Y, por otra parte, también se han creado programas de apoyo psicosociales postparto en los que se ha promovido la mejora de la calidad de vida de la madre y de su salud física y mental, además del conocimiento materno, actitudes y habilidades relacionadas con la crianza de los hijos<sup>(146)</sup>.

Asimismo, las necesidades de la madre y la atención al puerperio han sido frecuentemente descuidadas en la mayoría de las investigaciones<sup>(129)</sup>, excluyendo los estudios sobre síntomas específicos o enfermedades que ponen en peligro la vida de la madre. La salud materna en el posparto se ha estudiado en 3 aspectos: salud en general, los signos y síntomas comunes de salud física, y la salud mental, con especial atención a la depresión posparto<sup>(129)</sup>. Sólo algunos estudios en los países en desarrollo han investigado las creencias culturales, actitudes y prácticas relacionadas con el puerperio y sus implicaciones para la vida cotidiana de las mujeres<sup>(72)</sup>. Pero todo esto sólo tiene sentido si analizamos en profundidad cómo viven las mujeres este periodo de cambios. Por ello, se observa un creciente interés por el estudio de la calidad de vida y de la salud percibida durante el proceso del embarazo<sup>(54-57,147,148)</sup> y el puerperio, aunque en este caso, de forma poco específica y por lo general tras 3, 6 ó 12 meses después del parto<sup>(11,59,60)</sup>.

## 1.9 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso reproductivo abarca un periodo temporal de cambios importantes en todas las dimensiones que conforman a la persona. Estos cambios comienzan con el inicio de la gestación y evolucionan hacia la resolución completa durante el puerperio o manteniéndose en algunos aspectos a lo largo de la vida de la mujer y la familia. Una mejor caracterización de dichos cambios físicos y emocionales que ocurren típicamente en el posparto permitiría una mejor definición de los factores de riesgo que influyen en la percepción de la salud. Así las mujeres en situación de riesgo podrían ser objeto de intervenciones para promover su bienestar y su salud. Tras la revisión bibliográfica observamos que la salud percibida ha sido un tema de investigaciones a lo largo de las últimas décadas, aunque se ha profundizado escasamente durante el periodo puerperal, a pesar de ser un momento de gran trascendencia para la mujer y su familia.

Como hemos analizado anteriormente, la dimensión psicológica de la persona tiene mayor peso en la calidad de vida y mucho menor en la salud percibida y, por el contrario, ésta se ve influenciada principalmente por el dominio físico. Por ello, si estudiamos los aspectos psicológicos de la mujer puérpera, así como la salud percibida por estas mismas mujeres, consecuentemente estaremos obteniendo una visión holística de la calidad de vida de las mujeres tras el parto. Y además, si lo relacionamos con variables biopsicosociales y otras específicas de la gestación y el

parto, podremos hallar factores que puedan estar influyendo en su variabilidad durante este periodo.

Dado que los profesionales de la salud brindan atención a las mujeres en edad fértil, antes, durante y después del embarazo, es especialmente importante que sean conscientes de los cambios en el estado y en la percepción de la salud que las mujeres experimentan en el periodo de gestación y sobre todo tras el nacimiento. Pero además, toda la información obtenida podría ser de gran importancia para adaptar y gestionar los cuidados de enfermería a las esferas de salud peor autovaloradas y que están influyendo en la morbilidad materna y perinatal. De este modo se podrían enfocar estos cuidados en el postparto hospitalario hacia la consecución de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, con la participación de ambos miembros de la pareja en las actividades que permitan su desarrollo tanto personal como familiar.

## 2. HIPÓTESIS

---

La salud percibida durante el puerperio inmediato tras un parto hospitalario, se ve influenciada por factores sociodemográficos y obstétricos, y por cambios psicológicos debidos a la maternidad. Por ello, la percepción de salud podría ser diferente a la de la población femenina en edad fértil.

### 2.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo perciben las mujeres tras el parto hospitalario su salud?
- ¿Existen diferencias en la percepción de salud de las puérperas comparada con los valores de las mujeres españolas en edad fértil?
- ¿Está relacionado el estrés prenatal con la salud percibida posparto?
- ¿Está relacionada la salud percibida posparto con las estrategias de afrontamiento del estrés utilizadas durante la gestación?
- ¿Está relacionado el desarrollo del parto con la salud percibida puerperal?
- ¿Está relacionada la salud emocional al final del embarazo con la percepción de la propia salud durante el posparto inmediato?
- ¿Cuáles son las dimensiones de salud peor valoradas tras el parto?

## 2.2 OBJETIVOS

- Conocer la percepción de la propia salud física y psicológica de las mujeres puérperas tras un parto hospitalario.
- Comparar los resultados de percepción de salud obtenidos en el posparto, con los valores poblacionales de referencia en mujeres fértiles.
- Estudiar si las variables sociodemográficas y obstétricas influyen en los valores de salud auto-percibida en el puerperio inmediato.
- Describir cómo las mujeres puérperas evalúan el nivel de estrés percibido durante el embarazo.
- Conocer qué situaciones o factores han sido identificados como estresantes durante el embarazo por estas mujeres.
- Valorar la influencia del estrés gestacional en la percepción de la salud.
- Adaptar y validar en población española un cuestionario sobre técnicas de afrontamiento del estrés, específico para población gestante.
- Observar qué recursos personales han utilizado las mujeres para afrontar el embarazo.
- Investigar qué relación tienen las estrategias de afrontamiento prenatal con la salud percibida por las puérperas.

- Valorar si influye la presencia de malestar psíquico significativo al final del embarazo, con la percepción de salud tras el parto.
- Conocer qué dimensiones de salud presentan menor valoración por parte de las puérperas, evidenciando áreas de salud que puedan mejorarse desde el trabajo de enfermeras, matronas y médicos.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

---

#### **3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Estudio observacional descriptivo transversal. Se realizó una valoración en base a una encuesta de datos sociodemográficos, que contenía además datos del embarazo y del parto actual (Anexo 1). A continuación se realizó una valoración de la salud percibida mediante el cuestionario SF-36 (Anexo 2) y se completó con una valoración psicológica con el instrumento GHQ-28 (Anexo 3). Después, se aplicó un instrumento para analizar los diferentes estilos de afrontamiento del estrés prenatal, el cuestionario NuPCI (Anexo 4), el cual fue adaptado y validado a mujeres gestantes españolas en la presente investigación. Por último, se estudiaron varios conceptos en base a unas preguntas abiertas con el fin de poder acercarnos más al estado holístico de la mujer tras el parto (Anexo 1).

#### **3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO**

La investigación se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza. Este hospital es de referencia para el Sector de Salud Zaragoza 3 de Aragón, el cual atiende a una población de 306.200 habitantes, con una densidad de población de 41,2 habitantes por kilómetro cuadrado. Este sector incluye 22 zonas de salud, 15 rurales y 7 urbanas. Pero estas



últimas asisten al 46,1% de la población, por lo que se constatan diferencias evidentes entre zonas de salud. El porcentaje de inmigración en el sector es muy dispar, desde el 29,95% hasta el 5,30% dependiendo del municipio, con una media del 15,26%. Por otra parte, el 13,6 % de la población es menor de 15 años, el 8,3 % es mayor de 65 años y el 10,5 % es mayor de 75 años, siendo el 61,91% de las mujeres del área de salud, mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años).

### 3.3 PERIODO DE ESTUDIO

La selección de la muestra se realizó en dos periodos de tiempo, correspondiendo a dos meses elegidos aleatoriamente con una separación de cinco meses entre ellos. Este método fue seleccionado con el objetivo de eliminar influencias estacionales y evitar así sesgos de selección. Los periodos de tiempo escogidos fueron los meses de septiembre-octubre de 2010 y marzo-abril de 2011 durante todos los días ininterrumpidamente hasta conseguir la mitad el número de participantes en cada periodo.

### 3.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Las participantes tenían que cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Tener 18 años de edad cumplidos.
- Embarazo a término (37 semanas de gestación o más).

- Trabajo de parto asistido por el personal del Servicio de Obstetricia.
- Ingreso durante el puerperio temprano en la Unidad de Obstetricia del propio hospital: 48 horas en partos vaginales y 4 días en aquellas mujeres a las que se les había practicado una cesárea.

Fueron desestimadas para colaborar en la investigación, aquellas que cumplían los siguientes criterios de exclusión:

- No ser capaz de leer ni escribir en castellano.
- No firmar el consentimiento informado.
- Parto extrahospitalario.
- Solicitar el alta voluntaria precoz.
- Traslado materno a otro centro hospitalario.
- Complicaciones puerperales graves que impliquen ingreso en UCI.
- Patología materna psiquiátrica diagnosticada con antelación al parto.

### 3.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los cálculos fueron realizados en base al trabajo de Pita Fernández S. (1996)<sup>(149)</sup> y realizados con el programa estadístico Epidat 4.0. Se realizó un estudio piloto con 100 puérperas, para conocer la estimación de la media en los tres instrumentos utilizados en el estudio. La estimación del tamaño de la muestra se realizó a partir del número de partos del año 2010 (2599 partos) y con un nivel de

confianza del 95%. El error máximo permitido se calculó en la misma medida que los resultados de los diferentes instrumentos, es decir, en los valores de la puntuación de las escalas, haciéndose diferentes cálculos para asumir los resultados teniendo en cuenta los recursos disponibles para la realización del muestreo. La precisión final admitida fue de 1 punto de diferencia entre las medias. Se calculó el tamaño de la muestra con el instrumento GHQ-28 ya que posee menor rango de puntuación final que los otros dos cuestionarios empleados. La desviación estándar de la escala GHQ-28 en el estudio piloto fue de 10,270 puntos.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha/2}^2 \cdot S^2}{(N-1) \cdot e^2 + Z_{\alpha/2}^2 \cdot S^2} = \frac{2599 \cdot 1,96^2 \cdot 10,270^2}{(2599-1) \cdot (1)^2 + (1,96)^2 \cdot 10,270^2} = 350 \text{ mujeres}$$

Este tamaño de la muestra implica que en el cuestionario de salud SF-36 el error admitido es de tan sólo 0,70 puntos, y en el instrumento NuPCI de 0,60 puntos.

### 3.6 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se tomó del libro de registro del paritorio, desde donde se fueron anotando a todas las mujeres que finalizaban la gestación en el Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. En este libro, las matronas anotaban todos y cada uno de los partos y cesáreas que tenían lugar en el centro sanitario, las características principales del parto, la fecha y la hora del mismo.

Se realizó así un listado de posibles participantes.

El día en que las mujeres iban a ser dadas de alta, se procedió a explicarles en la habitación y personalmente por la matrona investigadora, en qué consistía el estudio y, al mismo tiempo, ofrecerles la posibilidad de participar en él. A aquellas mujeres que accedieron a colaborar se les hizo entrega del documento de información para las participantes (Anexo 5) y del cuadernillo de trabajo. A continuación se les solicitó que leyeran y firmaran el consentimiento informado (Anexo 6) y se les explicó cómo debían cumplimentar el cuadernillo. En el momento en que se recogieron los cuestionarios, también se procedió a recoger los datos de interés sobre el parto actual de la historia clínica, con permiso de la dirección del propio hospital (Anexo 7).

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigaciones Clínicas de Aragón (Anexo 8).

### 3.7 VARIABLES

- Edad materna (cuantitativa discreta): en años cumplidos.
- Nacionalidad, país de nacimiento. Se agrupó en dos categorías (cualitativa nominal): Españolas y Extranjeras. Y en otra variable, por grupo étnico (cualitativa nominal): Europa Occidental, África Magrebí, África Subsahariana, Europa del Este y Sudamérica.

- Paridad o número de hijos (cuantitativa discreta): número de hijos nacidos vivos. No se tuvo en cuenta el tipo de parto en anteriores gestaciones ni se contabilizaron los abortos previos en esta variable.
- Abortos previos (cualitativa nominal): sí o no. Esta variable se recogió como cuantitativa pero se codificó para el análisis estadístico.
- Inicio del parto (cualitativa nominal): espontáneo o inducido por criterio médico.
- Tipo de parto (cualitativa nominal): eutócico, instrumental (fórceps o ventosa), cesárea intraparto o urgente y cesárea programada o electiva.
- Duración de los pródromos (cuantitativa continua): tiempo de latencia, en horas, que transcurre desde el ingreso materno en la Unidad de Obstetricia hasta que el parto está en curso y pasa a una habitación del Servicio de Dilatación. O en el caso de las inducciones, tiempo que transcurre, también en horas, desde el inicio de la preinducción hasta que el parto está en curso o se decide pasar a una habitación de dilatación.
- Duración de la dilatación (cuantitativa continua): tiempo, en horas, desde que el parto está en curso o pasa a la sala de dilatación, hasta que se llega a dilatación completa. En el caso de las cesáreas intraparto o urgentes es el periodo desde que la gestante pasa a dilatación hasta que se decide realizar la cesárea.
- Duración del expulsivo (cuantitativa continua): tiempo, en minutos, desde que llega a dilatación completa hasta la hora de nacimiento.
- Analgesia epidural deseada (cualitativa nominal): sí o no. Si había deseado que se le administrara.

- Analgesia epidural administrada (cualitativa nominal): sí o no. Si se le había administrado.
- Episiotomía (cualitativa nominal): sí o no. Si se le había practicado.
- Desgarro (cualitativa nominal): sí o no. Si lo había tenido.
- Ingreso del recién nacido (cualitativa nominal): sí o no. Si estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCI Neonatal) durante el periodo en que la madre permaneció en la Unidad de Obstetricia.
- Tipo de lactancia del recién nacido (cualitativa nominal): lactancia materna exclusiva, lactancia mixta o lactancia artificial durante el tiempo de estancia hospitalaria.
- “En estos momentos, ¿qué le haría llorar?” (cualitativa): pregunta abierta.
- “En estos momentos, ¿qué le hace ser feliz?” (cualitativa): pregunta abierta.
- “En estos momentos, ¿qué le duele?” (cualitativa): pregunta abierta.
- Percepción de estrés (cualitativa ordinal). Si la mujer percibe estrés durante la gestación y en qué medida, valorado subjetivamente por ellas mismas en tres categorías: nada estresante, algo estresante o muy estresante. Para simplificar el análisis con el instrumento GHQ-28, se recodificaron las respuestas en dos categorías: estrés No y estrés Sí; esta última agrupaba a las anteriores categorías “algo de estrés” y “muy estresante”.
- Utilización de estrategias de afrontamiento. Con el Cuestionario NuPCI se valora el uso de 3 técnicas diferentes para hacer frente al estrés prenatal (cualitativas ordinales): preparación – planificación, evitación y espiritual –

afrontamiento positivo. En cada una de ellas se interroga a la persona sobre la frecuencia con la que utiliza cada una de las estrategias, evaluadas desde 0, nunca, hasta 4, muy a menudo.

- Malestar psíquico significativo (cualitativa nominal). Se evalúa con el Cuestionario GHQ-28 en 4 subescalas que detectan la presencia de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. El punto de corte se estableció en menor o igual a 6 y mayor o igual a 7, siendo en este caso cuando el cribado se consideró positivo.
- Salud percibida (cuantitativa continua). A través del Cuestionario de Salud SF-36 se valora la percepción que tiene la mujer de su propia salud en 8 dimensiones que se agrupan además en 2 índices sumarios: físico y mental. La puntuación oscila entre 0 y 100, siendo mejor la salud percibida cuanto mayor sea esta puntuación.

### 3.8 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

#### 3.8.1 *Cuestionario NuPCI*

El instrumento NuPCI es una versión revisada de los 36 ítems del cuestionario PCI<sup>(11,121,124)</sup>. Éste fue modificado para poder ser autoadministrado y ser utilizado durante el embarazo. Tras esta modificación resultó una medida de 42 cuestiones<sup>(82)</sup>. Posteriormente el instrumento ha sido revisado sobre una base de entrevistas abiertas y su aplicación a mujeres embarazadas, siendo suprimidas 10

cuestiones por diversos motivos<sup>(82)</sup>. Estas modificaciones dieron lugar a tres factores de afrontamiento que eran distintos, conceptualmente interpretables e internamente coherentes:

- PIC subescala preparación-planificación. 15 cuestiones que centran la atención en la llegada del recién nacido. Se asocia con resultados positivos de la gestación pero puede no ser eficaz ante resultados adversos.
- PIC subescala evitación. 11 cuestiones que se relacionan con mayores dificultades de adaptación durante el embarazo.
- PIC subescala espiritual-afrontamiento positivo. 6 cuestiones que implican centrarse en los beneficios de un embarazo. Se asocia con un menor sufrimiento emocional en el periodo de gestación.

La elección de este instrumento para evaluar los distintos tipos de afrontamiento en la presente investigación, se hizo principalmente por el enfoque del cuestionario NuPCI hacia mujeres embarazadas. Existen otros instrumentos de características estructurales y metodológicas similares<sup>(150)</sup>, como el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), pero que no están enfocados hacia este grupo poblacional. Otra de las ventajas que presenta el NuPCI para nuestro estudio, es que presenta 3 dimensiones de afrontamiento, frente a las 7 que presenta el CAE. Se prefirió, en el desarrollo de la investigación, por la sencillez que ofrece este cuestionario con dimensiones claramente diferenciadas. Se valoró también, para la elección del instrumento, la posibilidad de ser autoadministrado y el entrenamiento



necesario para ello. Se consideró que hacía falta explicar tanto el objetivo del cuestionario como la forma de puntuar cada una de las cuestiones, con el fin de mejorar la cumplimentación del mismo. El tiempo de aplicación requerido se estimó en 15 minutos máximo. Y, por último, la facilidad para codificar los datos y para realizar el puntaje final fue también de interés por su sencillez y rapidez.

El cuestionario ha sido utilizado en diferentes investigaciones que aportan validez a lo que se pretende medir<sup>(105,113,151)</sup>. Por otra parte, la última revisión del instrumento en la que se aplicó un análisis factorial y se procedió a retirar algunas cuestiones, nos otorga la fiabilidad de las mismas<sup>(82)</sup>.

Este instrumento fue validado al español por Hamilton JG y Lobel M (2008)<sup>(82)</sup> pero en población mexicana. Debido a la ausencia de cuestionarios específicos para población gestante que valorasen la utilización de técnicas de afrontamiento ante el estrés prenatal, se decidió adaptar y validar el instrumento NuPCI a población española. El estudio piloto utilizado para realizar el cálculo de la muestra de la investigación, fue también empleado para localizar problemas de comprensión de las cuestiones en la adaptación del cuestionario NuPCI, con el fin de realizar los cambios pertinentes con anterioridad a la realización de la investigación. De la muestra del estudio piloto se eligieron las 76 mujeres nativas españolas para que localizaran errores en la redacción de las cuestiones adaptadas. A continuación, se procedió a la realización del estudio con los cambios realizados en las premisas, donde ya se contó con el número total de participantes de la investigación.

Desde la teoría del afrontamiento se debe aclarar que cualquier manera particular de afrontar un hecho estresante no es inherentemente adaptativa o desadaptativa, estas etiquetas se derivan empíricamente. Se puede decir que el afrontamiento adaptativo es del que resulta una disminución de las emociones negativas o un aumento de los resultados favorables y al contrario en el afrontamiento desadaptativo<sup>(121)</sup>.

### 3.8.2 Cuestionario GHQ-28

El GHQ fue diseñado para su uso en consultas médicas como cuestionario de detección de malestar psíquico significativo, evaluando las rupturas de la función normal más que los rasgos presentes a lo largo de la vida. El cuestionario se refiere a dos tipos de fenómenos: la incapacidad de seguir llevando a cabo las funciones “saludables” normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico, es decir, cambios temporales intensos<sup>(152)</sup>. Con el tiempo, este instrumento se ha convertido en el estándar de referencia para los cuestionarios de cribado psicopatológico en la población general y en pacientes no psiquiátricos<sup>(153)</sup>.

El instrumento está estructurado en cuatro subescalas que representan dimensiones de sintomatología: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. El sumatorio en cada una de ellas, permite obtener un índice general de funcionamiento psicológico siendo un punto de corte ampliamente aceptado el menor o igual a 6 y mayor o igual a 7. Éste permite detectar un porcentaje importante de personas con malestar psicológico pero que no cumplen criterios de enfermedad

mental. Al ser un cuestionario de cribado, las personas que puntúan 7 o más, son portadoras de síntomas, pero no permite establecer un diagnóstico clínico.

Este cuestionario tiene una buena especificidad del 90,2%, una sensibilidad adecuada del 76,9%, un correcto valor predictivo negativo del 85,9% y un valor predictivo positivo apropiado del 83,3%. El GHQ-28 es un instrumento ampliamente utilizado en estudios de epidemiología psiquiátrica<sup>(152,154)</sup> y ha sido adaptado y validado a población española por el Dr. Lobo y sus colaboradores (1996)<sup>(152)</sup>.

Siendo un cuestionario de cribado y no interrogando sobre cuánto tiempo se lleva experimentado los síntomas, la presencia de una puntuación elevada tan sólo indica que esa persona es portadora de síntomas de 2 semanas de duración aproximadamente, pero no permite establecer un diagnóstico psiquiátrico específico. Debería realizarse, en este caso, una anamnesis estructurada en busca de alteraciones emocionales importantes. Y también se debe destacar que este instrumento es sensible a alteraciones muy transitorias que pueden remitir sin tratamiento<sup>(152,154)</sup>, lo que nos es de gran interés para detectar alteraciones durante el puerperio temprano.

### *3.8.3 Cuestionario de salud SF-36*

El SF-36 fue desarrollado para uso en el Medical Outcomes Study (MOS) a partir de una extensa batería de cuestionarios que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el nuevo cuestionario y que resultara eficiente, se seleccionó un mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del cuestionario inicial. El formato final fue un instrumento

genérico de 36 cuestiones que cubre ocho dimensiones del estado de salud, tanto positivas como negativas, y proporcionan un perfil del mismo<sup>(155)</sup>. Pero hay que tener en cuenta que no ha sido diseñado para generar un índice global<sup>(67)</sup>. Las dimensiones de salud son las siguientes<sup>(156)</sup>:

- Funcionamiento físico (FF): 10 cuestiones que analizan el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas, tales como ejercicios intensos o caminar.
- Rol físico (RF): 4 cuestiones que valoran hasta qué punto los problemas de salud física interfieren en el funcionamiento ocupacional de la persona.
- Dolor (D): 2 cuestiones que evalúan tanto el grado de dolor como la interferencia que produce en la vida del individuo.
- Salud General (SG): 5 cuestiones referidas a la percepción personal del estado de salud, así como a una serie de creencias respecto a la salud.
- Vitalidad (V): 4 cuestiones que valoran el nivel de fatiga y energía de la persona.
- Funcionamiento Social (FS): 2 cuestiones que interrogan acerca de las limitaciones en la vida sociofamiliar por problemas de salud.
- Rol Emocional (RE): 3 cuestiones que analizan hasta qué punto los problemas emocionales interfieren con el funcionamiento ocupacional.
- Salud Mental (SM): 5 cuestiones que evalúan el estado de ánimo de la persona (inquietud, intranquilidad, desánimo) durante el último mes.

La ventaja del cuestionario SF-36 es su facilidad y comodidad de aplicabilidad y que está suficientemente validado, tanto para población sana como patológica<sup>(68)</sup>. Pero además, hay que destacar la robustez psicométrica del instrumento y su relativa simplicidad de análisis, junto con la existencia de un proyecto internacional de adaptación del cuestionario original. Todo ello ha convertido al SF-36 Health Survey en uno de los instrumentos genéricos de medida del estado de salud con mayor potencial de uso internacional<sup>(67,68)</sup>.

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta varía entre 3 y 6, según la pregunta. Con la suma de los puntos de cada una de las cuestiones se obtiene una puntuación global, con una escala entre 0 y 100, donde una mayor puntuación indica un mejor estado de salud. Las 8 áreas del cuestionario se combinan después para crear dos índices sumarios: físico y mental; que se interpretan de la misma manera.

Para valorar las puntuaciones, se toman como valores de referencia la media y los cuartiles, además del percentil 5. Recientemente, se ha definido para este instrumento un parámetro denominado “tamaño del cambio observado” que es un estimador de la magnitud del cambio de puntuación entre dos momentos concretos o entre dos poblaciones diferentes. Éste se calcula como la diferencia entre las medias de la dimensión estudiada y este resultado dividido por la desviación estándar de la distribución poblacional o de la puntuación inicial. En nuestra investigación, para estas comparaciones se han empleado los resultados de la población española de

referencia recogidos en el artículo de Alonso J. (2008)<sup>(68)</sup>, tanto la media como la desviación estándar de las mujeres entre 18 y 44 años de edad. La magnitud del cambio traduce la variación de los resultados a una unidad de medida que permite su comparación: entre 0,2 y 0,5 el cambio se considera pequeño, entre mayor o igual a 0,5 y 0,8 la magnitud del cambio es moderada, y si el resultado es mayor o igual a 0,8 significa que se ha producido un gran cambio en la percepción de salud<sup>(54)</sup>. En nuestros resultados tan sólo quedan reflejados aquellos cambios que han supuesto una modificación moderada o severa de la salud percibida durante el puerperio en comparación con la población femenina de referencia en edad fértil.

Además, el cuestionario incluye una cuestión de transición que interroga sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las dimensiones del instrumento, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido por la mujer en su estado de salud. Se podría decir que esta cuestión representaría el cambio de salud desde antes de la gestación hasta el puerperio inmediato, correspondiendo éste al periodo de estudio de la presente investigación. Se evalúa de forma cualitativa según una escala tipo Likert de respuesta: desde “mucho mejor ahora que hace un año”, hasta “mucho peor ahora que hace un año”.

### 3.9 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis descriptivo de las variables del estudio se calcularon las frecuencias relativas y absolutas en el caso de variables cualitativas y, media y desviación estándar (DE), en el caso de variables cuantitativas.

Para la adaptación y validación del cuestionario NuPCI de afrontamiento prenatal se utilizó la prueba estadística KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) y el test de esfericidad de Bartlett con el fin de obtener la fuerza de asociación entre las cuestiones de cada subescala. Sus valores correctos oscilan entre 0,7 y 0,9 y un nivel de significación menor a 0,05 respectivamente. A continuación se procedió a realizar un estudio de correlaciones, con el coeficiente de correlación de Spearman, entre cada una de las cuestiones y la subescala a la que pertenecían, para confirmar la adecuación de los mismos y su contribución a la puntuación final. El coeficiente de correlación puede tomar valores entre -1 y 1, indicando el 0 nula correlación entre las variables. Por último, se analizó la validez interna de cada una de las tres subescalas con la prueba estadística Alfa de Cronbach, ya que existen más de dos categorías de respuesta en cada una de las cuestiones. Se tomaron como valores que indicaban buena validez interna entre 0,7 y 0,9.

Se aplicó el test de Chi-Cuadrado para mostrar la relación entre variables cualitativas y se utilizó el test exacto de Fisher cuando no se cumplieron los criterios de aplicación. Para comparar medias entre grupos independientes según criterios de normalidad (Test de Komolgorov-Smirnov), se utilizó el test T de Student o test U

Mann-Whitney para dos grupos y el test de Kruskal Wallis o ANOVA cuando la variable tuviera más categorías. Para mostrar la relación entre dos variables continuas, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, o el coeficiente de correlación de Spearman, también según criterios de normalidad (Test de Komolgorov-Smirnov).

Por último, se llevaron a cabo una serie de modelos predictivos basados en análisis de regresión, tomando los resultados con precaución puesto que los datos no cumplen los criterios de normalidad. Se considera como variable de medida de la validez, la capacidad explicativa del modelo ( $R^2$ ),  $R^2$  puede tomar valores entre 0 y 1. En el caso de variable resultado dicotómica, se aporta el estadístico  $c$ , definido como el área bajo la curva ROC (AUC), que consiste en el equivalente a una medida de la discriminación entre el resultado actual y la predicción realizada. El AUC puede tomar valores entre 0 y 1, donde 1 indica una perfecta predicción y 0,5 poca capacidad discriminativa. Además la Prueba de Hosmer-Lemeshow nos fue de utilidad para analizar la bondad de ajuste del modelo.

Método regresión logística binaria: “por pasos”; en términos Odds Ratio (OR)

- Variables dependiente: se consideraron las variables de las distintas dimensiones analizadas (síntomas somáticos, ansiedad y disfunción social) de forma dicotómica (cribado positivo o presencia de síntomas y cribado negativo, ausencia de los mismo).



- Variables independientes: se incluyeron las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariante y la variable estrés por su relevancia.

Método regresión lineal múltiple: “por pasos”; en términos de importancia relativa de cada variable dentro de la ecuación del modelo múltiple ( $\beta$ )

- Variables dependiente: se consideraron como variables las distintas dimensiones de salud del Cuestionario SF-36, de forma cuantitativa continua.
- Variables independientes: se tuvieron en cuenta aquellas variables estadísticamente significativas en el análisis bivariante.

Se valoró un índice de confianza del 95%, estableciéndose un nivel de significación estadística para un valor de p menor a 0,05. Para toda la investigación se han utilizado los programas estadísticos SPSS v19.0 (Licencia Corporativa de la Universidad de Zaragoza) y STATA v.12.0. Y para el cálculo del tamaño de la muestra, EPIDAT 4.0.

## 4. RESULTADOS

---

### 4.1 ANÁLISIS GENERAL DE LA MUESTRA

Durante el periodo de recogida de datos se atendieron en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” a 473 mujeres que se encontraban en trabajo de parto. De ellas, se descartaron las que cumplían los criterios de exclusión. No saber leer en castellano retiró de la muestra final un 28,68%, un 22,95% el parto pretérmino y el alta voluntaria precoz un 22,13%. El número de embarazos adolescentes durante el periodo de estudio fue de 7 mujeres, un 5,73%, y el resto de criterios presentaron porcentajes menores al 2%, con valores absolutos entre 1 y 2. En total se rechazaron a 103 mujeres y, por consiguiente, cumplían criterios para participar en el estudio 370 puérperas.

Un aspecto a destacar de la presente investigación, fue la gran colaboración de las mujeres, hubo una aceptación del 96,22%. Tan sólo 14 puérperas a las que se les propuso la participación en el estudio se negaron a colaborar en él. Y, tras la recogida de los 356 cuadernillos, 5 fueron descartados por haberse cumplimentado menos del 30% de las preguntas. El número de participantes y, por lo tanto, de cuadernillos válidos para la presente investigación quedó establecido en 351, acorde al tamaño de la muestra calculado en la metodología de este estudio.

## 4.2 ANÁLISIS GENERAL DE LAS VARIABLES

Es importante reseñar que ha sido posible el análisis estadístico de todas las variables recogidas puesto que los valores válidos eran superiores al 85% en todas ellas. Las variables que mayor porcentaje de valores perdidos presentaron fueron aquellas que pertenecen a la escala de afrontamiento prenatal (NuPCI), un 13,67% en la Subescala de Preparación – Planificación, en la de Evitación un 13,10% y un 10,83% en el apartado Espiritual – Afrontamiento positivo. Otras variables con datos perdidos fueron el deseo de analgesia epidural (8,55%), el tipo de lactancia (4,27%) y el ingreso del recién nacido en la UCI Neonatal (3,98%). Cabe destacar que entre las dimensiones de salud de las escalas GHQ-28 y SF-36 los datos válidos fueron superiores al 95% en todas ellas.

## 4.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

### 4.3.1 *Variables sociodemográficas: Edad y Nacionalidad.*

Las mujeres de la muestra tuvieron una edad comprendida entre los 18 y 43 años, con una media de 31,78 (DE 4,83), y son en un 77,2% de nacionalidad española. 23 fueron los países de procedencia que se clasificaron en 5 categorías. Así, 273 participantes procedían de Europa Occidental (77,77%), 32 mujeres eran de Sudamérica (9,12%), de Europa del Este provenían 31 mujeres (8,83%), 11 del África Magrebí (3,13%) y tan sólo 4 habían nacido en el África Subsahariana (1,14%).

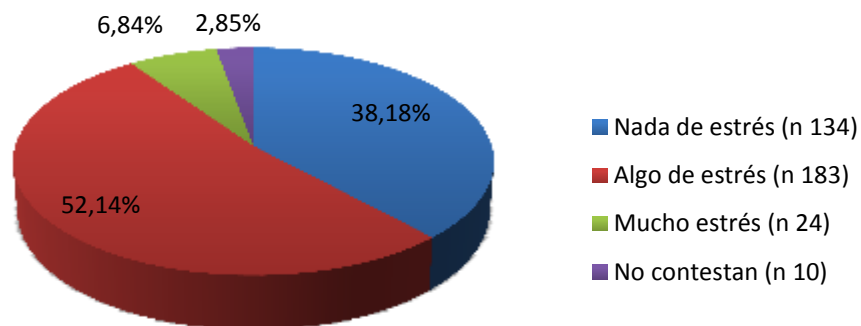
#### 4.3.2 Paridad de las participantes

El máximo número de hijos que tenían las mujeres de nuestro estudio fue de 7, en un solo caso (0,28%), siendo el primer hijo para prácticamente la mitad de la muestra (49,86%). Para el 40,17% era el segundo hijo, mientras que los porcentajes decrecieron mucho si hablamos de tercíparas (7,41%), cuartíparas (1,71%) o quintíparas (0,57%), no habiendo ninguna participante con 6 hijos ni con más de 7. Así, el promedio de número de hijos se situó en 1,64 (DE 0,79). Por otra parte, un 27,06% de la muestra había tenido algún aborto previo a la gestación actual, 6 de ellas en 3 ocasiones y otras 2 habían abortado 4 veces.

#### 4.3.3 Estrés durante la gestación

El 38,18% de las participantes refieren no haber sentido nada de estrés durante el embarazo. Y un 6,84% nos indican que han estado sufriendo mucho estrés (Figura 2).

Figura 2: Percepción de estrés durante el embarazo.



Se observan diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de estrés y la paridad de las mujeres de la muestra ( $p = 0,001$ ) y también, según su nacionalidad ( $p = 0,005$ ). Pero no hay significación estadística según la edad de las puérperas. De las mujeres que han presentado altos niveles de estrés durante la gestación, más de la mitad son secundíparas (62,50%). En cambio, entre aquellas que refieren no haber tenido un embarazo estresante, las secundíparas son el 32,84%. Por otra parte, hay más extranjeras que presentaron algo de estrés (66,67%), en comparación con aquellas que no lo habían tenido (24,36%). Porcentajes que difieren de los que presentan las mujeres nativas españolas. Un 49,81% presentaron algo de estrés durante el embarazo y un 43,73% no lo refirieron.

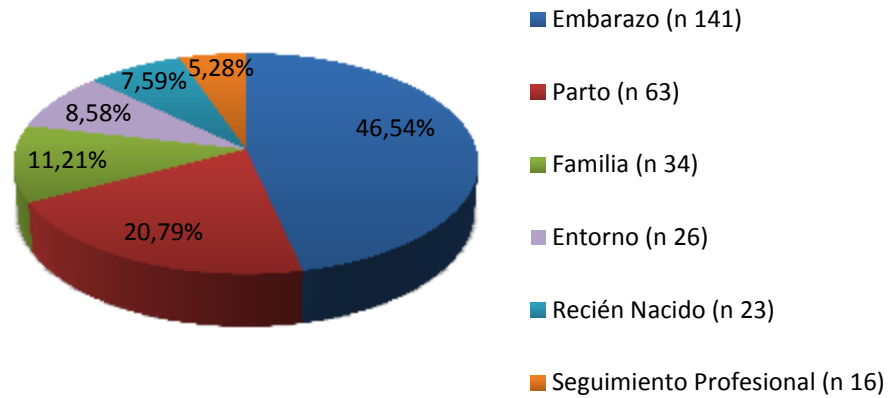
Las mujeres puérperas aseguraron que habían solicitado ayuda o consejo con gran asiduidad durante el embarazo, tan sólo un 9,11% no lo hizo nunca. Cabe resaltar que a los profesionales sanitarios solo acudió un 12,54%, y entre éstos, las matronas fueron nombradas en el 86,36% de las respuestas. Más de la mitad de las mujeres acudieron a sus familiares a solicitar ayuda, el 24,78% de las mujeres de la muestra identificaron a sus madres como las personas de apoyo principal durante la gestación y un 8,13% recurrieron a sus hermanas. Por otra parte, a su grupo de iguales o amigas, solicitaron consejo el 27,92% y a su pareja un 25,36%.

Se clasificaron en 6 categorías las respuestas a la pregunta “¿Cuál ha sido el aspecto más estresante del embarazo?” (Figura 3). En aquellos aspectos relacionados con la gestación se incluyeron todos aquellos síntomas propios de un embarazo de

bajo riesgo, todos los referentes a patologías específicas de la gestación y a enfermedades coincidentes con la misma. Éstos conformaron casi la mitad de los aspectos referidos como estresantes (46,54%). En un porcentaje mucho menor, un 20,79%, las mujeres aseguraron que lo más estresante habían sido las situaciones relacionadas con el parto, la incertidumbre del momento del nacimiento o el desconocimiento ante procedimiento médicos como una inducción o una cesárea.

Otros motivos de estrés indicados por las puérperas fueron los relacionados con el núcleo de la familia (11,21%). Los cuidados y atenciones hacia otros hijos, la separación de éstos en el momento del parto o el cambio de rol personal, familiar y social de las participantes. En un 8,58% ampliaron estos aspectos estresantes al entorno social, con problemas o enfermedades de familiares y con dificultades para compaginar las actividades domésticas y laborales con el embarazo. Otras mujeres se refirieron a problemas del recién nacido, ya fueran reales o potenciales (7,59%). Y sólo un 5,28% indicaron, como aspectos estresantes, aquellos relacionados con la atención médica: prescripciones como reposo o ingreso, y controles médicos como pruebas o exploraciones.

Figura 3: Aspectos referidos como estresantes durante la gestación.



#### 4.3.4 Estrategias de afrontamiento ante el estrés durante el embarazo.

##### ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO NUPCI A POBLACIÓN ESPAÑOLA.

El instrumento NuPCI fue desarrollado inicialmente a partir de unas cuestiones que se obtuvieron de entrevistas y de la observación directa de las gestantes, éstas se han ido perfeccionando y adaptando en las diferentes versiones. Para esta investigación se solicitó permiso para uso y modificación del instrumento a los autores, quienes dieron su aprobación.

El cuestionario había sido traducido a la lengua española y validado en población mexicana, por lo que para su adaptación a la población española fue necesario modificar algunas expresiones, palabras y tiempos verbales. Dichos cambios fueron revisados por dos expertos en Obstetricia quienes vigilaron la conservación del significado de la expresión inicial; y otras dos personas sin vinculación con la profesión, con el fin de comprobar la corrección en el lenguaje. A

continuación, se realizó un estudio piloto con 76 mujeres puérperas ingresadas en la Unidad de Obstetricia para comprobar la correcta comprensión de las cuestiones antes del inicio del estudio, todas ellas fueron mujeres nativas españolas. Las propiedades psicométricas del Cuestionario NuPCI han sido medidas con esta población nativa y el tamaño de la muestra, para esta adaptación, fue de 261 mujeres, siguiendo los mismos criterios de selección y exclusión del presente estudio. El error asumido en este caso fue de 2 puntos sobre el sumatorio de toda la escala, siendo su valor máximo 168.

La prueba estadística KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) y el test de esfericidad de Bartlett tuvieron resultados adecuados en las tres subescalas del instrumento NuPCI: Preparación – Planificación (KMO > 0,85,  $p < 0,001$ ), Evitación (KMO > 0,79,  $p < 0,001$ ), Espiritual – Afrontamiento positivo (KMO > 0,78,  $p < 0,001$ ). A continuación, se realizó un análisis de correlaciones entre cada subescala y las cuestiones que la componen. Se observó que todas las cuestiones del estilo de afrontamiento con Preparación – Planificación están relacionados de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) con el resultado global de la subescala (Tabla 2). Y del mismo modo ocurre con la subescala Evitación (Tabla 3) y con las estrategias de afrontamiento Espiritual – Afrontamiento Positivo (Tabla 4).



Tabla 2: Resultados de correlación entre la puntuación de la subescala Preparación-Planificación y cada una de sus cuestiones (r de Spearman).

	1	2	3	5	10	11	12	13	15	17	19	20	26	30	32
NuPCI															
PP	1,000														
1	0,449***	1,000													
2	0,265***	0,317***	1,000												
3	0,414***	0,377***	0,218***	1,000											
5	0,621***	0,274***	0,165**	0,198**	1,000										
10	0,495***	0,324***	0,165**	0,155*	0,315***	1,000									
11	0,442***	0,202***	0,134*	0,401***	0,262***	0,235***	1,000								
12	0,669***	0,320***	0,196**	0,401***	0,337***	0,053	0,425***	1,000							
13	0,486***	0,127*	0,093	0,258***	0,337***	0,096	0,284***	0,256***	1,000						
15	0,529***	0,211***	0,119	0,406***	0,252***	0,180**	0,346***	0,341***	0,284***	1,000					
17	0,543***	0,157*	0,096	0,315***	0,149*	0,096	0,576***	0,368***	0,252***	0,182**	1,000				
19	0,555***	0,142*	0,111	0,274***	0,390***	0,248***	0,364***	0,141*	0,252***	0,141*	0,256**	1,000			
20	0,435***	0,101	0,178**	0,204***	0,167**	0,140*	0,183**	0,141*	0,138*	0,141*	0,348***	0,196**	1,000		
26	0,701***	0,294***	0,267***	0,463***	0,332***	0,283***	0,480***	0,290***	0,436***	0,372***	0,348***	0,196**	0,140*	1,000	
30	0,443***	0,149*	0,101	0,144*	0,245***	0,121	0,183**	0,265***	0,186**	0,235***	0,219***	0,140*	0,275***	0,140*	1,000
32	0,593***	0,306***	0,134*	0,477***	0,193**	0,176**	0,310***	0,267***	0,301***	0,241**	0,340***	0,273***	0,399***	0,198***	1,000

\*\*\* p ≤ 0,001; \*\* p ≤ 0,01; \* p ≤ 0,05. PP = Subescala Preparación-Planificación.

Tabla 3: Resultados de correlación entre la puntuación de la subescala Evitación y cada una de sus cuestiones (r de Spearman).

	NuPCI - E	4	7	9	16	18	21	22	23	24	28	29
NuPCI - E	1,000											
4	0,518***	1,000										
7	0,466***	0,162**	1,000									
9	0,523***	0,87	0,267***	1,000								
16	0,533***	-0,001	0,183*	0,244***	1,000							
18	0,677***	0,342***	0,251***	0,288***	0,276***	1,000						
21	0,599***	0,265***	0,168**	0,161*	0,258***	0,298***	1,000					
22	0,597***	0,209***	0,203***	0,467***	0,244***	0,295***	0,264***	1,000				
23	0,531***	0,207***	0,125*	0,288***	0,133*	0,338***	0,280***	0,158*	1,000			
24	0,438***	0,133*	0,225***	0,272**	0,190**	0,218***	0,065	0,289***	0,224***	1,000		
28	0,322***	0,83	0,200***	0,209***	0,192**	0,227***	0,103	0,204***	0,096	0,188**	1,000	
29	0,592***	0,243***	0,287***	0,282***	0,329***	0,322***	0,255***	0,283***	0,298***	0,262***	0,249***	1,000

\*\*\* p ≤ 0,001; \*\* p ≤ 0,01; \* p ≤ 0,05. E = Evitación.

Tabla 4: Resultados de correlación entre la puntuación de la subescala Espiritual – Afrontamiento Positivo y cada una de sus cuestiones (*r* de Spearman).

	NuPCI EAP	6	8	14	25	27	31
NuPCI EAP	1,000						
6	<b>0,409***</b>	1,000					
8	<b>0,476***</b>	0,134*	1,000				
14	<b>0,825***</b>	0,320***	0,222***	1,000			
25	<b>0,905***</b>	0,348***	0,306***	0,839***	1,000		
27	<b>0,826***</b>	0,239***	0,240***	0,648***	0,765***	1,000	
31	<b>0,655***</b>	0,383***	0,215***	0,571***	0,579**	0,425***	1,000

\*\*\*  $p \leq 0,001$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ . EAP = Espiritual – Afrontamiento Positivo.

La homogeneidad de los ítems del cuestionario NuPCI actual tiene valores aceptables medidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach (Tabla 5). Así, nuestros resultados concuerdan con los publicados por Hamilton JG. Y Lobel M.<sup>(82)</sup> en la versión del cuestionario en lengua inglesa, validada en población norteamericana.

Tabla 5: Validez interna del cuestionario NuPCI

	Versión Norteamericana (2008)			Versión Española (2013)
	Embarazo temprano	Mitad del embarazo	Final del embarazo	Posparto
Estrategias de Preparación–Planificación	0,82	0,85	0,86	0,82
Estrategias de Evitación	0,77	0,79	0,80	0,75
Estrategias Espiritual–Afrontamiento Positivo	0,73	0,78	0,77	0,82

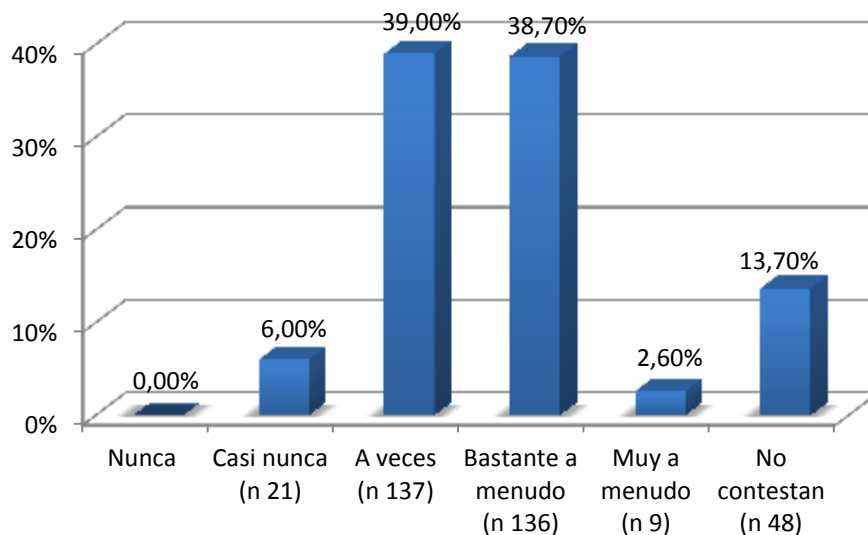
Datos correspondientes a la prueba  $\alpha$  de Cronbach

Hay que tener en cuenta que para esta investigación, el instrumento ha sido aplicado también a mujeres inmigrantes de habla española, en un total de 65 participantes. Los resultados obtenidos de validez interna son algo diferentes a la población nativa, pero también en rango de aceptabilidad: Preparación – Planificación ( $\alpha$  de Cronbach 0,83), Evitación ( $\alpha$  de Cronbach 0,68) y Espiritual – Afrontamiento positivo ( $\alpha$  de Cronbach 0,73).

#### *UTILIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*

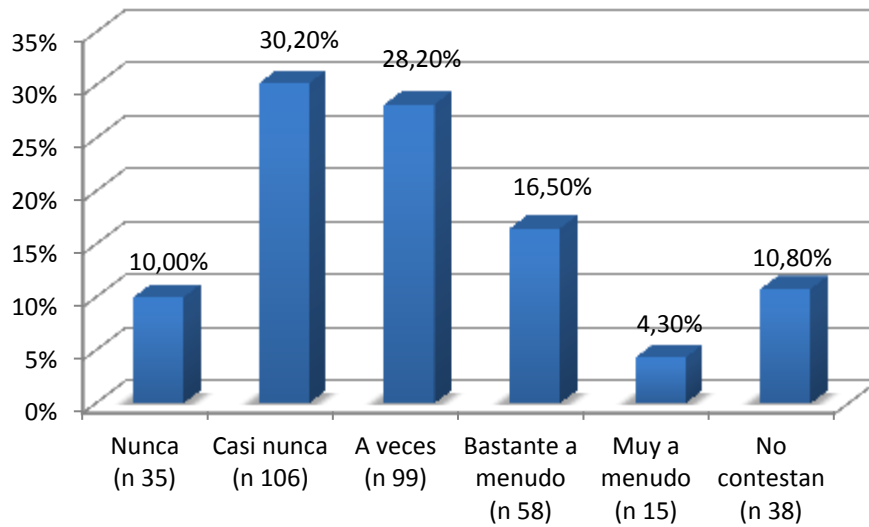
El tipo de afrontamiento que con mayor frecuencia emplearon las mujeres durante la gestación fue la Preparación y Planificación (Figura 4). Un 77,78% lo utilizaron a veces o bastante a menudo y un 2,56% muy a menudo.

*Figura 4: Uso de las técnicas de afrontamiento con Preparación – Planificación.*



Los métodos relacionados con lo espiritual y el afrontamiento positivo refieren haberlos utilizado a veces o bastante a menudo casi la mitad de la muestra (44,72%), y nunca o casi nunca un 40,72% de las participantes (Figura 5).

Figura 5: Uso de las técnicas Espirituales y de Afrontamiento Positivo.



Por último, las técnicas menos empleadas son las de Evitación (Figura 6), afirmaron no utilizarlas nunca o casi nunca casi un 70% de las participantes, mientras que a veces o bastante a menudo las emplearon sólo un 17,09%. Resultados que deben ajustarse según la variable estrés por su significación estadística ( $p < 0,001$ ). Aquellas mujeres que con mayor frecuencia usaron estas estrategias, son aquellas que más estrés habían afirmado tener durante la gestación (Figura 7).

Figura 6: Uso de las técnicas de afrontamiento con Evitación.

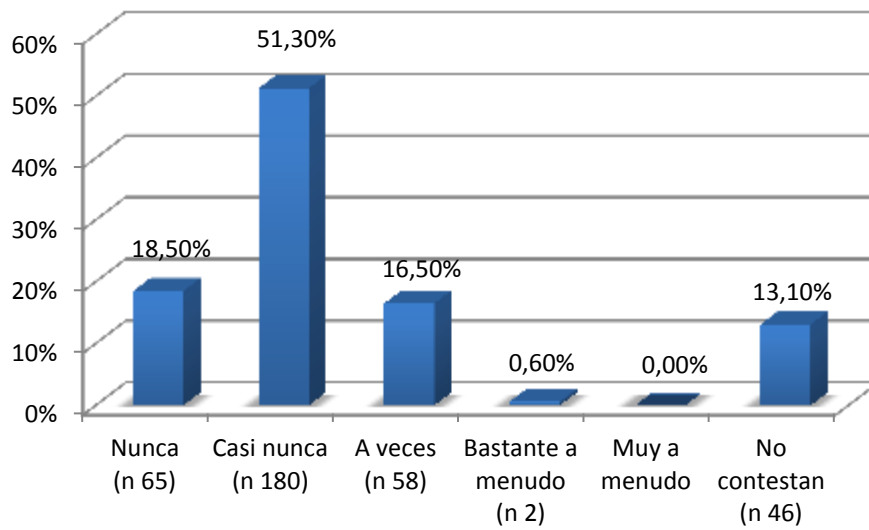
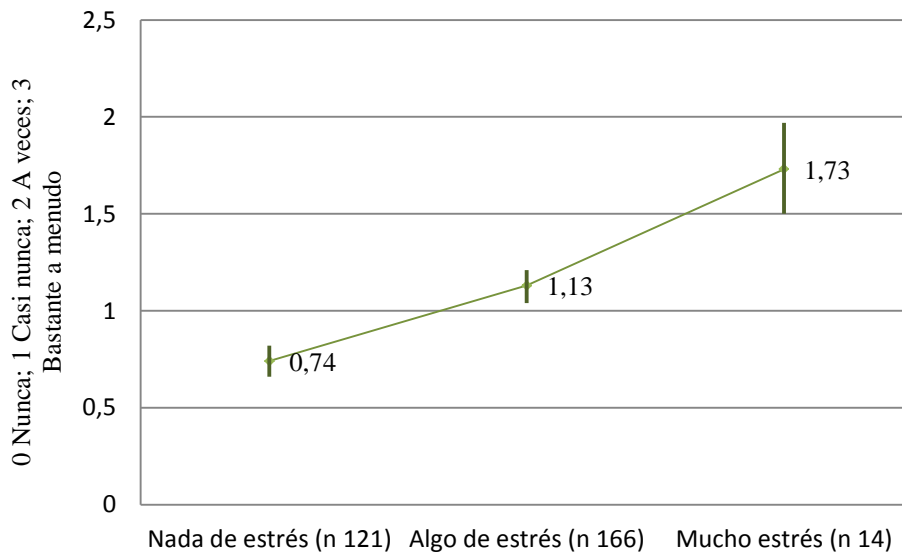


Figura 7: Frecuencia de uso de las estrategias de Evitación según el estrés presentado durante el embarazo. Representación de la media y el intervalo de confianza del 95%.



Una medida de evitación a destacar por su carácter nocivo para el feto es el consumo de sustancias tóxicas, principalmente el tabaco y el alcohol. Un 16,80% de las mujeres del estudio aseguraron haber fumado durante el embarazo para sentirse mejor. De las que lo hicieron bastante o muy a menudo, un 93,33% son españolas y ninguna percibió el embarazo como muy estresante. Por otra parte, un 1,99% afirmaron haber consumido bebidas alcohólicas, la cuales tenían edades comprendidas entre los 26 y 34 años, casi la mitad eran latinoamericanas y el resto de Europa Occidental.

#### *4.3.5 Trabajo de parto en las mujeres de la muestra*

La finalización de la gestación fue de manera espontánea en un 66,67%, mientras que en el 29,06% hubo una indicación médica de inducción del parto y en el 4,27% se realizó una cesárea programada según criterios médicos. Hubo un 89,17% de partos vaginales, siendo un 16,79% de ellos instrumentalizados. La cesárea intraparto o de urgencia se indicó en 23 casos, lo que hace un total, junto con las cesáreas electivas, de un 10,82% de cesáreas en la muestra.

Las mujeres estuvieron ingresadas un promedio de 6 horas y media (DE 6,64) durante el periodo de latencia del parto o pródromos, siendo la duración más larga de 31 horas y media. La media de la duración de la fase activa de la dilatación fue de 3 horas y cuarto (DE 2,62), teniendo como valor máximo de esta variable algo más de 15 horas (15,30). El periodo de expulsivo, que engloba el periodo pasivo y el activo, tuvo una duración promedio de 50,48 minutos (DE 48,81), alargándose hasta casi 4

horas en dos mujeres (3,88).

Un 83,76% de las puérperas manifestaron su deseo de que les fuese administrada la analgesia epidural, lo que en realidad se hizo en un 74,93%. En estos casos en los que el deseo no se cumplió, la duración del periodo de dilatación junto con el de expulsivo fue menor a 2 horas, excepto dos casos que finalizaron en cesárea y otros dos que finalizaron en 3 horas. Quizá este sea un motivo relevante para entender este dato. Por otra parte, a aquellas mujeres a las que se les había indicado una cesárea electiva, la anestesia elegida por el facultativo fue la intradural. Y a aquellas a quienes se les indicó una cesárea intraparto y no se les había administrado previamente la analgesia epidural, también se optó por este tipo de anestesia.

En lo referente a si se les practicó una episiotomía, en un 62,11% queda como tal reflejado en la historia clínica, mientras que un 25,63% tuvieron un desgarro vaginal o perineal. Ambos hechos simultáneamente se dan en 18 mujeres, de los cuales un 61,11% se dio en partos instrumentales.

#### *4.3.6 Variables relacionadas con el Recién Nacido*

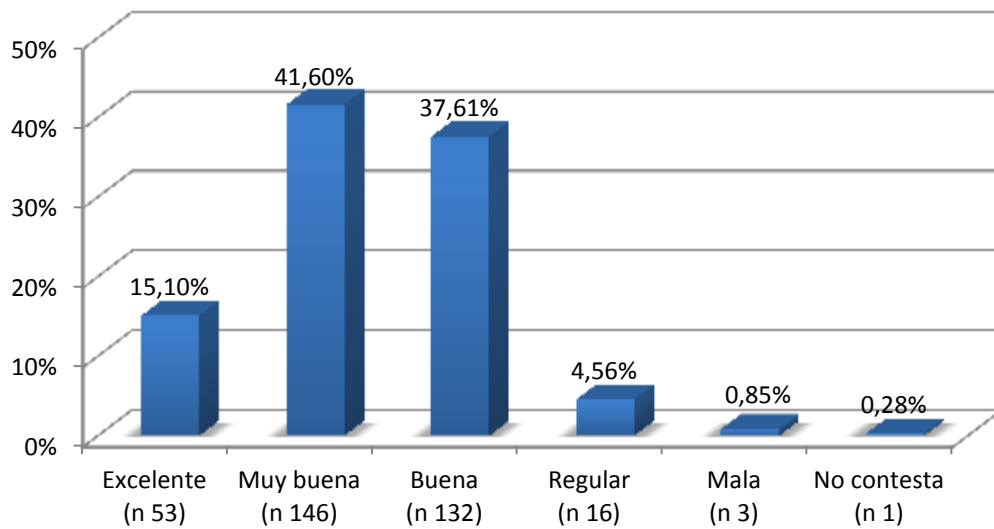
Veinte recién nacidos fueron ingresados en la UCI Neonatal, un 5,70% del total. Y por otra parte, las participantes afirmaron dar lactancia materna exclusiva a sus hijos en un 88,32% al alta hospitalaria, y artificial en tan sólo un 1,14%, 4 mujeres. El resto optó por una lactancia mixta ya desde el puerperio temprano.



#### 4.3.7 Percepción de la Salud General

Las propias mujeres calificaron su salud como buena o muy buena en un porcentaje del 79,21%. Un 15,10% la percibieron como excelente y, en el otro extremo, como regular o mala un 5,41% (Figura 8).

Figura 8: Salud general percibida por las mujeres puérperas.



Un dato curioso y que forma parte de la escala SF-36, aunque no es utilizado para ninguno de los subíndices de la misma, es la percepción de la salud actual comparada con la de hace un año. Debido a la duración de un embarazo, este dato en nuestro estudio se podría convertir en la comparación de la salud percibida antes y después del mismo. Un 68,37% de las mujeres consideró que su salud es más o menos igual que la previa a la gestación, un 19,95% la consideró mejor o mucho mejor y, por el contrario creyeron que era peor o incluso mucho peor un 11,40%.

En referencia a los datos anteriores, y con el objetivo de complementarlos, se preguntó a las mujeres mediante dos preguntas abiertas: qué les haría llorar y qué les hacía ser felices en la actualidad.

Las respuestas a la pregunta “En estos momentos, ¿qué le haría llorar?” se dividieron en 5 categorías. Las que hicieron referencia al recién nacido (50,99%), a la familia (17,66%), a la adopción del nuevo rol de madre (9,68%), a problemas físicos (7,41%) y, por último, al entorno de la mujer puérpera (0,85%). A su vez, en cada una de ellas se encontraron motivos positivos y negativos. En lo referente al recién nacido se encontraron algunas respuestas positivas como ir a casa con él, pero la mayoría fueron negativas. Un 42,16% de las mujeres de nuestra población llorarían por enfermedades en el recién nacido, y en mucho menor porcentaje, en un 7,41%, por la separación entre ambos y un 1,14% piensa en su muerte. Al estudiar aquellas respuestas que se agruparon como motivos familiares, se encontró como negativas la enfermedad o muerte de un ser querido, un 9,68%, y también, la separación con el hijo mayor (3,70%) y la falta de los padres de la participante en el estudio (0,85%). Como motivos positivos las puérperas señalaron a sus propios hijos y a su pareja en este apartado (3,51%). El cambio de rol provocó en las mujeres conflictos emocionales, por un lado llorarían por las emociones vividas y la felicidad que les embargaba tras el parto (4,56%), mientras que también lo harían por creer que no son capaces de cuidar del recién nacido (4,56%). Los otros dos últimos motivos de llanto serían las causas físicas, entre las que se mencionó principalmente el dolor (2,85%) y los problemas durante el parto (1,99%); y entre las relacionadas

con el entorno, las más nombradas fueron las visitas inoportunas y las opiniones desafortunadas de la familia o de las amistades (0,57%).

Para conocer qué aspecto consideraban las mujeres como más positivo tras el parto, se les interrogó sobre cuáles creían ellas que eran las causas de su felicidad. Destacar sobre todo que hasta el 80,06% respondieron que lo más importante eran sus hijos y su familia, y si a esto le sumamos aquellas que indicaron como lo más relevante para ellas, la experiencia de la maternidad, abarcamos un 95,73% de las respuestas de las puérperas de nuestro estudio. Otras mujeres también resaltaron la buena salud del binomio madre-hijo y, en consonancia, el alta hospitalaria de ambos, en un 23,93%.

#### 4.4 PRESENCIA DE MALESTAR PSÍQUICO SIGNIFICATIVO DURANTE EL FINAL DEL EMBARAZO.

El punto de corte en el cuestionario GHQ-28 se estableció en menor o igual a 6 puntos e igual o mayor a 7, como así lo han hecho otros investigadores internacionales y como hemos dejado reflejado en la metodología del presente estudio. Si la puntuación estaba en 7 o por encima, el cribado era positivo y, por lo tanto, existían síntomas emocionales de malestar psíquico. Los valores válidos representan en todas las subescalas más del 96%, por ello es factible realizar todos los análisis estadísticos pertinentes.

De esta manera, el 32,19% de las mujeres participantes presentaron síntomas somáticos, el 42,73% síntomas compatibles con ansiedad, el 67,52% reflejaron disfunción social y un 3,13% tuvieron un cribado positivo para sintomatología depresiva, según la presente escala (Tabla 6). Destacar que hasta el 44,16% de las mujeres presentaron un cribado positivo para más de una subescala. Un 25,63% presentaron síntomas compatibles con dos trastornos emocionales, un 16,81% para tres y 6 mujeres puérperas para todos los trastornos estudiados, un 1,71%.

*Tabla 6: Resultados descriptivos de la Escala de Goldberg GHQ-28.*

GHQ-28								
Subescalas	N	Mín	Máx	Media (DE)	≤ 6		≥ 7	
					n	%	n	%
Síntomas somáticos	341	0	18	5,41 (3,52)	228	64,96	113	32,19
Ansiedad	343	0	21	6,70 (4,83)	195	54,99	150	42,73
Disfunción social	337	1	16	7,59 (2,45)	100	28,49	237	67,52
Depresión	346	0	15	0,79 (1,87)	335	95,44	11	3,13

Se realizó un análisis bivariante con cada una de las subescalas del instrumento y las variables a estudio en la presente investigación (Tabla 7).

Tabla 7: Relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas con el cuestionario Goldberg GHQ-28.

	Síntomas somáticos	Ansiedad	Disfunción social	Depresión
Edad	0,134 <sup>1</sup>	0,398 <sup>1</sup>	<b>0,009<sup>1</sup></b>	0,689 <sup>1</sup>
Nacionalidad	0,297 <sup>2</sup>	0,977 <sup>2</sup>	<b>0,016<sup>2</sup></b>	1,000 <sup>2</sup>
Paridad	<b>0,002<sup>2</sup></b>	<b>0,037<sup>2</sup></b>	<b>0,044<sup>2</sup></b>	<b>0,011<sup>3</sup></b>
Abortos previos	0,459 <sup>2</sup>	0,233 <sup>2</sup>	0,377 <sup>2</sup>	0,174 <sup>2</sup>
Percepción Estrés	<b>0,001<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>2</sup></b>	0,082 <sup>2</sup>	<b>0,004<sup>3</sup></b>
Afrontamiento Preparación	0,094 <sup>1</sup>	<b>0,002<sup>1</sup></b>	0,506 <sup>1</sup>	0,718 <sup>1</sup>
Afrontamiento Evitación	<b>0,001<sup>1</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>	0,132 <sup>1</sup>	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Afrontamiento Espiritual Positivo	0,337 <sup>1</sup>	0,426 <sup>1</sup>	0,348 <sup>1</sup>	0,216 <sup>1</sup>
Inicio Parto	0,371 <sup>2</sup>	0,626 <sup>2</sup>	0,828 <sup>2</sup>	0,092 <sup>2</sup>
Tipo Parto	0,068 <sup>2</sup>	0,268 <sup>2</sup>	0,096 <sup>2</sup>	0,575 <sup>2</sup>
Duración Pródromos	0,688 <sup>1</sup>	0,435 <sup>1</sup>	0,836 <sup>1</sup>	0,593 <sup>1</sup>
Duración Dilatación	0,430 <sup>1</sup>	0,077 <sup>1</sup>	0,082 <sup>1</sup>	0,808 <sup>1</sup>
Duración Expulsivo	0,050 <sup>1</sup>	0,824 <sup>1</sup>	0,407 <sup>1</sup>	0,772 <sup>1</sup>
Deseo epidural	0,281 <sup>2</sup>	0,698 <sup>2</sup>	0,510 <sup>2</sup>	0,608 <sup>2</sup>
Epidural	0,538 <sup>2</sup>	0,406 <sup>2</sup>	0,121 <sup>2</sup>	1,000 <sup>2</sup>
Episiotomía	<b>0,006<sup>2</sup></b>	0,287 <sup>2</sup>	0,197 <sup>2</sup>	0,073 <sup>2</sup>
Desgarro	0,417 <sup>2</sup>	0,788 <sup>2</sup>	0,236 <sup>2</sup>	0,162 <sup>2</sup>
Ingreso RN	0,552 <sup>2</sup>	<b>0,007<sup>2</sup></b>	0,394 <sup>2</sup>	0,125 <sup>2</sup>
Lactancia	0,852 <sup>3</sup>	0,760 <sup>3</sup>	0,439 <sup>3</sup>	0,134 <sup>3</sup>

Datos correspondientes al p valor. <sup>1</sup>Test U de Mann Whitney; <sup>2</sup>Test Chi<sup>2</sup>; <sup>3</sup>Test Fisher.

#### 4.4.1 Síntomas Somáticos

La presencia de síntomas somáticos en el posparto temprano está relacionada de forma estadísticamente significativa con cinco de las variables estudiadas: la

paridad de la mujer, la presencia de estrés durante la gestación, el afrontamiento con técnicas de evitación, y también, la realización de episiotomía durante el parto (Tabla 7, Tabla 8 y Tabla 9).

*Tabla 8: Resultados de la subescala Síntomas Somáticos.*

*(Se muestran únicamente los resultados de las variables categóricas estadísticamente significativas.)*

<b>GHQ – 28: Síntomas Somáticos</b>					
Variabes	Categorías	n	% Cribado Negativo	% Cribado Positivo	p
Paridad	Primípara	172	75	25	0,002 <sup>1</sup>
	Secundípara	137	61,31	38,69	
	Tercípara o más	32	46,87	53,13	
Estrés	No	130	80,77	19,23	0,001 <sup>1</sup>
	Sí	203	58,13	41,87	
Episiotomía	Sí	212	71,23	28,77	0,006 <sup>1</sup>
	No	91	54,94	45,05	

<sup>1</sup>Test de Chi<sup>2</sup>

*Tabla 9: Resultados de la subescala Síntomas Somáticos.*

*(Se muestran únicamente los resultados de las variables cuantitativas estadísticamente significativas.)*

<b>GHQ – 28 Síntomas Somáticos</b>				
Variabes	Cribado	n	Media (DE)	p
Afrontamiento con Técnicas de evitación	Negativo	204	0,86 (0,51)	0,001 <sup>1</sup>
	Positivo	97	1,28 (0,56)	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney

Podemos observar que las mujeres que habían tenido hijos anteriores presentaron con mayor frecuencia un cribado positivo en la subescala Síntomas

Somáticos, al igual que las mujeres que tuvieron estrés durante el embarazo. Además, la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento con Evitación para hacerle frente fue mayor entre las mujeres que presentaron síntomas somáticos al final del embarazo que entre las que no los tuvieron. Pero también observamos que hay un mayor porcentaje entre aquellas a las que no se les realizó una episiotomía durante el parto.

Tras el análisis múltiple de las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariante, el modelo de regresión logística incluyó la paridad de la mujer y el afrontamiento con técnicas de evitación (Tabla 10). La capacidad discriminativa del modelo fue de 0,74.

*Tabla 10: Resultado del análisis por regresión logística múltiple en la subescala Síntomas Somáticos.*

Variable	Categoría	p	OR	IC (95%) OR	
				Inferior	Superior
Estrés	Sí	0,268	<b>1,410</b>	0,768	2,587
Paridad	Primíparas	0,100	<b>1,000</b>		
	Secundíparas	0,046	<b>1,774</b>	1,010	3,117
	Tercíparas	0,178	<b>1,913</b>	0,745	4,911
Afrontamiento Evitación		0,001	<b>3,689</b>	2,166	6,281
Constante		0,001	<b>0,071</b>		

Según nuestros resultados, el riesgo de presentar síntomas somáticos al final del embarazo, en las mujeres secundíparas, aumenta un 77,39% respecto a las mujeres primíparas. Pero entre las multíparas, este riesgo se incrementa hasta un

91,26%. Resultados ajustados por el resto de variables del modelo. Del mismo modo, al aumentar la frecuencia de uso de las técnicas de evitación en una categoría con el fin de afrontar el estrés surgido durante el embarazo, el riesgo de tener síntomas somáticos al finalizar la gestación es 3,69 veces mayor.

#### 4.4.2 Ansiedad

La presencia de síntomas compatibles con ansiedad en el puerperio temprano está estadísticamente relacionada con cinco de las variables estudiadas (Tabla 7, Tabla 11 y Tabla 12). En este caso son la paridad de la mujer, que se repite al igual que la presencia de estrés y el afrontamiento con técnicas de evitación, y además, los métodos de preparación para hacer frente a los cambios del embarazo y el ingreso del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos.

*Tabla 11: Resultados de la subescala Ansiedad.*

*(Se muestran únicamente los resultados de las variables categóricas estadísticamente significativas.)*

GHQ – 28: Ansiedad					
VARIABLES	Categorías	n	% Cribado negativo	% Cribado positivo	p
Paridad	Primípara	173	61,85	38,15	0,037 <sup>1</sup>
	Secundípara	139	53,24	46,76	
	Tercípara o más	31	38,71	61,29	
Estrés	No	131	77,86	22,14	0,001 <sup>1</sup>
	Sí	205	42,93	57,07	
Ingreso RN	Sí	19	26,32	73,68	0,007 <sup>1</sup>
	No	310	58,06	41,94	

<sup>1</sup>Test de Chi<sup>2</sup>



Tabla 12: Resultados de la subescala Ansiedad.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables cuantitativas estadísticamente significativas.)

GHQ – 28: Ansiedad				
Variables	Cribado	n	Media (DE)	p
Afrontamiento con Técnicas de Preparación	Negativo	174	2,37 (0,66)	0,002 <sup>1</sup>
	Positivo	126	2,60 (0,54)	
Afrontamiento con Técnicas de Evitación	Negativo	176	0,80 (0,50)	0,001 <sup>1</sup>
	Positivo	127	1,28 (0,53)	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney

Las mujeres primíparas fueron el mayor grupo entre las participantes sin síntomas de ansiedad, si diferenciamos según la paridad. Según la variable estrés, el 80,14% de las mujeres que presentaron un cribado positivo para esta subescala refirieron haber sufrido estrés durante el embarazo. En consonancia, aquellas que utilizaron con mayor frecuencia técnicas de preparación y de evitación fueron las que presentaron más síntomas compatibles con ansiedad. Y además, también presentaron con mayor frecuencia estos síntomas, aquellas a las que se les separó del recién nacido debido a que éste fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del propio hospital.

En el análisis múltiple las variables estadísticamente significativas fueron la presencia de estrés y el estilo de afrontamiento con técnicas de evitación (Tabla 13). El modelo tiene capacidad para discriminar entre las dos categorías de la variable resultado en 0,77, valor estadístico c.

*Tabla 13: Resultado del análisis por regresión logística múltiple en la subescala Ansiedad.*

Variable	Categoría	p	OR	I.C. 95,0% para OR	
				Inferior	Superior
Estrés	Sí	0,002	<b>2,560</b>	1,431	4,580
Afrontamiento	Evitación	0,001	<b>4,428</b>	2,541	7,716
Constante		0,001	<b>0,084</b>		

Así, nuestros resultados indican que el riesgo de presentar síntomas compatibles con ansiedad al término del embarazo es de 2,56 veces mayor cuando la mujer refiere haber tenido estrés durante la gestación. Y asimismo, cuando aumenta la frecuencia de uso de técnicas de evitación durante el embarazo en una categoría, el riesgo de tener síntomas de ansiedad las últimas semanas de gestación es de 4,43 veces mayor.

#### *4.4.3 Disfunción Social*

La presencia de disfunción social al final del embarazo está estadísticamente relacionada con tres variables de las estudiadas (Tabla 7, Tabla 14 y Tabla 15).

Tabla 14: Resultados de la subescala Disfunción Social.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables categóricas estadísticamente significativas.)

GHQ – 28: Disfunción Social					
Variables	Categorías	n	% Cribado negativo	% Cribado positivo	p
Nacionalidad	Española	264	26,52	73,48	0,016 <sup>1</sup>
	Extranjera	73	41,10	58,90	
Paridad	Primípara	168	35,71	64,29	0,044 <sup>1</sup>
	Secundípara	137	22,63	77,37	
	Tercípara o más	32	28,13	71,87	

<sup>1</sup>Test de Chi<sup>2</sup>

Tabla 15: Resultados de la subescala Disfunción Social.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables cuantitativas estadísticamente significativas.)

GHQ – 28: Disfunción Social				
Variables	Cribado	n	Media (DE)	p
Edad	Negativo	100	30,99 (4,92)	0,009 <sup>1</sup>
	Positivo	237	32,25 (4,67)	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney

La mayoría de las mujeres que presentaron síntomas compatibles con disfunción social fueron españolas y, además, el porcentaje de mujeres secundíparas y multíparas fue mayor entre las que tuvieron un cribado positivo. A esto hay que añadir, que las mujeres con disfunción social eran más añosas de media que las que no presentaron síntomas.

Tras el análisis múltiple ajustado por las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariante, el modelo quedó compuesto por las variables nacionalidad y paridad (Tabla 16). El área bajo la curva ROC, o la capacidad discriminativa del modelo fue de 0,617.

*Tabla 16: Resultado del análisis por regresión logística múltiple en la subescala Disfunción Social.*

Variable	Categoría	p	OR	I.C. 95,0% para OR	
				Inferior	Superior
Estrés	Sí	0,480	<b>1,203</b>	0,720	2,011
Paridad	Primíparas	0,054			
	Secundíparas	0,017	<b>1,908</b>	1,123	3,243
	Múltíparas	0,330	<b>1,539</b>	0,647	3,662
Nacionalidad	Extranjeras	0,008	<b>0,462</b>	0,260	0,820
Constante		0,002	<b>1,971</b>		

En las mujeres secundíparas el riesgo de presentar disfunción social al final de la gestación es un 90,81% mayor respecto a las mujeres que tienen a su primer hijo. Pero este mismo riesgo, entre las mujeres múltíparas es menor, un 53,91%, también respecto a las primíparas. Y por otra parte, el riesgo de presentar disfunción social al final del embarazo entre las mujeres inmigrantes es un 53,81% menor respecto al grupo de mujeres nativas.

#### *4.4.4 Depresión*

Según el análisis bivariante realizado, la presencia de síntomas compatibles con un diagnóstico de depresión finalizando la gestación está estadísticamente relacionado con tres variables analizadas: paridad, percepción de estrés en el

embarazo y afrontamiento con técnicas de evitación (Tabla 7, Tabla 17 y Tabla 18).

Tabla 17: Resultados de la subescala Depresión según las variables categóricas.

GHQ – 28: Depresión					
VARIABLES	Categorías	n	% Cribado negativo	% Cribado positivo	p
Nacionalidad	Españolas	269	77,61	81,82	1,000 <sup>1</sup>
	Extranjeras	77	22,39	18,18	
Paridad	Primípara	173	51,34	9,09	<b>0,011<sup>2</sup></b>
	Secundípara	139	39,10	72,73	
	Tercípara o más	34	9,55	18,18	
Estrés	No	132	40,49	0	<b>0,004<sup>2</sup></b>
	Sí	205	59,51	100	
Inicio del parto	Espontáneo	232	70,94	45,45	0,092 <sup>1</sup>
	Inducción	99	29,06	54,54	
Tipo de parto	Eutócico	264	75,82	90,91	0,575 <sup>1</sup>
	Instrumental	45	13,43	0	
	Cesárea urgente	22	6,27	9,09	
	Cesárea electiva	15	4,48	0	
Deseo epidural	Sí	291	91,21	100	0,608 <sup>1</sup>
	No	27	8,79	0	
Epidural	Sí	160	78,44	81,82	1,000 <sup>1</sup>
	No	71	21,56	18,18	
Episiotomía	Sí	215	70,57	40	0,073 <sup>1</sup>
	No	94	29,43	60	
Desgarro	Sí	90	28,43	50	0,162 <sup>1</sup>
	No	219	71,57	50	
Ingreso RN	Sí	19	5,30	18,18	0,125 <sup>1</sup>
	No	313	94,70	81,82	
Lactancia	Exclusiva	306	92,52	90	0,134 <sup>2</sup>
	Mixta	21	6,54	0	
	Artificial	4	0,93	10	

<sup>1</sup>Test de Chi<sup>2</sup>; <sup>2</sup>Test de Fisher.

Tabla 18: Resultados de la subescala Depresión según las variables cuantitativas.

GHQ – 28: Depresión				
Variables	Cribado	n	Media (DE)	p
Edad	Negativo	335	31,82 (4,77)	0,689 <sup>1</sup>
	Positivo	11	30,55 (7,13)	
Afrontamiento con Preparación – Planificación	Negativo	289	2,46 (0,63)	0,718 <sup>1</sup>
	Positivo	9	2,54 (0,45)	
Afrontamiento con Técnicas de Evitación	Negativo	293	0,97 (0,55)	<b>0,001<sup>1</sup></b>
	Positivo	9	1,74 (0,38)	
Afrontamiento con Espiritual – Afrontamiento positivo	Negativo	300	1,59 (1,00)	0,216 <sup>1</sup>
	Positivo	9	1,98 (0,87)	
Duración Pródromos (h)	Negativo	320	6,29 (6,45)	0,593 <sup>1</sup>
	Positivo	11	7,44 (10,17)	
Duración Dilatación (h)	Negativo	320	3,11 (2,63)	0,808 <sup>1</sup>
	Positivo	11	3,04 (2,28)	
Duración Expulsivo (min)	Negativo	299	50,53 (49,18)	0,772 <sup>1</sup>
	Positivo	10	53,70 (46,85)	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney

Estos síntomas depresivos estuvieron presentes en 11 mujeres de la muestra, apenas un 3,13%, por lo que se decidió realizar un análisis estratificado de las características que presentaban estas mujeres.

La edad de las mujeres con síntomas de depresión estuvo comprendida entre los 20 y los 41 años. De las 11 puérperas, cuatro fueron menores de 25 años y otras cuatro mayores de 35 años. La nacionalidad mayoritaria fue la española, 9 mujeres, siendo las otras dos procedentes de Latinoamérica. Si comparamos la paridad de estas mujeres con las del grupo de puérperas que no presentaron síntomas depresivos, la cantidad de primíparas fue mucho menor, tan sólo había una, y la gran mayoría fueron secundíparas, 8 de ellas (Tabla 17 y Tabla 18).

Un 36,36% de estas mujeres percibieron el embarazo como muy estresante, a diferencia de las mujeres que no presentaron síntomas de depresión al final de la gestación que lo percibieron así en un 6,13%. Pero además, cabe resaltar que todas las mujeres que tuvieron un cribado positivo aseguraron haber tenido un embarazo estresante. El afrontamiento con técnicas de preparación – planificación fue el más utilizado, al igual que las puérperas que no presentaron síntomas depresivos. Refirieron haberlas empleado bastante a menudo un 66,67% de ellas. Pero las técnicas de evitación fueron utilizadas con mucha mayor frecuencia por estas mujeres, un 66,67% las emplearon a veces en comparación con un 17,41% entre las mujeres que no presentaron un cribado positivo. En cuanto a las técnicas espirituales o con afrontamiento positivo no se encontraron grandes diferencias entre los dos grupos de participantes.

El inicio de parto en estas mujeres con síntomas depresivos fue mediante inducción en más de la mitad de ellas, 54,54%, porcentaje mucho mayor en comparación a las mujeres sin síntomas, 29,06%, aunque sin significación estadística. El parto finalizó con cesárea en uno sólo de los casos, todos los demás fueron eutócicos. Tres de las inducciones permanecieron en fase latente de dilatación más de 8 horas, una de ellas más de 20 horas y otra algo más de 31. En el resto, se inició el parto en menos de 3 horas. El periodo activo de dilatación duró en todos los casos menos de 9 horas. Y por último, el periodo de expulsivo se alargó hasta algo más de dos horas en dos mujeres secundíparas, pero por el contrario, en 4 mujeres fue muy breve, de apenas 20 minutos.

Todas estas mujeres desearon ponerse la analgesia epidural, pero en dos de ellas no fue administrada. Ambas dieron a luz en menos de 1 hora desde que pasaron a la sala de dilatación, lo cual pudo ser el motivo principal. De las diez mujeres que tuvieron un parto eutócico, a 4 se les realizó episiotomía y 5 tuvieron un desgarro vaginal. Y por último, dos de los recién nacidos de estas mujeres que presentaron síntomas depresivos, fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y todas ellas iniciaron lactancia materna exclusiva, excepto una, que prefirió lactancia artificial.

#### 4.5 SALUD PERCIBIDA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Los resultados generales del Cuestionario de Salud SF-36 se presentan a continuación (Tabla 19) valorados tanto por su media (Figura 9) como por sus percentiles, tal y como quedó explicado en la metodología del presente estudio. De este modo, quedan reflejadas las dimensiones de salud mejor y peor valoradas por las mujeres puérperas.

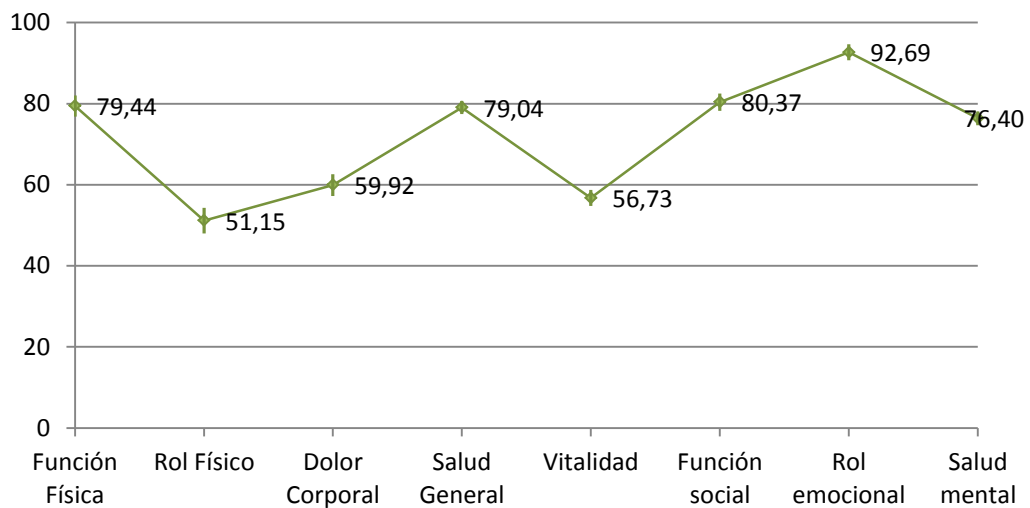


Tabla 19: Resultados descriptivos del Cuestionario de Salud SF-36.

SF-36								
Dimensiones	n	Mín	Máx	Media (DE)	P5	P25	P50	P75
Función física	351	0	100	79,44 (24,96)	25	65,01	90	100
Rol físico	349	25	100	51,15 (30,07)	25	25	43,75	81,25
Dolor corporal	350	0	100	59,92 (25,59)	20,55	41	62	74
Salud general	351	20	100	79,04 (15,51)	52	67	82	92
Vitalidad	351	0	100	56,73 (18,85)	25	43,75	56,25	68,75
Función social	349	12,50	100	80,37 (20,25)	50	62,50	87,50	100
Rol emocional	350	25	100	92,69 (18,97)	38,75	100	100	100
Salud mental	351	25	100	76,40 (16,03)	45	65	80	85

Figura 9: Valor medio de cada dimensión de salud del Cuestionario SF-36.

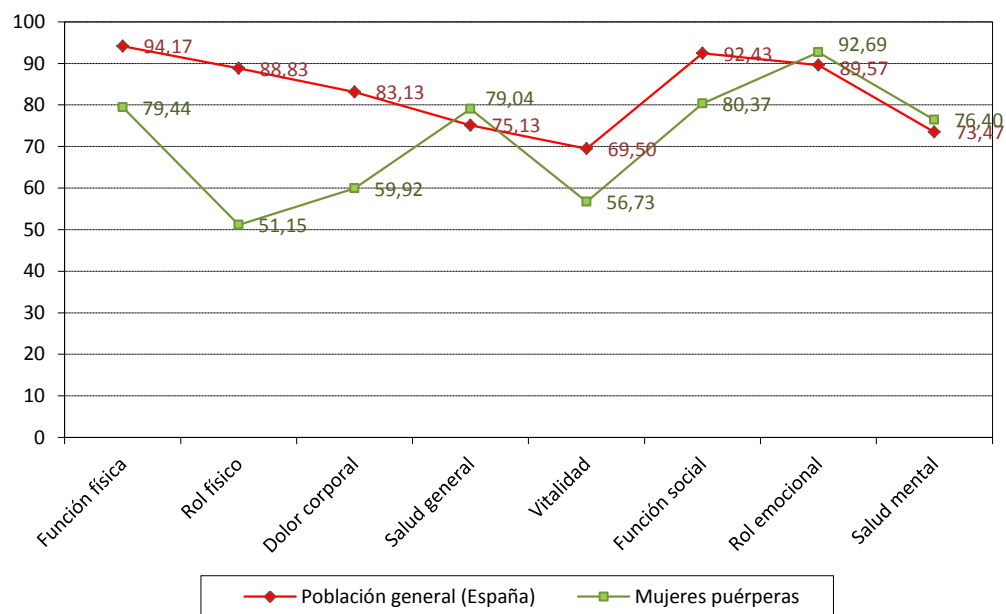
Representación de la media y el intervalo de confianza del 95%.



Los datos resultantes del presente estudio en las diferentes dimensiones de salud se muestran en la Figura 10, comparados con los datos poblacionales de

referencia de la población española, específicos para mujeres en edad reproductiva, entre 18 y 45 años<sup>(68)</sup>. Entre las mujeres puérperas se evidencia una mayor alteración en la percepción de las dimensiones que tienen relación con la actividad física cotidiana: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Vitalidad; más que entre aquellas asociadas a la propia persona y a su crecimiento personal: Salud General, Rol Emocional y Salud Mental.

*Figura 10: Comparación de las puntuaciones medias de las dimensiones de salud entre las mujeres puérperas y la población femenina en edad fértil.*



Con el objetivo de analizar qué variables estaban relacionadas estadísticamente con la percepción de salud de las mujeres durante el posparto temprano, se realizaron diferentes análisis bivariantes (Tabla 20).

Tabla 20: Relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas con el Cuestionario de Salud SF-36.

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Edad	0,434 <sup>1</sup>	0,078 <sup>1</sup>	0,478 <sup>1</sup>	0,227 <sup>1</sup>	<b>0,050<sup>1</sup></b>	0,502 <sup>1</sup>	0,870 <sup>1</sup>	0,191 <sup>1</sup>
Nacionalidad	<b>0,006<sup>2</sup></b>	0,940 <sup>2</sup>	0,232 <sup>2</sup>	<b>0,001<sup>2</sup></b>	0,534 <sup>2</sup>	<b>0,003<sup>2</sup></b>	0,058 <sup>2</sup>	<b>0,001<sup>2</sup></b>
Paridad	0,441 <sup>3</sup>	0,682 <sup>3</sup>	<b>0,014<sup>3</sup></b>	<b>0,036<sup>3</sup></b>	<b>0,012<sup>3</sup></b>	<b>0,001<sup>3</sup></b>	0,051 <sup>3</sup>	<b>0,001<sup>3</sup></b>
Abortos previos	0,655 <sup>2</sup>	0,474 <sup>2</sup>	0,102 <sup>2</sup>	<b>0,049<sup>2</sup></b>	0,325 <sup>2</sup>	<b>0,000<sup>2</sup></b>	<b>0,037<sup>2</sup></b>	0,077 <sup>2</sup>
Percepción Estrés	<b>0,027<sup>3</sup></b>	<b>0,029<sup>3</sup></b>	<b>0,001<sup>3</sup></b>	<b>0,013<sup>3</sup></b>	<b>0,001<sup>3</sup></b>	<b>0,001<sup>3</sup></b>	<b>0,001<sup>3</sup></b>	<b>0,001<sup>3</sup></b>
Afrontamiento Preparación	0,087 <sup>1</sup>	0,068 <sup>1</sup>	0,223 <sup>1</sup>	<b>0,015<sup>1</sup></b>	0,110 <sup>1</sup>	0,457 <sup>1</sup>	0,087 <sup>1</sup>	0,298 <sup>1</sup>
Afrontamiento Evitación	<b>0,001<sup>1</sup></b>	<b>0,003<sup>1</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Afrontamiento Espiritual Positivo	0,711 <sup>1</sup>	0,437 <sup>1</sup>	0,728 <sup>1</sup>	<b>0,010<sup>1</sup></b>	0,579 <sup>1</sup>	<b>0,004<sup>1</sup></b>	<b>0,002<sup>1</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Inicio Parto	<b>0,006<sup>2</sup></b>	0,052 <sup>2</sup>	0,234 <sup>2</sup>	0,061 <sup>2</sup>	0,440 <sup>2</sup>	0,751 <sup>2</sup>	0,203 <sup>2</sup>	0,664 <sup>2</sup>
Tipo Parto	0,598 <sup>3</sup>	0,338 <sup>3</sup>	0,347 <sup>3</sup>	0,496 <sup>3</sup>	0,725 <sup>3</sup>	<b>0,004<sup>3</sup></b>	0,946 <sup>3</sup>	0,643 <sup>3</sup>
Duración Pródromos	0,182 <sup>1</sup>	0,228 <sup>1</sup>	0,514 <sup>1</sup>	0,837 <sup>1</sup>	0,655 <sup>1</sup>	0,267 <sup>1</sup>	0,279 <sup>1</sup>	0,393 <sup>1</sup>
Duración Dilatación	0,381 <sup>1</sup>	0,916 <sup>1</sup>	0,686 <sup>1</sup>	0,620 <sup>1</sup>	0,674 <sup>1</sup>	0,112 <sup>1</sup>	0,605 <sup>1</sup>	0,839 <sup>1</sup>
Duración Expulsivo	0,347 <sup>1</sup>	0,347 <sup>1</sup>	0,381 <sup>1</sup>	0,269 <sup>1</sup>	0,864 <sup>1</sup>	0,395 <sup>1</sup>	0,087 <sup>1</sup>	0,376 <sup>1</sup>
Deseo epidural	0,475 <sup>2</sup>	0,383 <sup>2</sup>	0,820 <sup>2</sup>	0,945 <sup>2</sup>	0,765 <sup>2</sup>	<b>0,023<sup>2</sup></b>	0,165 <sup>2</sup>	0,319 <sup>2</sup>
Epidural	0,849 <sup>2</sup>	0,394 <sup>2</sup>	0,553 <sup>2</sup>	0,357 <sup>2</sup>	0,891 <sup>2</sup>	0,373 <sup>2</sup>	0,591 <sup>2</sup>	0,360 <sup>2</sup>
Episiotomía	0,308 <sup>2</sup>	0,355 <sup>2</sup>	0,143 <sup>2</sup>	0,269 <sup>2</sup>	0,925 <sup>2</sup>	<b>0,027<sup>2</sup></b>	0,270 <sup>2</sup>	<b>0,003<sup>2</sup></b>
Desgarro	0,484 <sup>2</sup>	0,432 <sup>2</sup>	0,831 <sup>2</sup>	0,998 <sup>2</sup>	0,916 <sup>2</sup>	0,739 <sup>2</sup>	0,565 <sup>2</sup>	0,633 <sup>2</sup>
Lactancia	0,755 <sup>3</sup>	0,352 <sup>3</sup>	0,983 <sup>3</sup>	0,785 <sup>3</sup>	0,627 <sup>3</sup>	0,454 <sup>3</sup>	0,540 <sup>3</sup>	0,369 <sup>3</sup>
Ingreso RN	0,892 <sup>2</sup>	0,801 <sup>2</sup>	0,268 <sup>2</sup>	<b>0,002<sup>2</sup></b>	0,949 <sup>2</sup>	0,166 <sup>2</sup>	0,206 <sup>2</sup>	0,250 <sup>2</sup>
Síntomas somáticos	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,001<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,006<sup>1</sup></b> <b>0,001<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>
Ansiedad	0,054 <sup>1</sup> 0,128 <sup>2</sup>	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,002<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,004<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>
Disfunción social	<b>0,001<sup>1</sup></b> 0,395 <sup>2</sup>	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,001<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,010<sup>2</sup></b>	0,852 <sup>1</sup> 0,851 <sup>2</sup>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,005<sup>2</sup></b>	<b>0,010<sup>1</sup></b> 0,765 <sup>2</sup>	<b>0,001<sup>1</sup></b> 0,198 <sup>2</sup>
Depresión	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,025<sup>2</sup></b>	<b>0,026<sup>1</sup></b> 0,068 <sup>2</sup>	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,001<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,003<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>1</sup></b> <b>0,001<sup>2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>

Datos correspondientes al valor p. <sup>1</sup>r de Spearman; <sup>2</sup>Test U de Mann Whitney; <sup>3</sup>Test Kruskal Wallis.

A continuación, se analizaron los dos índices sumarios a los que dan forma las ocho dimensiones de salud anteriores (Tabla 21). La Función Física, el Rol Físico, el Dolor Corporal y la Salud General conforman el componente físico. Y el componente mental viene dado por las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

*Tabla 21: Resultados descriptivos de los Índices sumarios del Cuestionario SF-36.*

SF-36								
	n	Mín	Máx	Media (DE)	P5	P25	P50	P75
Componente físico	350	23,98	63,56	45,57 (7,85)	31,79	40,37	45,40	51,55
Componente mental	350	20,54	68,61	53,55 (8,34)	35,26	50,46	55,54	58,96

Los resultados del análisis bivariante de ambos índices se incluyeron en una tabla resumen para mayor claridad en el estudio de los mismos (Tabla 22).

Tabla 22: Relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas con los índices sumarios del Cuestionario de Salud SF-36.

	Componente físico	Componente mental
Edad	0,108 <sup>1</sup>	0,807 <sup>1</sup>
Nacionalidad	<b>0,040</b> <sup>2</sup>	<b>0,013</b> <sup>2</sup>
Paridad	0,990 <sup>3</sup>	<b>0,001</b> <sup>3</sup>
Abortos previos	0,529 <sup>2</sup>	<b>0,037</b> <sup>2</sup>
Percepción Estrés	<b>0,036</b> <sup>3</sup>	<b>0,001</b> <sup>3</sup>
Afrontamiento Preparación	0,220 <sup>1</sup>	0,652 <sup>1</sup>
Afrontamiento Evitación	<b>0,002</b> <sup>1</sup>	<b>0,001</b> <sup>1</sup>
Afrontamiento Espiritual Positivo	0,622 <sup>1</sup>	<b>0,002</b> <sup>1</sup>
Inicio Parto	<b>0,002</b> <sup>2</sup>	0,636 <sup>2</sup>
Tipo Parto	0,631 <sup>3</sup>	0,398 <sup>3</sup>
Duración Pródromos	0,210 <sup>1</sup>	0,081 <sup>1</sup>
Duración Dilatación	0,967 <sup>1</sup>	0,710 <sup>1</sup>
Duración Expulsivo	0,804 <sup>1</sup>	0,766 <sup>1</sup>
Deseo epidural	0,704 <sup>2</sup>	0,373 <sup>2</sup>
Epidural	0,799 <sup>2</sup>	0,906 <sup>2</sup>
Episiotomía	0,857 <sup>2</sup>	<b>0,011</b> <sup>2</sup>
Desgarro	0,741 <sup>2</sup>	0,575 <sup>2</sup>
Lactancia	0,924 <sup>3</sup>	0,717 <sup>3</sup>
Ingreso RN	0,461 <sup>2</sup>	0,383 <sup>2</sup>
Síntomas somáticos	<b>0,001</b> <sup>2</sup>	<b>0,001</b> <sup>2</sup>
Ansiedad	<b>0,042</b> <sup>2</sup>	<b>0,001</b> <sup>2</sup>
Disfunción social	<b>0,002</b> <sup>2</sup>	0,064 <sup>2</sup>
Depresión	0,072 <sup>2</sup>	<b>0,001</b> <sup>2</sup>

Datos correspondientes al valor p. <sup>1</sup>r de Spearman; <sup>2</sup>Test de U de Mann Whitney; <sup>3</sup>Test de Kruskal Wallis.

#### 4.5.1 Percepción de la Salud Física

##### FUNCIÓN FÍSICA

Esta dimensión de salud del Cuestionario SF-36 evalúa si la mujer se cree capaz para realizar actividades básicas de la vida diaria, como caminar o vestirse, y hemos observado que ha estado influenciada por diversas variables (Tabla 23).

Tabla 23: Resultados de la dimensión de salud Función Física.

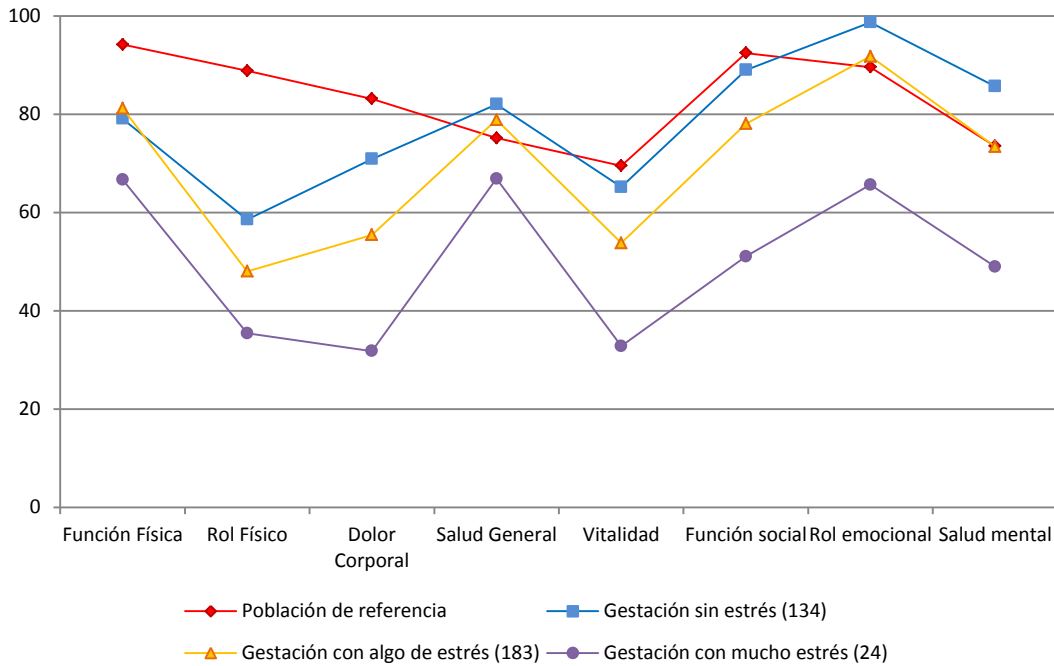
(Se muestran únicamente los resultados de las variables categóricas estadísticamente significativas.)

FUNCIÓN FÍSICA								
Variabes	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Nacionalidad	Española	271	81,71 (23,09)	30	70	90	100	0,006 <sup>1</sup>
	Extranjera	80	71,72 (29,32)	15,25	55	79,99	98,63	
Estrés	Nada	134	79,09 (27,03)	23,75	65,01	94,47	100	0,027 <sup>2</sup>
	Algo	183	81,20 (22,05)	35	65,01	90	100	
	Mucho	24	66,67 (32,12)	11,25	31,25	82,49	95	
Inicio del parto	Espontáneo	234	82,45 (22,76)	30	70	91,97	100	0,006 <sup>1</sup>
	Inducido	102	72,93 (27,26)	15,75	55	85	95	
Síntomas somáticos	Cribado -	228	82,67 (23,12)	30	71,25	95	100	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	113	73,74 (26,60)	18,25	57,5	79,99	99,92	
Depresión	Cribado -	335	79,99 (24,52)	25	65,01	90	100	0,025 <sup>1</sup>
	Cribado +	11	60,91 (32,39)	15	30	60	90	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney; <sup>2</sup>Test de Kruskal Wallis.

Los resultados de nuestra investigación indicaron que las mujeres inmigrantes puntuaban 9,99 puntos menos de media que las mujeres autóctonas, y que la percepción de la gestación como un periodo muy estresante implicó un descenso moderado en esta dimensión de salud respecto a aquellas mujeres que no tuvieron estrés (Magnitud del cambio 0,50) (Figura 11). Y en relación, cuanto más hayan utilizado técnicas de evitación durante el embarazo para afrontar el estrés surgido, peor valoración han hecho de su capacidad para realizar ABVD tras el parto (r de Spearman -0,190; p = 0,001).

*Figura 11: Comparación de las puntuaciones medias en las diferentes dimensiones de salud según el nivel de estrés prenatal de las puérperas y la población femenina de referencia en edad fértil.*



La única variable sobre el trabajo de parto que está estadísticamente relacionada con la percepción de esta dimensión de salud es la forma de iniciarse el mismo. En aquellas mujeres en las que se decidió finalizar el embarazo con una inducción, la puntuación descendió 9,52 puntos de media.

El malestar psíquico también influyó en la percepción de la Función Física después del parto. Si durante el final del embarazo se presentaron síntomas somáticos, la puntuación de esta dimensión de salud disminuyó 8,93 puntos de media (Figura 12). Pero además, existió una correlación significativa entre ambas variables, es decir, cuantos más síntomas somáticos presentó la gestante, peor percibió su

capacidad para las ABVD en el puerperio. Del mismo modo se observó con la ansiedad y la disfunción social. La última dimensión analizada de la salud emocional fue la presencia de síntomas que sugirieran un diagnóstico de depresión. En este caso, la presencia de síntomas provocó un cambio en la puntuación moderado (Magnitud del cambio 0,76). Y también, cuantos más síntomas de depresión se presentaron, peor fue la autovaloración en este aspecto de salud (Tabla 20 y Tabla 24).

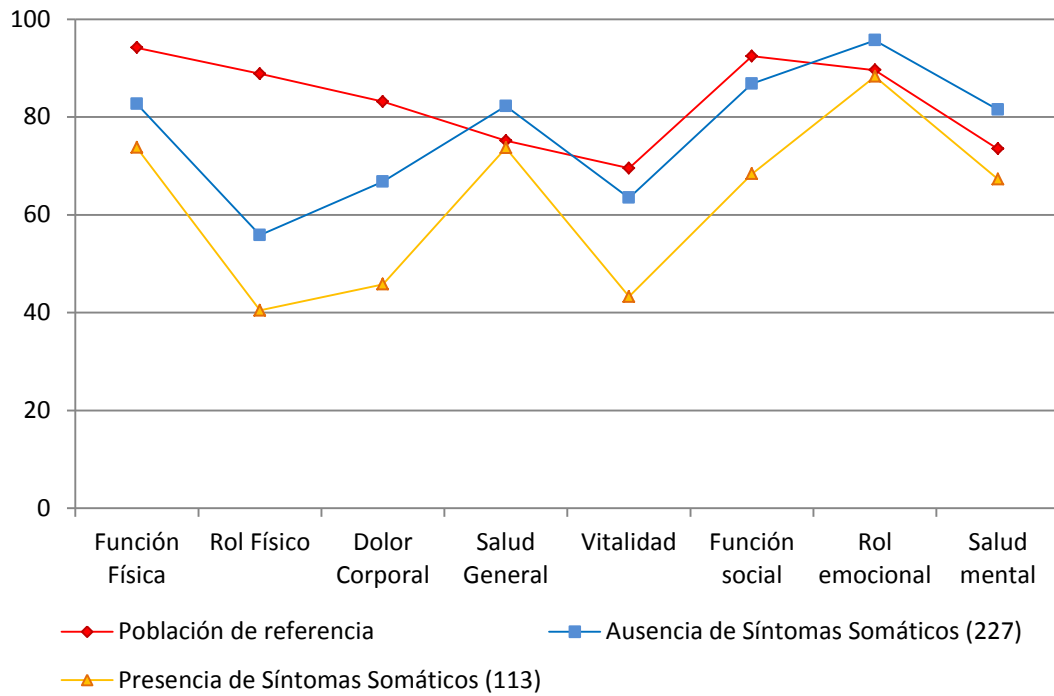
*Tabla 24: Asociación entre la Función Física y el estado emocional de la gestante.*

<b>GHQ-28</b>	<b>FUNCIÓN FÍSICA (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,219***
Ansiedad	- 0,104
Disfunción Social	- 0,175***
Depresión	- 0,183***

\*\*\*  $p \leq 0,001$



*Figura 12: Comparación de las puntuaciones medias en las diferentes dimensiones de salud según la presencia de síntomas somáticos al final de la gestación y la población femenina de referencia en edad fértil.*



### *ROL FÍSICO*

En esta dimensión de salud se valora la capacidad de las mujeres para mantener sus actividades laborales y cotidianas y se ve modificada por algunas variables relacionadas con el embarazo y el parto (Tabla 20 y Tabla 25).

Tabla 25: Resultados de la dimensión de salud Rol Físico.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables categóricas estadísticamente significativas.)

ROL FÍSICO								
Variables	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Estrés	Nada	133	58,55 (31,82)	25	25	43,75	100	0,029 <sup>1</sup>
	Algo	182	48,01 (28,75)	25	25	25	62,50	
	Mucho	24	35,42 (20,82)	25	25	25	39,06	
Síntomas somáticos	Cribado -	227	55,84 (30,70)	25	71,25	95	100	0,001 <sup>2</sup>
	Cribado +	112	40,46 (25,58)	25	57,5	79,99	99,92	
Ansiedad	Cribado -	192	55,08 (30,76)	25	65,01	90	100	0,002 <sup>2</sup>
	Cribado +	149	45,59 (28,37)	25	30	60	90	
Disfunción social	Cribado -	99	59,28 (30,78)	25	25	62,5	100	0,001 <sup>2</sup>
	Cribado +	237	47,52 (29,23)	25	25	25	62,5	

<sup>1</sup>Test de Kruskal Wallis; <sup>2</sup>Test de U de Mann Whitney.

Los resultados de nuestro estudio muestran que la variable estrés tiene una relación estadísticamente significativa con esta dimensión de salud. Las mujeres púerperas que presentaron algo de estrés durante el embarazo valoraron su comportamiento físico en 10,54 puntos menos de promedio que aquellas que no lo sintieron. Pero entre éstas y aquellas que refirieron tener mucho estrés, el cambio fue moderado (Magnitud del cambio 0,77). Esta puntuación tuvo una diferencia de 23,13 puntos de media (Figura 11). Y al mismo tiempo, si estas mujeres hicieron frente a este estrés utilizando técnicas de evitación, cuanto más frecuentemente las emplearon, menor fue su puntuación en cuanto a la percepción de su propio Rol Físico (r de Spearman -0,170; p = 0,003).

La salud emocional, como hemos visto, también está relacionada con la percepción de salud física. Las mujeres que presentaron síntomas somáticos al finalizar la gestación, hicieron una peor autovaloración de esta dimensión de salud, 15,38 puntos menos de media, un cambio moderado (Magnitud del cambio 0,51) (Figura 12). Las mujeres que presentaron síntomas compatibles con ansiedad tuvieron una puntuación media de 9,49 puntos menos respecto a aquellas que no los tuvieron. Y, del mismo modo, las mujeres que presentaron disfunción social, puntuaron un 11,76 menos de promedio. Pero además, cuantos más síntomas somáticos presentaron, menor fue la puntuación en la dimensión de rol físico (Tabla 26). Y así también ocurrió entre aquellas mujeres que tuvieron síntomas de ansiedad, disfunción social o síntomas de depresión.

*Tabla 26: Asociación entre el Rol Físico y el estado emocional de la gestante.*

<b>GHQ-28</b>	<b>ROL FÍSICO (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,305***
Ansiedad	- 0,248***
Disfunción Social	- 0,315***
Depresión	- 0,120*

\*\*\*  $p \leq 0,001$ ; \*  $p \leq 0,05$

### *DOLOR CORPORAL*

Para analizar esta dimensión de salud del cuestionario SF-36 (Tabla 20 y Tabla 27) se ha tenido en cuenta que, como en todas las interpretaciones de la puntuación de este instrumento, puntuaciones altas indican buen estado de salud, en este caso nada de dolor, y puntuaciones bajas indican lo contrario, elevado nivel de

dolor con un alto impacto en las actividades cotidianas.

Observamos como el número de hijos es un factor importante en la evaluación del dolor. Las mujeres secundíparas presentaron una puntuación de 5,56 puntos menor que las mujeres primíparas, y las multíparas hasta 12,21 puntos menos de media.

*Tabla 27: Resultados de la dimensión de salud Dolor Corporal.*

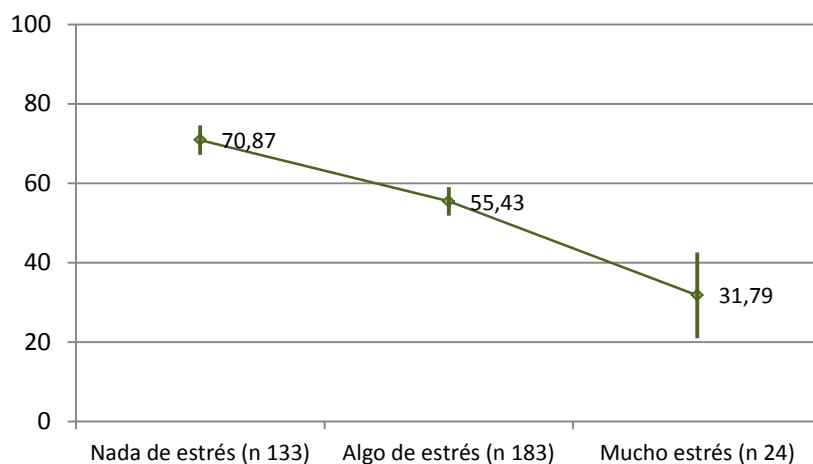
*(Se muestran únicamente los resultados de las variables categóricas estadísticamente significativas.)*

<b>DOLOR CORPORAL</b>								
Variables	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Paridad	Primípara	174	63,38 (24,39)	22	51	62	80	0,014 <sup>1</sup>
	Secundípara	141	57,82 (26,42)	12	41	62	74	
	Tercípara o más	35	51,17 (25,72)	0	41	51	62	
Estrés	Nada	133	70,87 (21,65)	31	52	72	84	0,001 <sup>1</sup>
	Algo	183	55,43 (24,63)	21	41	52	74	
	Mucho	24	31,79 (25,59)	0	10	22	51,75	
Síntomas somáticos	Cribado -	227	66,78 (22,64)	31	51	62	84	0,001 <sup>2</sup>
	Cribado +	113	45,78 (25,53)	0	22	51	62	
Ansiedad	Cribado -	192	66,58 (23,67)	22	51	62	84	0,001 <sup>2</sup>
	Cribado +	150	51 (25,51)	0	31	52	72	
Disfunción social	Cribado -	100	65,91 (22,52)	22	51	62	84	0,010 <sup>2</sup>
	Cribado +	237	57,26 (26,84)	10	41	62	74	
Depresión	Cribado -	334	60,79 (25,37)	21,75	48	62	75,5	0,001 <sup>2</sup>
	Cribado +	11	33 (21,17)	0	10	41	52	

<sup>1</sup>Test de Kruskal Wallis; <sup>2</sup>Test de U de Mann Whitney.

En esta dimensión de salud, el estrés durante el embarazo también fue una variable importante (Figura 11 y Figura 13). Las mujeres que habían tenido algo de estrés, puntuaron 15,44 puntos menos respecto aquellas que no lo habían sufrido, lo que correspondió a un cambio moderado (Magnitud del cambio 0,60). Pero cabe resaltar, que aquellas que refirieron haber presentado mucho estrés, puntuaron de media hasta 39,08 puntos menos que éstas, lo que significó un gran cambio observado (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ). Es decir, estas mujeres puérperas presentaron un mayor nivel de dolor y una mayor repercusión por este motivo en su vida cotidiana al término de la gestación y durante los primeros días de posparto. Pero además, quienes habían utilizado técnicas de evitación para afrontar este estrés, cuanto más frecuentemente las emplearon, menor puntuación presentaban tras el parto en la dimensión de salud Dolor corporal ( $r$  de Spearman  $-0,269$ ;  $p < 0,001$ ).

*Figura 13: Resultados del Dolor Corporal según el Estrés percibido durante el embarazo ( $p < 0,001$ ). Representación de media e intervalo de confianza del 95%.*



Aquellas mujeres que presentaron síntomas somáticos o síntomas de ansiedad durante el final del embarazo, han puntuado menos en este apartado de salud que aquellas que no los tuvieron, 21 y 15,58 puntos menos de media. Lo que significa un gran cambio observado (Magnitud del cambio > 0,8) (Figura 12) y una modificación moderada de la puntuación (Magnitud del cambio 0,61) respectivamente. Y asimismo, ha ocurrido con las subescalas de disfunción social y depresión, donde se evidenció un gran cambio en aquellas mujeres con síntomas depresivos (Magnitud del cambio > 0,80). Pero además, cuantos más síntomas emocionales presentaron las mujeres, mayor fue el dolor presentado al final del embarazo y en el puerperio temprano y mayores las repercusiones para las ABVD (Tabla 28).

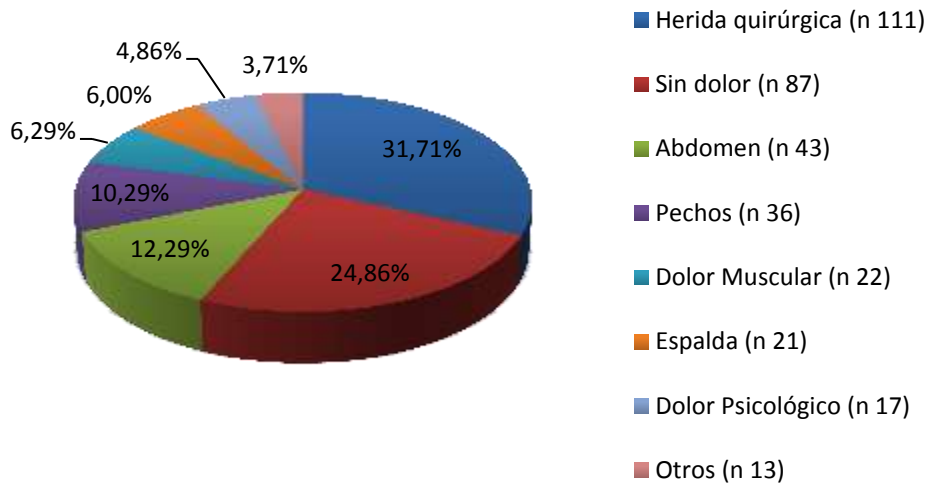
*Tabla 28: Asociación entre el Dolor Corporal y el estado emocional de la gestante.*

<b>GHQ-28</b>	<b>DOLOR CORPORAL (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,486***
Ansiedad	- 0,368***
Disfunción Social	- 0,299***
Depresión	- 0,189***

\*\*\*  $p \leq 0,001$

Con el fin de completar y comprender mejor qué les produce dolor a las mujeres durante los primeros días del posparto, se les interrogó con una pregunta abierta sobre este asunto, clasificando sus respuestas como aparecen en la Figura 14.

Figura 14: Clasificación de las respuestas a la cuestión: ¿Qué le duele?



Hasta un 31,71% se refirieron a la herida quirúrgica, la episiotomía o el desgarro como lo más doloroso tras el parto. El 12,29% indicaron que era el abdomen lo que les dolía, en el que se incluyen los entuertos y los gases entre otros. Pero es importante destacar que un 4,86% de las mujeres han comentado dolores que no eran físicos ante esta pregunta. Concretamente nombraron el dolor ante posibles problemas que tuviera el recién nacido, dificultades para enfrentarse al rol de madre, la lejanía de familiares cercanos y la separación de su hijo en los primeros días tras el parto.

Por el contrario, una cuarta parte de las puérperas no presentaron ningún dolor ni físico ni emocional, algo también de gran interés (24,86%). Entre ellas, hubo mujeres de todas las edades, mujeres que habían dado a luz a su primer hijo o que eran multíparas y con distintos inicios y finales del proceso del parto. Donde sí se

observó una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,023$ ) fue en que las mujeres españolas aseguraban no tener dolor con mayor frecuencia que las extranjeras. Un 17,54% de las inmigrantes no presentaron ningún dolor, frente al 32,91% de las mujeres nativas.

### *SALUD GENERAL*

La dimensión de salud general está relacionada estadísticamente con hasta doce de las variables estudiadas: la nacionalidad, la paridad, los abortos previos, la presencia de estrés durante la gestación, todos los tipos de afrontamiento, el ingreso del recién nacido y las subescalas que valoran la salud emocional (Tabla 20 y Tabla 29).



Tabla 29: Resultados de la dimensión Salud General.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables categóricas estadísticamente significativas.)

SALUD GENERAL								
VARIABLES	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Nacionalidad	Española	271	81,40 (14,28)	52	72	82	92	0,001 <sup>1</sup>
	Extranjera	80	71,08 (16,89)	47	55,50	72	84,25	
Paridad	Primípara	175	80,92 (14,96)	52	72	82	92	0,036 <sup>2</sup>
	Secundípara	141	77,99 (15,46)	52	67	82	92	
	Tercípara o más	35	73,90 (17,25)	39	62	77	87	
Abortos previos	Sí	95	76,58 (15,76)	48	67	77	87	0,049 <sup>1</sup>
	No	256	79,96 (15,34)	52	70,50	82	92	
Estrés	Nada	134	82,02 (14,26)	52	75,75	83,50	92	0,013 <sup>2</sup>
	Algo	183	78,84 (14,64)	52	67	82	92	
	Mucho	24	66,88 (22,54)	23,75	48,25	67	85,75	
Ingreso RN	Sí	20	67,63 (17,22)	40	53,63	69,5	80,75	0,002 <sup>1</sup>
	No	317	79,63 (15,20)	52	70	82	92	
Síntomas somáticos	Cribado -	228	82,20 (13,72)	53,35	72	85	92	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	113	73,67 (16,9)	45	62	77	87	
Ansiedad	Cribado -	193	81,24 (14,44)	52	72	82	92	0,004 <sup>1</sup>
	Cribado +	150	76,29 (16,28)	47	65,75	77	92	
Depresión	Cribado -	335	79,64 (15,20)	52	72	82	92	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	11	59 (10,40)	40	52	62	67	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney; <sup>2</sup>Test de Kruskal Wallis

Las mujeres inmigrantes percibieron una peor Salud General en comparación con las mujeres españolas, una variación moderada (Magnitud del cambio 0,66). Y asimismo ocurrió entre las mujeres secundíparas en comparación con las mujeres

primíparas. Se encontró una puntuación inferior de 2,93 puntos de media, y entre las multíparas de 7 puntos menos respecto a las primíparas.

Aquellas mujeres que habían tenido algún aborto previo puntuaron menos en esta subescala. Y por otra parte, la variable estrés viene a mostrarnos resultados similares a las anteriores dimensiones de salud (Figura 11). Las mujeres que refirieron haber tenido algo o mucho estrés en el embarazo presentaron puntuaciones medias inferiores, observándose una gran modificación en la puntuación (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ). Para estudiar si podría existir una interrelación entre estas variables, ya que la historia obstétrica previa de la mujer podría ser un factor estresante, se realizó un análisis multivariante. Así, se mantuvo la significación estadística sólo en cuanto al estrés sufrido durante la gestación ( $p < 0,001$ ) y no en cuanto a los abortos previos, sin existir colinealidad entre las variables analizadas ( $p > 0,05$ ).

Si analizamos las estrategias de afrontamiento, descubrimos que todas las técnicas han influido en la percepción de Salud General, pero no de la misma manera (Tabla 30). Las técnicas de Preparación – Planificación influyeron de forma positiva en esta percepción, en cambio, las de Evitación y las Espirituales lo hicieron de forma negativa.

Tabla 30: Asociación de la Salud General con las estrategias de afrontamiento ante el estrés durante la gestación.

	<b>SALUD GENERAL</b> (r de Spearman)
Afrontamiento <i>Preparación – Planificación</i>	0,140*
Afrontamiento <i>Evitación</i>	- 0,183***
Afrontamiento <i>Espiritual – Positivo</i>	- 0,146**

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Otra de las variables que modificó la percepción de Salud General fue el ingreso del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, lo que provocó una variación moderada en la puntuación (Magnitud del cambio 0,77). Estas madres valoraron de media 12 puntos menos que aquellas que tuvieron consigo a sus recién nacidos.

Y como se ha observado en las anteriores dimensiones, la salud emocional también ha influido en la percepción de la Salud General. La presencia de síntomas somáticos o de síntomas compatibles con ansiedad o depresión hicieron que la puntuación en la salud general descendiera 8,53, 4,95 y 20,64 puntos de media respectivamente. La magnitud del cambio fue moderada en la subescala de síntomas somáticos (Magnitud del cambio 0,55) (Figura 12) y grande en la de depresión (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ). Y así mismo, cuanto mayor fue la presencia de síntomas compatibles con estas alteraciones emocionales, peor ha sido la percepción de la propia Salud General (Tabla 31).

Tabla 31: Asociación entre la Salud General y el estado emocional de la gestante.

<b>GHQ-28</b>	<b>SALUD GENERAL (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,224***
Ansiedad	- 0,180***
Depresión	- 0,202***

\*\*\*  $p \leq 0,001$ *ÍNDICE SUMARIO: COMPONENTE FÍSICO*

Globalmente, la puntuación del Índice Físico se ha visto significativamente modificada por la nacionalidad de las mujeres, por la presencia de estrés durante el embarazo y el afrontamiento con estrategias de evitación, por el tipo de inicio del parto y, además, por la manifestación de síntomas emocionales durante las últimas semanas de gestación: síntomas somáticos, ansiedad y disfunción social (Tabla 32).

Se observó que las mujeres nativas españolas puntuaron 2,22 puntos más de media que las mujeres provenientes de otros países. Por otro lado, la percepción de estrés provocó un cambio moderado en la puntuación del Componente Físico (Magnitud del cambio 0,66). Aquellas mujeres que presentaron elevados niveles tuvieron una puntuación media de 5,17 puntos menos, en referencia a las mujeres que no habían notado nada de estrés durante la gestación. Y cuanto más hubiesen utilizado técnicas de evitación para hacerle frente, peor habían percibido su Salud Física (r de Spearman -0,173;  $p = 0,002$ ).

Tabla 32: Resultados de la dimensión de salud Componente Físico.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables estadísticamente significativas.)

COMPONENTE FÍSICO								
VARIABLES	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Nacionalidad	Española	271	46,07 (7,79)	32,57	40,85	45,92	51,60	0,040 <sup>1</sup>
	Extranjera	79	43,85 (7,83)	29,60	38,11	44,05	50,03	
Estrés	Nada	133	46,74 (7,72)	32,67	41,65	47,35	52,93	0,036 <sup>2</sup>
	Algo	183	45,25 (7,70)	31,68	40,27	44,54	51,14	
	Mucho	24	41,57 (8,81)	25,06	36,92	40,33	47,68	
Inicio del parto	Espontáneo	234	46,52 (7,64)	32,68	41,21	46,50	52,65	0,002 <sup>1</sup>
	Inducido	101	43,52 (7,86)	29,80	37,84	43,30	49,90	
Síntomas somáticos	Cribado -	227	47,19 (7,33)	34,61	42,54	47,69	52,67	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	113	42,12 (7,72)	29,26	36,83	41,47	46,95	
Ansiedad	Cribado -	192	46,38 (7,80)	32,78	41,22	46,48	52,21	0,042 <sup>1</sup>
	Cribado +	150	44,61 (7,79)	30,60	39,00	44,48	50,12	
Disfunción social	Cribado -	100	47,61 (7,04)	34,71	43,18	47,70	53,40	0,002 <sup>1</sup>
	Cribado +	237	44,81 (8,01)	30,72	39,41	43,83	51,07	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney; <sup>2</sup>Test de Kruskal Wallis

Otra de las variables que influyó estadísticamente en la salud física en conjunto es el tipo de inicio del parto. Las mujeres a las que se les prescribió una inducción del parto tuvieron una peor autovaloración media de su salud física.

Y así mismo ocurrió con la presencia de síntomas emocionales, ya sean somáticos, donde se evidencia un cambio moderado (Magnitud del cambio 0,65), de ansiedad o de disfunción social con una variación observada más leve (Tabla 33).

Tabla 33: Asociación entre Índice Sumario de Salud Física y el estado emocional de la gestante.

<b>GHQ-28</b>	<b>ÍNDICE SUMARIO Salud Física (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,403***
Ansiedad	- 0,163**
Disfunción Social	- 0,322***
Depresión	- 0,105

\*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

#### *RELEVANCIA DE LAS VARIABLES INFLUYENTES EN LA SALUD FÍSICA PERCIBIDA*

A continuación, hemos estudiado, mediante modelos de regresión lineal múltiple qué variables podrían explicar la variabilidad en la salud física percibida de las mujeres puérperas (Tabla 34). Observamos que la mejor percepción de Funcionamiento Físico se encuentra entre las mujeres nativas españolas y entre las gestantes cuyo proceso de parto se inicia de forma espontánea, siendo ésta la variable más relevante en el modelo múltiple (-10,835). Del mismo modo ocurre entre aquellas que no suelen utilizar estrategias de evitación para hacer frente al estrés y entre las que no presentan síntomas somáticos al final del embarazo. Pero si estudiamos las variables que influyen en la realización de las actividades socio-laborales, dimensión Rol Físico, sólo es relevante la presencia de síntomas somáticos y la disfunción social para predecir su variabilidad.

Tabla 34: Asociación de las variables sociodemográficas y obstétricas con las dimensiones de Salud Física Percibida. Modelos de regresión lineal múltiple por pasos adelante.

SALUD FÍSICA PERCIBIDA					
Variablen (categoría de referencia)	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Índice Sumario Físico
Nacionalidad (Españolas)	-8,505 (3,53)*	-	-	-8,154 (2,03)***	-
Paridad (Primíparas)	-	-	-	-	-
Percepción Estrés (No estrés)	-	-	-11,281 (2,52)***	-	-
Afrontamiento Preparación	-	-	-	2,812 (1,28)*	-
Afrontamiento Evitación	-5,158 (2,60)*	-	-	-	-
Afrontamiento Espiritual	-	-	-	-	-
Inicio del parto (Espontáneo)	-10,835 (3,02)***	-	-	-	-2,555 (0,95)**
Ingreso RN (Sí)	-	-	-	15,844 (3,88)***	-
Síntomas somáticos (Cribado -)	-6,282 (3,08)*	-15,364 (3,72)***	-14,331 (3,06)***	-7,444 (1,69)***	-5,213 (0,91)***
Ansiedad (Cribado -)	-	-	-8,403 (2,93)**	-	-
Disfunción social (Cribado -)	-	-7,910 (3,83)*	-	-	-
Depresión (Cribado -)	-	-	-	-16,050 (4,72)***	-
	$R^2 = 0,109$	$R^2 = 0,081$	$R^2 = 0,247$	$R^2 = 0,230$	$R^2 = 0,147$

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . Los datos corresponden al valor  $\beta$  no estandarizado y el (error típico). Se muestran únicamente las variables estadísticamente significativas en el modelo múltiple.  $R^2$  está ajustada al mejor modelo predictivo respecto a las medidas de resultados.

Por otra parte, cabe destacar que las mujeres que tienen más dolor son aquellas que presentan algo o mucho estrés durante la gestación, síntomas somáticos y ansiedad al final de la misma, todos ellos procesos psicológicos. Además, las mujeres extranjeras y aquellas a las que se separa del recién nacido por el ingreso de éste en la UCI Neonatal, presentan una peor Salud General percibida. Y también las mujeres que padecen malestar psíquico al final del embarazo, en concreto síntomas somáticos y de depresión. En cambio, aquellas mujeres embarazadas que afrontan los cambios propios de la gestación con estrategias de preparación, valoran mejor su Salud General en el puerperio temprano.

Por último, las mujeres que mejor valoran su salud física en general son aquellas que presentan en menor medida síntomas somáticos al final de la gestación y también, aquellas que inician el proceso del parto de forma espontánea. Ajustando por el resto de las variables, la puntuación media en el índice físico desciende 5,213 puntos si aparecen síntomas somáticos y en 2,555 puntos si se ha prescrito una inducción del parto. Siendo la presencia de síntomas somáticos la única variable que influye en todas las dimensiones de salud física de la mujer puérpera (Figura 12).

#### *4.5.2 Percepción de la Salud Mental*

##### *VITALIDAD*

Esta dimensión de salud valora la percepción que tiene la mujer de sentirse llena de energía la mayor parte del tiempo, o por el contrario cansada y agotada. Se



ha observado que está relacionada significativamente con variables implicadas en el embarazo (Tabla 20 y Tabla 35).

*Tabla 35: Resultados de la dimensión de salud Vitalidad.*

*(Se muestran únicamente los resultados de las variables estadísticamente significativas.)*

VITALIDAD								
VARIABLES	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Paridad	Primípara	175	59,61 (17,85)	25	50	62,50	75	0,012 <sup>1</sup>
	Secundípara	141	54,48 (19,43)	18,75	43,75	56,25	68,75	
	Tercípara o más	35	51,43 (19,48)	17,5	37,50	56,25	62,50	
Estrés	Nada	134	65,16 (17,28)	31,25	56,26	68,75	75	0,001 <sup>1</sup>
	Algo	183	53,76 (16,58)	25	43,75	56,25	62,50	
	Mucho	24	32,81 (16,09)	1,56	18,75	37,50	43,75	
Síntomas somáticos	Cribado -	228	63,46 (15,99)	34,06	56,25	62,5	75	0,001 <sup>2</sup>
	Cribado +	113	43,25 (16,91)	12,5	31,25	43,75	56,25	
Ansiedad	Cribado -	193	62,73 (17,73)	25	50	62,5	75	0,001 <sup>2</sup>
	Cribado +	150	48,79 (17,39)	18,75	37,5	50	62,5	
Disfunción social	Cribado -	100	63,75 (13,88)	37,5	56,25	62,5	75	0,001 <sup>2</sup>
	Cribado +	237	53,59 (19,85)	18,75	37,5	56,25	68,75	
Depresión	Cribado -	335	57,28 (18,59)	25	43,75	56,25	68,75	0,003 <sup>2</sup>
	Cribado +	11	38,64 (18,71)	18,75	18,75	37,5	62,5	

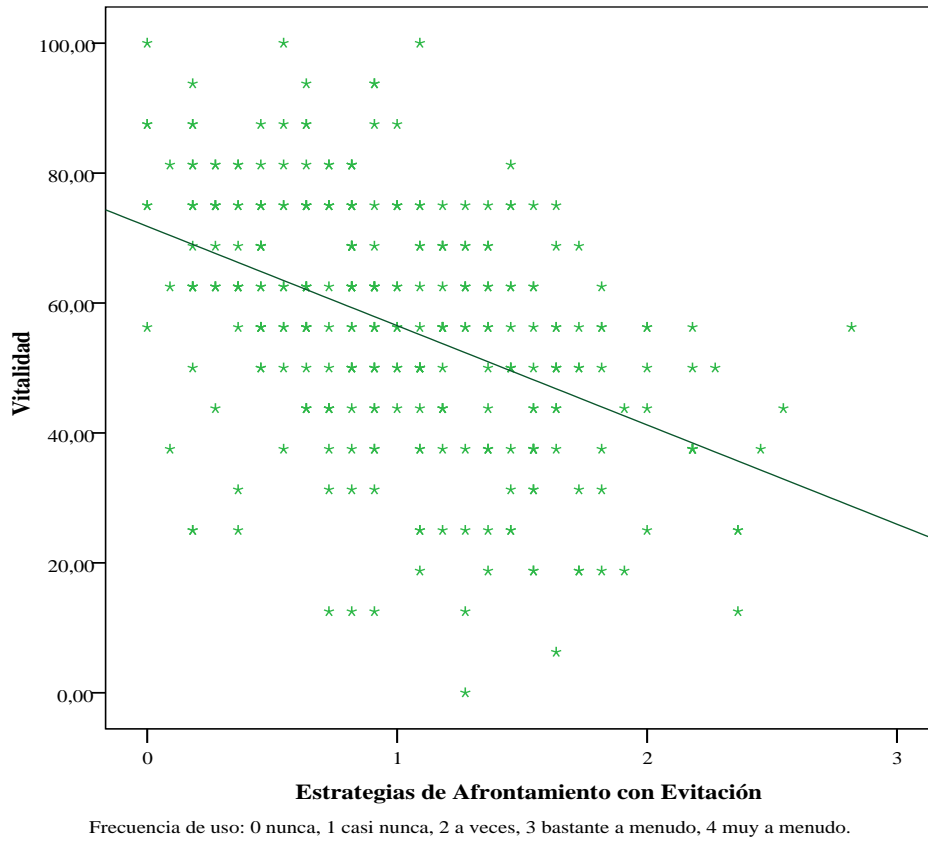
<sup>1</sup>Test de Kruskall Wallis; <sup>2</sup>Test de U de Mann Whitney

En cuanto a la percepción de esta dimensión de salud, la edad jugó un papel significativo ( $r$  de Spearman  $-0,105$ ;  $p = 0,050$ ). Conforme la edad de la mujer fue mayor, la sensación de cansancio y falta de energía aumentó. Y del mismo modo

ocurrió con la paridad. Las mujeres secundíparas puntuaron de media 5,13 puntos menos y las multíparas 8,18 puntos menos, ambas en referencia a las mujeres que tuvieron a su primer hijo.

El estrés también influyó en este aspecto de la salud (Figura 11). Las mujeres con algo de estrés puntuaron su vitalidad con 11,40 puntos menos de media que aquellas que no lo habían sentido, correspondiendo a una modificación moderada de la puntuación en la subescala Vitalidad (Magnitud del cambio 0,60). Y así mismo, entre estas y las que tuvieron un alto nivel de estrés, se evidenció una gran diferencia en la puntuación (Magnitud del efecto  $> 0,8$ ). Los métodos de evitación utilizados para hacer frente a una nueva situación también influyeron negativamente en la percepción de Vitalidad ( $r$  de Spearman  $-0,469$ ;  $p < 0,001$ ) (Figura 15).

Figura 15: Relación entre la Dimensión de salud Vitalidad y la utilización de las estrategias de afrontamiento con evitación ( $p < 0,001$ ).



En esta dimensión de salud también observamos que la salud emocional de la mujer influyó de manera notable. La presencia de síntomas somáticos (Figura 12) y de síntomas compatibles con depresión provocó una gran modificación en la puntuación (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ). Pero si había un cribado positivo para la ansiedad y la disfunción social, esto provocaba una variación moderada (Magnitud del cambio 0,74 y 0,54 respectivamente). Además, se observó que conforme aumentó la presencia de estos síntomas emocionales, disminuyó la sensación de sentirse llena de energía (Tabla 36).

Tabla 36: Asociación entre la Vitalidad y el estado emocional de la gestante.

<b>GHQ-28</b>	<b>VITALIDAD (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,582***
Ansiedad	- 0,453***
Disfunción Social	- 0,475***
Depresión	- 0,353***

\*\*\*  $p \leq 0,001$

### *FUNCIÓN SOCIAL*

La dimensión que evalúa la percepción que tienen las mujeres sobre su vida social presentó una relación estadísticamente significativa tras el parto con la nacionalidad (Tabla 20 y Tabla 37). Aquellas mujeres que provienen de otros países valoraron su Función Social en 5,72 puntos menos de media que las nativas. Asimismo ocurrió con las mujeres que tienen a su segundo hijo en referencia a las primíparas, puntuaron 5,48 puntos menos de media. Y las multíparas lo hicieron en 18,34 puntos en comparación también con aquellas que tienen a su primer hijo, un gran cambio observado (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ).

Tabla 37: Resultados de la dimensión de salud Función Social.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables estadísticamente significativas.)

FUNCIÓN SOCIAL								
VARIABLES	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Nacionalidad	Española	271	81,67 (20,55)	50	75	87,50	100	0,003 <sup>1</sup>
	Extranjera	80	75,95 (18,64)	50	62,50	75	87,50	
Paridad	Primípara	175	84,41 (18,34)	50	75	87,50	100	0,001 <sup>2</sup>
	Secundípara	141	78,93 (20,01)	50	62,50	75	100	
	Tercípara o más	35	66,07 (23,40)	12,5	50	75	87,50	
Abortos previos	Sí	95	74,08 (21,82)	25	62,50	75	87,50	0,000 <sup>1</sup>
	No	254	82,73 (19,15)	50	75	87,50	100	
Estrés	Nada	134	88,99 (14,94)	50	75	100	100	0,001 <sup>2</sup>
	Algo	183	78,04 (18,62)	50	62,50	75	100	
	Mucho	24	51,04 (24,70)	12,5	25	56,25	75	
Tipo de parto	Eutócico	268	78,70 (20,07)	50	62,50	75	100	0,004 <sup>2</sup>
	Instrumental	45	88,06 (17,26)	53,75	75	100	100	
	Cesárea	23	81,52 (21,93)	37,5	75	87,50	100	
	Cesárea Electiva	15	85,71 (24,93)	12,5	62,50	100	100	
Deseo epidural	Sí	294	80,91 (20,34)	50	62,50	87,50	100	0,023 <sup>1</sup>
	No	27	71,76 (20,97)	25	62,50	75	87,50	
Episiotomía	Sí	218	81,71 (18,98)	50	71,87	87,5	100	0,027 <sup>1</sup>
	No	94	76,19 (21,62)	34,75	62,5	75	100	
Síntomas somáticos	Cribado -	226	86,78 (15,55)	54,37	75	87,5	100	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	113	68,36 (22,41)	25	50	75	87,5	
Ansiedad	Cribado -	192	86,33 (16,19)	50	75	87,5	100	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	149	72,99 (22,09)	25	62	75	87,5	
Disfunción social	Cribado -	99	85,61 (16,30)	50	75	87,5	100	0,005 <sup>1</sup>
	Cribado +	236	78,44 (20,93)	48,12	62,5	81,25	100	
Depresión	Cribado -	334	81,17 (19,73)	50	75	87,5	100	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	10	55 (24,44)	12,5	40,62	62,5	75	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney; <sup>2</sup>Test de Kruskal Wallis

La presencia de abortos previos también provocó diferencias en cuanto a la Función Social de las púerperas. Aquellas que no tenía ningún aborto en su historia obstétrica puntuaron mejor esta dimensión de salud. Por otra parte, la presencia de algo de estrés durante la gestación hizo que la valoración de la Función Social de las mujeres disminuyera casi en 11 puntos de media, una variación moderada (Magnitud del cambio 0,54). Pero si hubo elevados niveles de estrés, la puntuación descendió hasta 37,95 puntos, lo que constituyó una gran modificación en referencia a la ausencia de estrés (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ) (Figura 11).

Existen dos tipos de estrategias para afrontar una situación nueva que influyeron negativamente en la actividad social de las mujeres púerperas. Por un lado, aquellas definidas como técnicas de evitación ( $r$  de Spearman  $-0,421$ ;  $p < 0,001$ ) y por otro, aquellas de tipo espiritual – afrontamiento positivo ( $r$  de Spearman  $-0,162$ ;  $p = 0,004$ ).

Entre las variables asociadas al trabajo de parto, se observó una relación estadísticamente significativa entre la percepción de la vida social y el tipo de parto que se ha tenido. Asimismo sucede con el deseo de analgesia epidural y con la realización de episiotomía durante el expulsivo. Ajustando modelos bivariantes con la paridad de las mujeres de la muestra y estas variables, todas ellas están relacionadas con el número de hijos de la púerpera ( $p < 0,001$ ). Si analizamos estos resultados con mayor detalle, observamos que entre las mujeres primíparas se encuentra el mayor porcentaje de partos instrumentales, un 84,44%. Y, justo al

contrario ocurre entre las multíparas, donde encontramos que tan sólo una mujer ha tenido un parto instrumental, y el 91,43%, han tenido un parto eutócico. Por otra parte, aquellas mujeres que quisieron que les fuera administrada la analgesia epidural eran en su mayoría primíparas (53,40). En cambio, más de la mitad de las puérperas que nos dijeron que no la deseaban eran secundíparas (51,85%). Del mismo modo ocurrió entre las mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía, un 65,14% fueron primíparas y entre las que no se les realizó, un 63,16% eran secundíparas.

La percepción de la Función Social al final del embarazo y durante los primeros días tras el parto también se vio modificada por la salud emocional de las mujeres. La presencia de síntomas somáticos durante el final de la gestación hizo descender este índice en 18,42 puntos de media (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ) (Figura 12), los síntomas de ansiedad en 13,34 (Magnitud del cambio 0,66), y la presencia de síntomas de depresión en 31,17 puntos (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ). Y, a su vez, las participantes vieron empeoradas sus actividades sociales al aumentar progresivamente la presencia de estos síntomas (Tabla 38). Cabe hacer mención especial a la presencia de disfunción social según la escala GHQ-28. Es decir, cuando existe un posible diagnóstico de disfunción social según una prueba de cribado clínica, la mujer también percibe una alteración en su vida social y lo manifiesta como tal.

Tabla 38: Asociación entre la Función Social y el estado emocional de la gestante.

<b>GHQ-28</b>	<b>FUNCIÓN SOCIAL (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,439***
Ansiedad	- 0,380***
Disfunción Social	- 0,318***
Depresión	- 0,350***

\*\*\*  $p \leq 0,001$ **ROL EMOCIONAL**

En esta dimensión de salud se evalúan las limitaciones mentales que tiene la mujer para continuar con sus actividades cotidianas (Tabla 20 y Tabla 39).

Tabla 39: Resultados de la dimensión de salud Rol Emocional.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables estadísticamente significativas.)

<b>ROL EMOCIONAL</b>								
Variabes	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Abortos previos	Sí	95	88,86 (23,90)	25	100	100	100	0,037 <sup>1</sup>
	No	255	94,12 (16,59)	50	100	100	100	
Estrés	Nada	133	98,68 (8,32)	100	100	100	100	0,001 <sup>2</sup>
	Algo	183	91,76 (18,61)	50	100	100	100	
	Mucho	24	65,63 (35,21)	25	25	75	100	
Síntomas somáticos	Cribado -	227	95,67 (14,40)	56,67	100	100	100	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	113	88,27 (23,40)	25	87,50	100	100	
Ansiedad	Cribado -	192	97,92 (8,98)	75	100	100	100	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	150	86,11 (25,37)	25	75	100	100	
Depresión	Cribado -	334	94,14 (16,57)	50	100	100	100	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	11	50 (33,54)	25	25	25	100	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney; <sup>2</sup>Test de Kruskall Wallis.



Las mujeres que presentan algún aborto previo a la gestación actual valoran peor su Rol Emocional. Por otra parte, las participantes que han presentado algo de estrés, también han visto aumentadas sus limitaciones mentales para continuar con sus actividades. Incluso entre aquellas que han presentado mucho estrés, el aumento ha llegado a ser de 33,05 puntos de promedio (Magnitud del cambio > 0,80) (Figura 11).

Como en otras dimensiones de salud, las técnicas de evitación están estadísticamente relacionadas, conforme aumentó la frecuencia de uso de dichos métodos, las limitaciones mentales para las ABVD aumentaron progresivamente (r de Spearman -0,299;  $p < 0,001$ ). Y del mismo modo ocurrió con las técnicas espirituales o de afrontamiento positivo (r de Spearman -0,175;  $p = 0,002$ ).

Con el instrumento GHQ-28 hemos valorado el estado emocional de las participantes al final del embarazo, y en este apartado del cuestionario de salud SF-36 observamos cómo este estado limitó la vida diaria de las mujeres tras el parto (Tabla 40). La presencia de síntomas de ansiedad es la subescala que mayor asociación tuvo en el desarrollo del Rol Emocional de las mujeres.

*Tabla 40: Asociación entre el Rol Emocional y el estado emocional de la gestante.*

<b>GHQ-28</b>	<b>ROL EMOCIONAL (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,150**
Ansiedad	- 0,379***
Disfunción Social	- 0,140**
Depresión	- 0,338***

\*\*\*  $p \leq 0,001$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

### *SALUD MENTAL*

La última dimensión de salud corresponde a la autoevaluación de la salud mental (Tabla 20 y Tabla 41). Las mujeres inmigrantes tuvieron una puntuación media de 7,44 puntos menos que las mujeres autóctonas. Además, como en otros aspectos de la salud, las secundíparas también puntuaron menos, en referencia a aquellas mujeres que parieron a su primer hijo. Pero, en comparación con estas, entre las multíparas todavía fue más acusado el descenso, 14,46 puntos (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ).

La realización de una episiotomía, según el análisis bivariante, también presenta diferencias estadísticamente significativas con la percepción de Salud Mental de las mujeres. Pero al realizar modelos bivariantes con ésta y la paridad y nacionalidad de las mujeres, la realización de episiotomía estaba relacionada significativamente. Siendo la episiotomía más frecuente entre las primíparas ( $p < 0,001$ ) y entre las mujeres españolas ( $p < 0,01$ ).

Tabla 41: Resultados de la dimensión Salud Mental.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables estadísticamente significativas.)

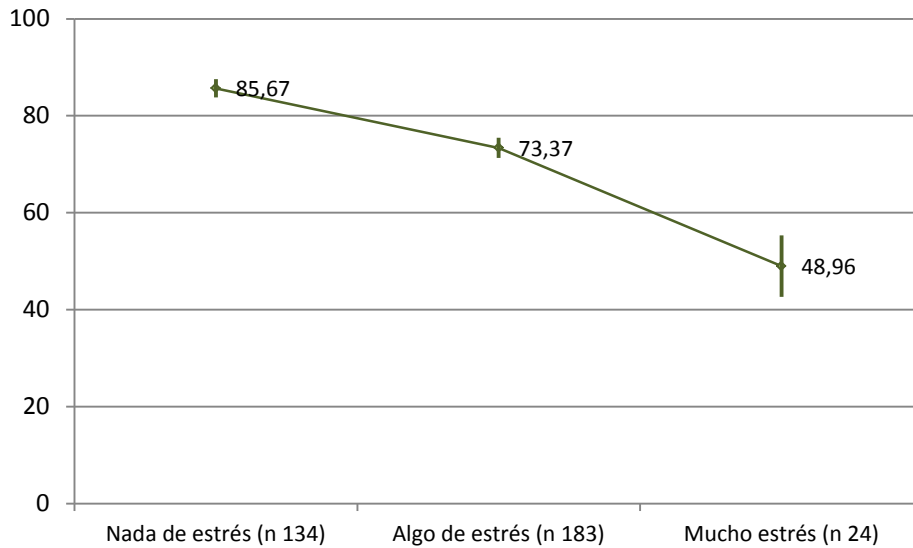
SALUD MENTAL								
VARIABLES	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Nacionalidad	Española	271	78,10 (15,75)	45	70	80	90	0,001 <sup>1</sup>
	Extranjera	80	70,66 (15,74)	45	60	70	83,75	
Paridad	Primípara	175	79,60 (14,09)	50	75	80	90	0,001 <sup>2</sup>
	Secundípara	141	75,23 (17,22)	40	60	80	85	
	Tercípara o más	35	65,14 (14,83)	34	60	65	75	
Estrés	Nada	134	88,99 (14,94)	63,75	75	100	100	0,001 <sup>2</sup>
	Algo	183	78,04 (18,62)	46	62,50	75	100	
	Mucho	24	51,04 (24,70)	25	25	56,25	75	
Episiotomía	Sí	218	78,35 (14,82)	45	70	80	90	0,003 <sup>1</sup>
	No	95	72,61 (17,33)	43	60	75	85	
Síntomas somáticos	Cribado -	228	81,49 (12,68)	57,25	75	85	90	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	113	67,28 (16,92)	35	55	70	80	
Ansiedad	Cribado -	193	83,60 (11,79)	60	77,5	85	90	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	150	67,28 (16,29)	35	55	70	80	
Depresión	Cribado -	335	77,44 (15,18)	45	70	80	90	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	11	45,45 (8,2)	35	35	50	50	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney; <sup>2</sup>Test de Kruskal Wallis

El estrés jugó también un papel importante en la propia percepción de la Salud Mental (Figura 11 y Figura 16). Cuando una mujer presentó algo de estrés su autovaloración disminuyó moderadamente en 12,3 puntos de promedio (Magnitud del cambio 0,68), pero cuando se presentaron elevados niveles de estrés, el descenso

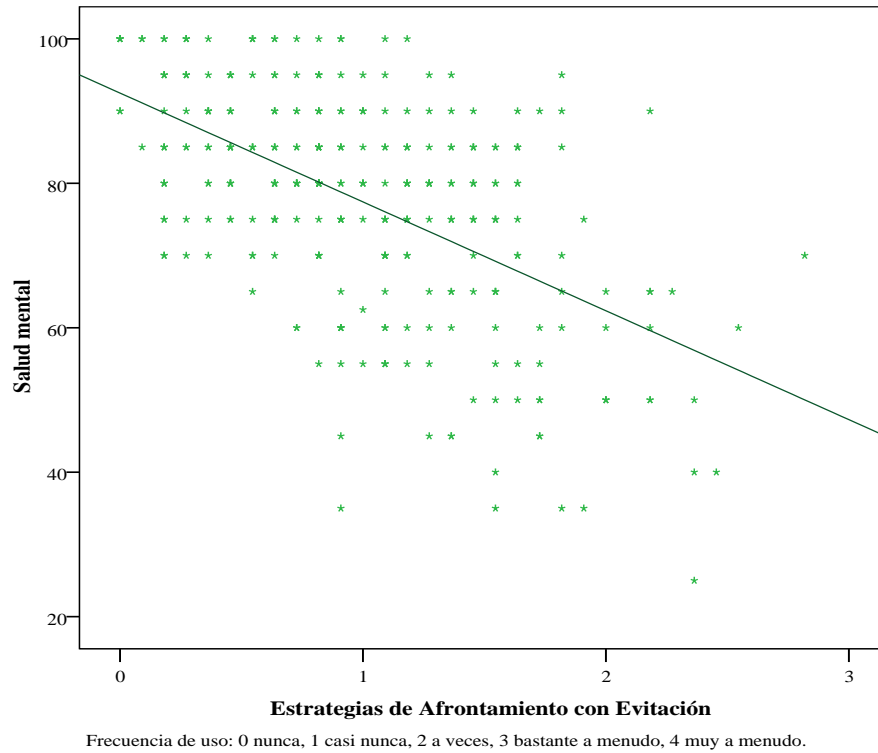
fue mayor, llegando hasta los 36,71 puntos (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ).

*Figura 16: Resultados de la Salud Mental según el nivel de estrés presentado durante el embarazo ( $p < 0,001$ ). Representación de la media y el Intervalo de Confianza del 95%.*



Incluso si además, las técnicas que emplearon para hacerle frente fueron estrategias de Evitación ( $r$  de Spearman  $-0,515$ ;  $p < 0,001$ ) (Figura 17) o métodos Espirituales y de Afrontamiento Positivo ( $r$  de Spearman  $-0,203$ ;  $p < 0,001$ ), cuanto más frecuentemente las utilizaron, más baja fue su puntuación en esta dimensión.

Figura 17: Relación entre la Salud Mental y la utilización de técnicas de afrontamiento con Evitación ( $p < 0,001$ ).



Como vemos en la Tabla 42, existió una gran relación entre la percepción de la Salud Mental por parte de las propias mujeres (SF-36) y las conclusiones que podemos sacar los profesionales utilizando instrumentos de cribado para la detección de malestar psíquico significativo con el cuestionario GHQ-28.

Tabla 42: Asociación entre la Salud Mental y el estado emocional de la gestante.

<b>GHQ-28</b>	<b>SALUD MENTAL (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,393***
Ansiedad	- 0,600***
Disfunción Social	- 0,268***
Depresión	- 0,493***

\*\*\*  $p \leq 0,001$

*ÍNDICE SUMARIO: COMPONENTE MENTAL*

La puntuación del Índice Mental es distinta según la nacionalidad de las mujeres, su paridad, la historia personal de abortos, la presencia de estrés durante el embarazo y el afrontamiento con estrategias de evitación o de tipo espiritual – afrontamiento positivo. Por otro lado, también cambia con la realización de episiotomía y la presencia de síntomas somáticos, ansiedad o depresión durante las últimas semanas de gestación (Tabla 43).

Al igual que en los subapartados que conforman el índice sumario Salud Mental, la nacionalidad y la paridad influyeron significativamente. Las puérperas extranjeras y las multíparas apreciaron una peor salud mental en comparación a las mujeres nativas y a las primíparas respectivamente.

Tabla 43: Resultados de la dimensión de salud Componente Mental.

(Se muestran únicamente los resultados de las variables estadísticamente significativas.)

COMPONENTE MENTAL								
VARIABLES	Categorías	n	Media (DE)	P5	P25	P50	P75	p
Nacionalidad	Española	271	54,05 (8,19)	35,88	51,51	56,03	59,33	0,013 <sup>1</sup>
	Extranjera	79	51,86 (8,65)	33,35	46,73	53,12	58,05	
Paridad	Primípara	174	55,53 (6,83)	41,45	52,70	56,43	59,72	0,001 <sup>2</sup>
	Secundípara	141	52,56 (8,89)	33,42	48,19	55,03	58,52	
	Tercípara o más	35	47,76 (9,61)	25,47	42,29	51,55	54,04	
Abortos previos	Sí	95	44,89 (8,37)	29,71	38,34	45,25	51,25	0,037 <sup>1</sup>
	No	255	45,82 (7,65)	32,70	40,76	45,75	51,58	
Estrés	Nada	133	58,20 (5,28)	51,14	55,82	58,58	61,18	0,001 <sup>2</sup>
	Algo	183	52,15 (7,05)	38,63	48,67	53,33	58,02	
	Mucho	24	38,91 (10,81)	21,06	29,39	37,77	47,93	
Episiotomía	Sí	217	54,32 (7,74)	36,95	51,50	55,83	59,33	0,011 <sup>1</sup>
	No	95	51,68 (8,86)	32,17	46,91	53,68	57,66	
Síntomas somáticos	Cribado -	227	56,03 (6,18)	42,67	53,33	56,71	59,68	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	113	49,24 (9,52)	27,94	44,59	50,85	55,82	
Ansiedad	Cribado -	192	57,00 (5,38)	47,48	54,13	57,61	60,51	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	150	49,12 (9,31)	28,69	44,41	51,63	55,70	
Depresión	Cribado -	334	54,14 (7,70)	37,11	51,01	55,82	59,16	0,001 <sup>1</sup>
	Cribado +	11	36,25 (8,62)	26,25	26,70	34,03	45,03	

<sup>1</sup>Test de U de Mann Whitney; <sup>2</sup>Test de Kruskal Wallis

La historia obstétrica de abortos previos también hizo disminuir la auto percepción de la Salud Mental en las mujeres de la muestra. Y por otra parte, se observó un gran cambio en la puntuación de este índice entre aquellas mujeres que

percibieron elevados niveles de estrés y las que no lo notaron. Hasta 19,20 puntos menos de media de diferencia (Magnitud del cambio  $> 0,80$ ). En el análisis de regresión lineal múltiple entre estas variables, mantuvo la significación estadística la presencia de estrés durante la gestación, del mismo modo que en las anteriores dimensiones de salud estudiadas ( $p < 0,001$ ).

Este índice sumario, Componente Mental, se vio influenciado también por el uso de estrategias de afrontamiento. Tanto si fueron técnicas de evitación ( $r$  de Spearman  $-0,510$ ;  $p < 0,001$ ), como métodos espirituales o de afrontamiento positivo ( $r$  de Spearman  $-0,173$ ;  $p = 0,002$ ), la puntuación de la percepción de Salud Mental descendió.

Otra de las variables que se observó que estaba influyendo significativamente en el Componente Mental fue la realización de episiotomía por parte del profesional que atendió el parto. Las mujeres a las que se les ha realizado tuvieron una mejor autovaloración de su salud mental. Pero si estudiamos más en profundidad este dato, parece probable que podría estar influido por la mayor frecuencia de realización de episiotomías a mujeres primíparas ( $p < 0,001$ ). A un 94,04% de ellas se les realizó, frente al 21,21% de mujeres multíparas. Y también podría verse influido por la nacionalidad de las mujeres ( $p = 0,002$ ). La episiotomía se practicó con mayor frecuencia a españolas que a extranjeras, aun no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre la nacionalidad y la paridad.

Por último, también se relacionó estadísticamente este índice de salud con la



presencia de síntomas emocionales. En la subescala de depresión se observa incluso un gran cambio en la puntuación (Magnitud del cambio > 0,80). Nuestros resultados vendrían a corroborar la gran relación entre la percepción de salud mental por parte de las mujeres (SF-36) y la utilidad de sistemas de cribado para la detección de malestar psíquico significativo (GHQ-28) (Tabla 44).

*Tabla 44: Asociación entre Índice Sumario de Salud Mental y el estado emocional de la gestante.*

<b>GHQ-28</b>	<b>ÍNDICE SUMARIO Salud Mental (r de Spearman)</b>
Síntomas Somáticos	- 0,366***
Ansiedad	- 0,569***
Disfunción Social	- 0,272***
Depresión	- 0,479***

\*\*\*  $p \leq 0,001$

*RELEVANCIA DE LAS VARIABLES INFLUYENTES EN LA SALUD MENTAL  
PERCIBIDA*

Mediante modelos de regresión lineal múltiple hemos analizado la capacidad que tenemos para explicar la variabilidad de cada dimensión de salud mental percibida de las mujeres puérperas, a través de las variables significativas obtenidas en el análisis bivariante (Tabla 45).

Tabla 45: Asociación de las variables sociodemográficas y obstétricas con las dimensiones de Salud Mental Percibida. Modelos de regresión lineal por pasos adelante.

SALUD MENTAL PERCIBIDA					
Variables (categoría de referencia)	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental	Índice Sumario Mental
Nacionalidad (Española)	-	-	-	-	-
Paridad (Primípara)	-	<b>-3,518 (1,52)*</b>	-	-	<b>-1,652 (0,51)***</b>
Abortos Previos (No)	-	<b>-6,013 (2,19)**</b>	-	-	-
Percepción Estrés (No estrés)	<b>-6,865 (1,75)***</b>	<b>-7,202 (1,95)***</b>	<b>-3,638 (1,64)*</b>	<b>-6,600 (1,29)***</b>	<b>-3,416 (0,66)***</b>
Afrontamiento Evitación	<b>-6,524 (1,86)***</b>	<b>-7,898 (1,99)***</b>	<b>-4,302 (1,75)*</b>	<b>-6,781 (1,39)***</b>	<b>-3,028 (0,70)***</b>
Afrontamiento Espiritual	-	-	-	-	-
Síntomas somáticos (Cribado -)	<b>-13,620 (2,05)***</b>	<b>-12,264 (2,22)***</b>	-	<b>-5,807 (1,50)***</b>	<b>-2,345 (0,76)**</b>
Ansiedad (Cribado -)	<b>-4,332 (2,02)*</b>	-	<b>-3,990 (1,87)*</b>	<b>-6,613 (1,48)***</b>	<b>-2,943 (0,74)***</b>
Disfunción social (Cribado -)	<b>-5,490 (1,95)**</b>	-	-	-	-
Depresión (Cribado -)	-	-	<b>-46,999 (5,15)***</b>	<b>-17,661 (4,03)***</b>	<b>-12,366 (2,03)***</b>
	$R^2 = 0,419$	$R^2 = 0,364$	$R^2 = 0,360$	$R^2 = 0,511$	$R^2 = 0,535$

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . Los datos corresponden al valor  $\beta$  no estandarizado y el (error típico). Se muestran únicamente las variables estadísticamente significativas en el modelo múltiple.  $R^2$  está ajustada al mejor modelo predictivo respecto a las medidas de resultados.

Observamos que la mejor percepción de salud mental en todas sus dimensiones se encuentra en las mujeres que no presentaron estrés durante el embarazo (Figura 11) y entre las que no utilizaron estrategias de evitación. Además, la presencia de malestar psíquico significativo fue relevante para el estudio de la variabilidad en cuanto a la percepción de la propia salud mental. En referencia a la Vitalidad que presentan las mujeres en el posparto, la presencia de síntomas somáticos es la variable que más desciende la puntuación media, 13,620 puntos, manteniendo el resto de variables constantes. Y del mismo modo ocurre en la dimensión Función Social. En cambio, en las dimensiones Rol emocional y Salud Mental la sintomatología que más influye es la depresiva, la puntuación desciende de media en 46,999 y 17,661 puntos respectivamente, ajustando por el resto de las variables. Al igual que en el índice sumario de la Salud Mental.

## 5. DISCUSIÓN

---

El primer objetivo que se planteó para la presente investigación fue estudiar la calidad de la salud física y psicológica percibida por las mujeres tras un parto hospitalario. Hasta la actualidad, las investigaciones en este campo habían analizado la salud física o psicológica en general, o los síntomas más comunes durante el puerperio. Sin embargo, las investigaciones centradas en la percepción que tienen las mujeres puérperas de su propia salud y en cómo creen que ésta afecta a su vida cotidiana, son extremadamente escasas entre la literatura científica. Por ello, la comparación de nuestros resultados con otras investigaciones similares no es sencilla. En otros estudios, la salud percibida se ha valorado en mujeres en edad fértil<sup>(68)</sup>, durante la gestación<sup>(148,157)</sup> o tras varias semanas o meses después del parto<sup>(60,157)</sup>. Con todos estos datos y con la aportación que hacemos en la presente investigación, podemos observar una línea temporal de cómo varía la percepción de la salud con la maternidad, desde antes del embarazo hasta 6 meses después del parto.

### 5.1 SALUD PERCIBIDA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Al comparar nuestros resultados con los datos poblacionales de referencia de la población española, específicos para mujeres en edad reproductiva entre 18 y 45 años<sup>(68)</sup>, observamos como las puntuaciones medias globales se sitúan en la mayoría

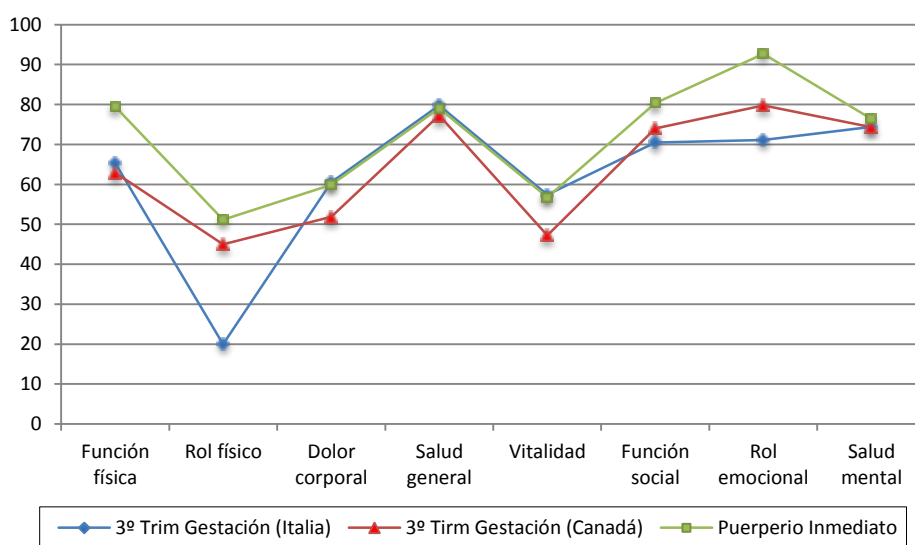
de las dimensiones en la parte más positiva de la distribución, pero en ningún caso en el máximo valor. Este hallazgo nos muestra como incluso la población general que percibe una alta calidad de salud, no está libre de pequeñas afecciones en la autoescala personal de salud. Se hace especialmente evidente para las dimensiones de Vitalidad, Salud Mental y Salud General en mujeres en edad fértil<sup>(68)</sup>, y entre las mujeres puérperas, en las dimensiones de Rol Físico, Vitalidad y Dolor Corporal.

Además, entre las mujeres puérperas se evidencia una mayor alteración en la percepción de las dimensiones que tienen relación con la actividad física cotidiana: Función Física, Rol Físico y Vitalidad; que entre aquellas asociadas a la propia persona y a su crecimiento personal: Salud General, Rol Emocional y Salud Mental. Entre estas últimas, la Función Social se ve alterada en mayor medida, dato que podría estar influido por la menor capacidad de la mujer para caminar medias y largas distancias durante el final de la gestación y en el posparto temprano para realizar actividades sociales. Y especial atención merece la dimensión de Dolor Corporal, puesto que en la mayoría de los casos las mujeres han pasado por un periodo de dilatación con contracciones uterinas, por definición dolorosas. Es la tercera dimensión que menor puntuación recibe. Sin embargo, en comparación con la población de referencia, la percepción por parte de las mujeres no se ve tan alterada como la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas y socio-laborales.

La salud percibida por las mujeres los primeros días tras el parto sigue un patrón similar al que presentaron las mujeres durante el tercer trimestre de gestación

(Figura 18). Aquellas dimensiones de salud mejor valoradas al final del embarazo, lo siguen siendo durante el puerperio inmediato: Salud General, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Y, del mismo modo, las peor valoradas durante el posparto temprano, lo son también durante el final de la gestación: Dolor Corporal, Vitalidad y Rol Físico. Ésta última es la dimensión que peor puntuación ha recibido por las mujeres en nuestro estudio, y se observa como también lo ha sido al final del embarazo. Destaca la puntuación mínima observada en el estudio de Dalfrá et al (2012)<sup>(148)</sup>, realizado entre mujeres italianas con gestaciones de bajo riesgo.

*Figura 18: Comparación entre las puntuaciones medias de las diferentes dimensiones de salud entre las mujeres puérperas y las embarazadas en el tercer trimestre de gestación<sup>(148,157)</sup>.*



Es cierto que se sabe poco acerca de los cambios en la percepción de la salud a lo largo del embarazo. Y tampoco se sabe con certeza si hay factores demográficos

o médicos que se asocien con una mayor disminución en la percepción de la propia salud<sup>(4)</sup>. Pero la mala salud física percibida por las mujeres durante la maternidad, probablemente refleje las limitaciones funcionales debidas a la propia gestación<sup>(14)</sup>. Los cambios físicos y emocionales, el descanso insuficiente y el dolor corporal, también pueden estar afectando a las actividades de la vida cotidiana. Así como tener otros hijos que cuidar o la insatisfacción con el apoyo de la pareja en este periodo de cambios tan relevantes. Todos ellos son factores asociados con la percepción de mala salud<sup>(85)</sup>.

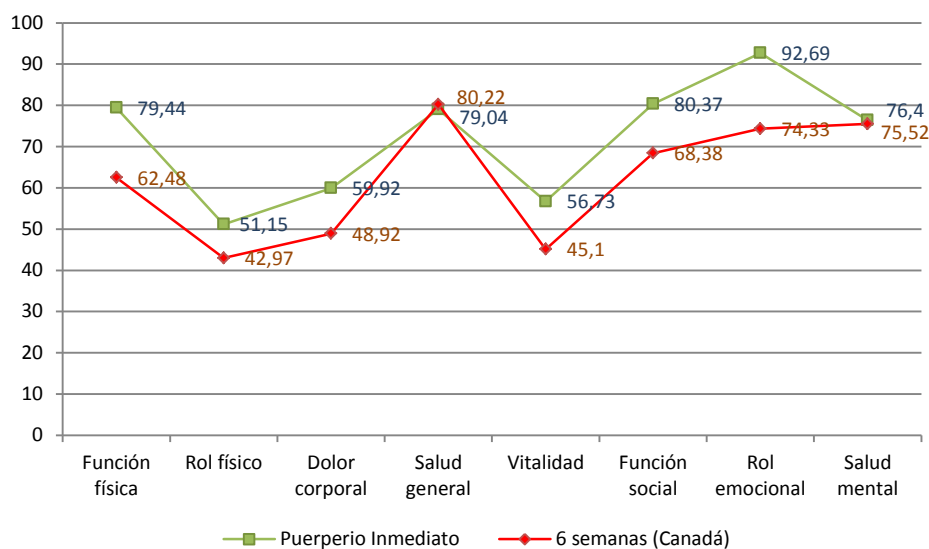
La percepción de salud comparada con la de hace un año es muy similar durante el embarazo y el posparto. Casi tres cuartas partes de las mujeres encuestadas aseguraron tener una salud similar a la de hace un año, y tan sólo un 10% refirieron tener peor salud. Como hemos visto, la mayor limitación se observa en el desarrollo de actividades físicas cotidianas ligeras e intensas<sup>(54)</sup>. Algunas investigaciones han apuntado incluso a grandes modificaciones en la capacidad de las mujeres para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria durante el embarazo, en referencia a la población no gestante<sup>(4,148)</sup>. Pero otros estudios llegan a profundizar mucho más en esta cuestión. En un trabajo realizado en Estados Unidos<sup>(158)</sup>, y en concordancia con los resultados de otras investigaciones<sup>(54,159)</sup>, se observó que tres de las subescalas del SF-36 mostraron una relación estadísticamente significativa con la edad gestacional ( $p < 0,001$ ). El Rol Físico, el Funcionamiento Físico y el Dolor Corporal, mostraron disminuciones significativas conforme avanzaba el embarazo. Mientras que el Funcionamiento Físico pareció disminuir progresivamente a lo largo de toda la

gestación, los cambios observados en las otras dos subescalas fueron más acusados durante los dos primeros trimestres. Estas conclusiones concuerdan con nuestros resultados, ya que estas son las 3 dimensiones de salud que peor puntuación han obtenido en el posparto inmediato, junto con la Vitalidad. Y además, estos aspectos de salud son los que mayor cambio presentaron, teniendo como referencia los valores poblacionales de las mujeres en edad fértil<sup>(68)</sup>.

En otros estudios<sup>(83)</sup> se ha observado que el sueño, la movilidad física, el dolor y la energía son áreas de salud en las que también disminuye el nivel de bienestar conforme avanza la gestación. Pero en cambio, la salud mental y el rol emocional mejoran o permanecen estables con el progreso del embarazo, de acuerdo con nuestros resultados. Aunque algunas investigaciones<sup>(34)</sup> han apuntado lo contrario, que tanto la percepción de la salud física como de la salud mental durante el embarazo y el posparto se encuentran por debajo del promedio de la población general. En comparación con la muestra de referencia<sup>(68)</sup>, observamos que la puntuación es relativamente mayor durante el puerperio inmediato en las dimensiones de Salud General, Rol Emocional y Salud Mental, y no al contrario como muestran Bijlenga et al (2011)<sup>(34)</sup>.



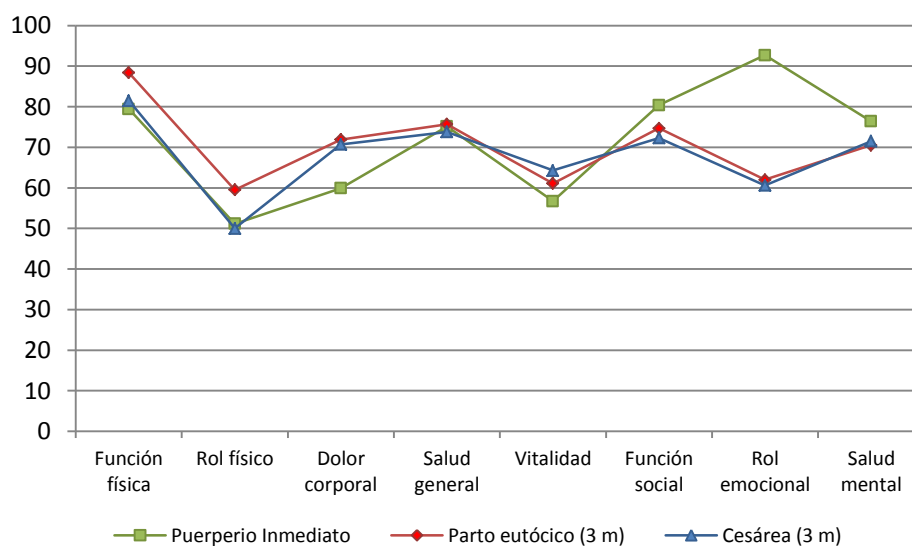
Figura 19: Comparación entre las puntuaciones medias de las diferentes dimensiones de salud entre las mujeres puérperas y los resultados a las 6 semanas después del parto<sup>(157)</sup>.



Durante el puerperio inmediato las mujeres reflejaron una mejor salud que pasadas 6 semanas desde el parto<sup>(157)</sup>, con excepción de la Salud General (Figura 19). Si comparamos los resultados con los nuestros, observamos que una vez que abandonan el centro sanitario y a partir de los 10 días posparto, las mujeres presentaban con mayor frecuencia síntomas físicos y emocionales. Estos podrían estar causados por la sensación de falta de apoyo profesional<sup>(141)</sup> o por las preocupaciones, la incertidumbre o la ansiedad acerca de la salud del niño<sup>(34)</sup>. Si bien es cierto que la salud de la mayoría de las mujeres volvió a mejorar emocional y físicamente durante los 3 meses siguientes<sup>(160)</sup>, con la excepción de la puntuación en el Rol Emocional (Figura 20). Tras 2 ó 4 días desde el parto existió una menor

alteración de la realización de ABVD por problemas emocionales negativos (estar triste, deprimida o nerviosa), que pasados 3 meses desde el momento del nacimiento. Parece probable que este hecho pueda estar motivado por la finalización de las visitas sanitarias puerperales y la falta de una correcta red de apoyo. La maternidad sabemos que no termina en la visita sanitaria de la cuarentena, sino que los cambios en la vida de la mujer perduran durante mucho más tiempo. De hecho, las personas inmersas en esta transición experimentan más sentimientos de impotencia, confusión, frustración y conflicto cuando la comunicación con los profesionales sanitarios es escasa<sup>(109,126)</sup>, y puede derivarse de ello modificaciones en las ABVD por motivos emocionales.

*Figura 20: Comparación entre las puntuaciones medias de las diferentes dimensiones de salud entre las mujeres puérperas y los resultados a los 3 meses después del parto<sup>(60)</sup>.*



Al igual que en el presente trabajo, otros autores<sup>(60,148)</sup> han concluido que la salud percibida no se ve alterada según el tipo de parto (Figura 20). Si bien es cierto que existen algunos matices. En un estudio realizado en los Países Bajos<sup>(161)</sup> se ha observado que el período medio para alcanzar la recuperación física total fue de 3 semanas para un parto vaginal, 6 semanas para la cesárea electiva, y más de 6 semanas para la cesárea de emergencia. Aunque habría que tener en cuenta al respecto, que la salud percibida por las mujeres durante el posparto se ve influenciada también por la situación específica de su vida, en cuanto a problemas físicos y emocionales actuales, a la falta de apoyo, y a cuestiones relacionadas con el niño<sup>(18)</sup>.

Pasados 6 meses desde el nacimiento, la salud física ha mejorado y está rondando los valores poblacionales de referencia<sup>(34)</sup>. Sin embargo, parece probable que el estrés y el nivel de educación estén relacionados con el estado de salud de la mujer durante los 6 meses de puerperio, algo que se observa en nuestros datos. Ambos factores juegan un papel importante en la resolución de problemas y en las habilidades para afrontar el estrés de las madres. Y estas habilidades son cruciales para las mujeres después del parto, ya que les permiten cumplir su función materna con la necesaria confianza en sí mismas para adaptarse a su nuevos roles<sup>(162)</sup>.

## 5.2 INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LA SALUD PERCIBIDA DURANTE EL PUERPERIO

El estrés es un importante proceso psicológico y funcional que se origina ante una demanda del entorno, frente a la cual, la persona no tiene información para dar una respuesta adecuada. De este modo se inicia un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y permitir así al organismo, dar una respuesta adecuada consiguiendo una adaptación a los cambios surgidos<sup>(163)</sup>.

Por lo tanto, el estrés es uno de los procesos adaptativos más importantes de nuestro organismo. Implica a todos los demás procesos psicológicos pero de forma muy especial a las emociones. Es capaz de poner en marcha una serie de mecanismos de emergencia necesarios para la supervivencia y que solamente bajo determinadas condiciones sus consecuencias se tornan negativas<sup>(81)</sup>. Sin embargo, este aspecto es el más llamativo y el que la población general conoce como estrés, por lo tanto, al que las mujeres se refieren cuando se les pregunta si han tenido un embarazo estresante. Pero es necesario recalcar que el estrés es un proceso positivo e imprescindible para la supervivencia que actúa como energizante y motivador para una amplísima gama de actividades humanas<sup>(164)</sup>.

Debido a este aspecto negativo y con el fin de poder predecir qué mujeres tendrían mayor riesgo de presentar consecuencias adversas, es importante identificar

los estímulos o situaciones que a menudo producen tensión o estrés durante el embarazo. Pero también es preciso identificar las características interpersonales que pueden actuar como amortiguadoras, o por el contrario, convertirse en desencadenantes del mismo<sup>(165)</sup>. Estas características están relacionadas con particularidades de la persona como la genética, los componentes asociados al desarrollo personal, como la inmigración, o las características de la personalidad, como las estrategias de afrontamiento. Además de otros factores relacionados con el entorno como el apoyo social, que actúa como importante mediador en las consecuencias del estrés<sup>(106,109,163,166)</sup>. Un mayor apoyo social está asociado con una mejor salud física<sup>(4,76)</sup>, e índices más bajos de incertidumbre<sup>(167)</sup>, estrés<sup>(103)</sup> y malestar emocional<sup>(89,168,169)</sup> durante el embarazo y en el posparto.

Podríamos considerar el puerperio como un periodo muy relevante en la vida de la mujer y su familia, durante el cual es importante el apoyo profesional para mantener un buen estado de salud debido a todos los cambios y alteraciones que confluyen en este periodo<sup>(170)</sup>. Además, sería imprescindible hacerlo desde una perspectiva de promoción y prevención<sup>(130)</sup>. El 21% de las mujeres considera que la ayuda médica fue el tipo más importante de apoyo que necesitaban, aunque en nuestros resultados el porcentaje fue menor (12,5%). Estos datos parecen indicar que los servicios de salud y los programas comunitarios de educación necesitan profundizar más en la asistencia a las mujeres para conseguir satisfacer sus necesidades<sup>(72)</sup>.

El uso de emociones positivas y las redes de apoyo social son un aspecto considerado como una estrategia activa y apropiada en la resolución de problemas<sup>(171)</sup>. La familia y en especial, las mujeres de la familia: madres y hermanas; han sido las personas a las que principalmente se les ha pedido ayuda y consejo. Y han demostrado cómo se transmiten y preservan las prácticas de cuidado cultural en esta etapa de la vida. Así, la familia se convierte en una red de apoyo social muy importante para que las futuras madres puedan aprender los cuidados definidos por la cultura<sup>(172,173)</sup>. Pero además, las familias cohesionadas, que potencian actividades culturales e intelectuales y facilitan la expresión de sentimientos, favorecen el desarrollo de conductas emocionalmente inteligentes<sup>(174)</sup>.

Según la investigación actual, presentaron estrés durante el embarazo casi dos terceras partes de la muestra, pero tan sólo una pequeña parte aseguró haber tenido mucho estrés (7%). En un estudio en el que utilizaron una escala similar y que fue realizado en una población con características parecidas<sup>(109)</sup>, se obtuvieron porcentajes más elevados (39,1%). Diferencias que pueden ser debidas a la metodología utilizada. En dicho estudio, se interrogó a las mujeres durante el periodo de gestación y nosotros hemos hecho la pregunta tras el parto. Además, las mujeres fueron seleccionadas de un grupo que acudía a educación maternal y podrían estar más motivadas a asistir a causa de las preocupaciones y dudas que tienen acerca del embarazo, el parto y la crianza, las cuales podrían estar provocando estos altos índices de estrés.

Hemos observado que la incertidumbre entre las mujeres gestantes se produce principalmente por dudas sobre el embarazo, preocupaciones acerca del parto e inquietudes sobre la crianza del recién nacido y de hijos anteriores, como también han mostrado otros estudios<sup>(96,120)</sup>. En uno de ellos se interrogó a las mujeres durante el periodo de gestación y una de las mayores preocupaciones fue el aborto espontáneo<sup>(120)</sup>. En nuestro trabajo, por cuestiones metodológicas, todos los problemas de salud reales o potenciales del recién nacido se agruparon, siendo referidos por el 7,6% de las mujeres de la muestra. Parece probable que el momento de la entrevista haya sido determinante para observar esta diferencia.

En otra investigación, se diferencia entre las preocupaciones de las mujeres primigestas, similares a las que nosotros hemos observado, y las inquietudes de aquellas que ya han tenido algún hijo<sup>(76)</sup>. Entre éstas, se encuentra que los cambios físicos son la causa de mayor incertidumbre. A pesar del diferente momento de selección de la muestra, nuestras mujeres no refieren el aspecto físico como un problema, de no ser que provoque una dificultad de movimiento, una alteración en la capacidad para realizar las ABVD o suponga un problema para la crianza de sus otros hijos.

Según la bibliografía consultada<sup>(130,136,175,176)</sup>, todas estas preocupaciones confluyen en una tras el parto. Todos los estudios están de acuerdo en que la crianza, y dentro de ella la lactancia materna, es la principal fuente de dudas para las mujeres púerperas, aunque también son importantes el cansancio y la falta de sueño.

Estas preocupaciones que motivan un aumento de las situaciones de estrés, se ven influidas por la edad de las mujeres embarazadas, según la bibliografía consultada<sup>(177)</sup>. Cada vez son más frecuentes los embarazos después de los 35 o 40 años, aunque también las mujeres más jóvenes y con menos experiencia, tienden a tener más dificultades para adaptarse a sus diferentes roles después de la maternidad, debido a su inmadurez emocional<sup>(178)</sup>. Incluso una mayor frecuencia de embarazos por técnicas de reproducción asistida, así como un mayor número de pruebas de diagnóstico prenatal podrían estar contribuyendo a un aumento del estrés gestacional<sup>(177)</sup>. Al respecto, es importante conocer que puntuaciones altas de estrés se relacionan con malestar psíquico significativo<sup>(179)</sup>, lo cual también hemos constatado en nuestra investigación. Existe un mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad y depresión entre las mujeres que presentan estrés que entre aquellas que no lo padecieron durante la gestación.

Es cierto que durante la transición a la maternidad, las personas pueden o no conocer lo que esperan. Cuando alguien conoce lo que espera, el estrés asociado a la transición disminuye<sup>(126)</sup>. De ahí que existan evidencias demostradas sobre una asociación positiva entre la educación prenatal y la reducción de la angustia psicológica y el incremento de la satisfacción durante la experiencia del parto<sup>(109)</sup>. Por ello, se pone de manifiesto la necesidad de facilitar ayuda profesional o consejo psicológico enfocado a las preocupaciones de la gestación, con el fin de disminuir las posibles complicaciones médicas y psicológicas derivadas del estrés y del malestar psíquico significativo<sup>(96,180)</sup>.



El estrés vivido durante la gestación estuvo relacionado con todas las dimensiones de salud percibida. En aquellas que pertenecen al componente físico (Función Física, Rol Físico y Dolor Corporal), la percepción de la salud empeoraba de forma moderada al presentar altos niveles de estrés. Con excepción de la percepción de Salud General en la cual se produjo un gran deterioro. Si observamos lo sucedido entre las dimensiones del componente mental ocurre algo similar. En las subescalas Vitalidad y Función Social, la percepción de salud empeora moderadamente a causa de los altos índices de estrés. En cambio, entre el Rol Emocional y la Salud Mental, éste provoca un gran deterioro en la salud percibida. Nuestros resultados concuerdan con los publicados por Sumner LA et al. (2011)<sup>(89)</sup>. En su investigación, el estrés percibido durante el embarazo demostró una influencia particularmente robusta sobre el estado de salud percibida y el bienestar emocional a las 12 semanas después del parto. Así, estos resultados fortalecen la evidencia previa que documenta que las mujeres pueden ser particularmente vulnerables a los efectos del estrés durante la gestación, en relación con su salud después del parto<sup>(181)</sup>.

Para profundizar más en el concepto del estrés como fuerza que actúa empeorando la salud percibida, habría que tener en cuenta un concepto relativamente novedoso, la Inteligencia Emocional (IE). Ésta ha sido descrita como la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa; y la habilidad para regular las emociones de uno mismo y de los otros<sup>(182-</sup>

<sup>185)</sup>. Por ello, es la capacidad para identificar y gestionar las propias emociones, así como para empatizar hacia los demás, y juega un papel importante a la hora de razonar o reflexionar sobre una situación problemática o sobre un cambio brusco<sup>(171)</sup>. Es una habilidad que unifica las emociones y el razonamiento, facilitando un razonamiento efectivo y un modo de pensar más inteligente ante las situaciones problemáticas<sup>(182)</sup>.

Y así, la IE es un factor que ayuda a la prevención y gestión adecuada del estrés<sup>(165,186)</sup>. El fundamento se encuentra en considerar al control emocional como la clave del proceso de estrés de manera que la mera exposición a estresores, si existe control por parte del sujeto, no tendrá efectos adversos<sup>(187)</sup>. Por ello, también está relacionada con los procesos de adaptación, facilitando las respuestas adecuadas a los diferentes acontecimientos que una persona ha de afrontar en su vida diaria, disminuyendo las reacciones emocionales desadaptativas, facilitando la experimentación de estados de ánimo positivos y reduciendo la incidencia de los negativos<sup>(182,188)</sup>. Las personas que creen que pueden controlar sus emociones son más capaces de controlar su estado de ánimo y afrontar con mayor éxito las situaciones estresantes<sup>(189)</sup>. Y en este mismo sentido, se ha observado que la regulación emocional de las mujeres estaba asociada con una mayor actividad física, un mayor rol social y vitalidad, una mejor percepción de salud y menos dolor<sup>(190)</sup>. En nuestra investigación estos resultados se observan de forma inversa. La vivencia de altos niveles de estrés durante la gestación implica menores puntuaciones en todas las dimensiones de salud mental (Vitalidad, Función, Social, Rol Emocional y Salud

Mental), así como una mayor percepción de dolor corporal.

Por ello, las personas con altos niveles de IE utilizan estrategias de adaptación eficaces para atenuar las emociones negativas y potenciar las positivas<sup>(171)</sup>. Y para profundizar más en ellas, es necesario disponer de instrumentos válidos que valoren las estrategias de afrontamiento prenatal, con el fin de conocer aquellas técnicas más adaptativas que las mujeres emplean durante el embarazo. Como así hace el Cuestionario NuPCI de afrontamiento de estrés prenatal.

### 5.3 ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO NUPCI PARA VALORAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PRENATAL

El afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales que se desarrollan para atender las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como desbordantes a los recursos de los que dispone la persona<sup>(163)</sup>. Su principal función es determinar una respuesta apropiada para un acontecimiento, dada la naturaleza del mismo y los recursos disponibles<sup>(90)</sup>. Con el fin de evaluar estas estrategias se adaptó y validó el Cuestionario NuPCI de afrontamiento de estrés prenatal. Tras los análisis estadísticos pertinentes se observó que dicho instrumento presentaba unas adecuadas propiedades psicométricas que permitían valorar los diferentes estilos de afrontamiento en las mujeres gestantes españolas.

La validez interna ha sido medida en diversos momentos de la evolución del instrumento<sup>(82)</sup>. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo demuestran que el

instrumento tiene una buena homogeneidad interna en la versión española, pero sin caer en redundancias. Además, nuestros datos son similares a los que presenta este mismo cuestionario en población norteamericana de habla inglesa<sup>(82)</sup>. Estamos por tanto, ante un cuestionario de fácil aplicación con el que conseguimos conocer la frecuencia de utilización de tres importantes estrategias de afrontamiento, dirigido y enfocado específicamente al periodo de gestación. Y a su vez, dicho instrumento es sensible a las demandas cambiantes del embarazo y varía según las características de las mujeres, su percepción y su situación social, como también recogen Hamilton y Lobel (2008)<sup>(82)</sup> en su trabajo.

#### 5.4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PRENATAL UTILIZADAS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD PERCIBIDA POSPARTO

##### *5.4.1 Preparación - Planificación*

Nuestros resultados indican que el estilo de afrontamiento más utilizado fue la preparación y planificación. Estas técnicas mantienen un nivel constante a lo largo del embarazo, según algunas investigaciones<sup>(82)</sup>, lo que reflejan la necesidad que tienen las mujeres de planificar y reunir información durante todo este periodo. Estas estrategias de afrontamiento incluyen la planificación de los cuidados al recién nacido, la adquisición de productos para éste y pensar sobre los cambios que ocurrirán cuando el bebé ya esté aquí. Estas técnicas están asociadas hacia un resultado positivo de la gestación, lo que podría conllevar un aumento de la angustia

si hay problemas de salud o si el embarazo es considerado de alto riesgo<sup>(124)</sup>. Esto se debe a que los pensamientos de la mujer se centran en el foco del conflicto, el feto. Por ello, estas estrategias de afrontamiento podrían conllevar una mayor preocupación por los resultados neonatales y maternos tras el parto, pero no deberían aumentar las inquietudes y el malestar de las gestantes que tienen una gestación de bajo riesgo.

En cuanto a la salud emocional de las gestantes, parece probable pensar que exista una relación indirectamente proporcional a la Disfunción Social como afirman algunos estudios<sup>(9)</sup>. Aquellas personas que menos utilizan estas técnicas, presentan un menor apoyo social y por lo tanto una mayor disfunción social. Aunque esta conclusión no se ha visto reflejada en nuestros resultados.

Por otra parte, la única dimensión de salud percibida con la que se ha visto relacionado el uso de estas estrategias, es con la Salud General. Hay que resaltar la relación positiva entre ellas. Es decir, cuánto mayor es la frecuencia de uso de estas técnicas de afrontamiento, mayor es la puntuación en la Salud General. Las clases específicas de educación maternal que incluyen: control de la respiración, cambios posturales, relajación y masaje; se basan en la identificación y mejora de las estrategias de afrontamiento de preparación – planificación preexistentes en la mujer y en el aprendizaje de otras nuevas. Previsiblemente, las estrategias utilizadas con anterioridad llevarían a una mayor información que las estrategias recién aprendidas. Pero por el contrario, hay evidencia de que se muestran los mismos niveles de

autoeficacia para el uso de estrategias conocidas y de técnicas de afrontamiento recientemente aprendidas<sup>(191)</sup>. Por lo tanto, las clases de educación maternal y de preparación al parto, podrían ser una herramienta importante para aumentar y mejorar las estrategias de afrontamiento de preparación – planificación con las que cuentan las mujeres durante el embarazo. Y de este modo, disminuir los niveles de estrés prenatal y mejorar la percepción de Salud General que tienen las mujeres puérperas.

#### 5.4.2 Evitación

La estrategia menos utilizada por las mujeres de nuestro estudio fue la de evitación, datos que concuerdan con otras investigaciones<sup>(82,124)</sup>. La frecuencia de uso de estas técnicas es bastante baja, como queda reflejado en nuestros resultados. En el estudio de Peñacoba et al (2013)<sup>(192)</sup>, realizado con gestantes de bajo riesgo sucede al contrario, se obtuvieron puntuaciones moderadas. Estas diferencias podrían deberse al instrumento de medición y a la escala de puntuación utilizada. Además, hay que tener en cuenta que, en el presente estudio, la muestra fue tomada tras el parto y los resultados del proceso estresante ya son conocidos. Por ello, se podrían estar negando sentimientos de evitación percibidos durante la gestación como medida de adaptación psicológica. Creemos que esta cuestión sería susceptible de analizarse en profundidad con estudios longitudinales, desde el inicio del embarazo hasta después del parto con mediciones sucesivas en momentos de gran relevancia.

Este estilo de afrontamiento está relacionado con la presencia de malestar psíquico significativo (síntomas somáticos, ansiedad y depresión) y con todas las dimensiones de salud percibida durante el puerperio inmediato, según nuestros resultados. Datos similares a muchas otras investigaciones<sup>(9,11,121,193,194)</sup>. Algunas de ellas llegan a afirmar que el afrontamiento no adaptativo de evitación, y su asociación con las alteraciones emocionales podría ser bidireccional o a la inversa<sup>(82)</sup>. Es decir, el uso de técnicas de evitación podría ser tanto la causa del malestar psíquico como la consecuencia de la presencia del mismo. Así, el afrontamiento por evitación parece convertirse en un factor de riesgo para la salud física y sobre todo psicológica de la mujer embarazada, pues implica que las mujeres se distancien de sus problemas reales sin resolverlos, dejando de tomar las debidas decisiones para la disminución de las consecuencias negativas que estos conllevan<sup>(11,121,124)</sup>.

Dada su importancia, creemos necesario describir un poco más a fondo este tipo de afrontamiento. Las personas que utilizan las estrategias de evitación tratan de olvidar por medio del consumo de sustancias, rechazan sus propias ilusiones o se niegan a creer la realidad que están viviendo. Utilizan el aislamiento social eludiendo estar con gente conocida y también emplean la desconexión mental y conductual, con el fin de aceptar la impotencia de acción ante una situación concreta. Además, realizan autocrítica de culpa, con rumiación o incluso inhibición emocional tratando de mantener ocultos sus sentimientos.

La evitación durante el embarazo puede impedir que las mujeres experimenten los beneficios psicológicos y físicos que ha demostrado el expresar una emoción negativa. Además, puede impedir que las mujeres busquen atención médica necesaria u otras formas de asistencia<sup>(124)</sup>. Por estas razones, la evitación puede presentar riesgos graves para la salud durante la gestación. Y por ello, se hace necesaria una mayor investigación sobre los efectos en la salud de estas técnicas de afrontamiento en esta población concreta.

Al respecto, el consumo de sustancias también ha sido estudiado en la presente investigación, como estrategia concreta de evitación, como factor de riesgo durante la gestación y por su carácter nocivo para el feto. Hay evidencia de que el tabaco es uno de los factores prevenibles asociados con bajo peso al nacer, nacimiento muy pretérmino y muerte perinatal. Aun así, según una revisión de la Cochrane Library (2001)<sup>(195)</sup>, entre un 20 y un 33% de las gestantes de países desarrollados dice ser fumadora. Datos que concuerdan con los de otro estudio realizado en nuestro país hace una década<sup>(196)</sup>, pero con porcentajes mayores a los observados en nuestro trabajo (16,80%). Aunque en otras investigaciones realizadas en Estados Unidos, Japón y Brasil, los porcentajes de tabaquismo durante la gestación son bastante menores incluso a nuestros resultados<sup>(76,197)</sup>. Por otra parte, cabe resaltar que el porcentaje de consumo de alcohol encontrado en nuestra investigación (2%), es el menor encontrado en la bibliografía, aunque similar al observado en un estudio brasileño<sup>(76,197)</sup>.



Hay evidencia de que las mujeres embarazadas deprimidas y más aún las adolescentes, pueden adoptar conductas de riesgo como fumar o ingerir bebidas alcohólicas<sup>(198)</sup>. Pero en nuestro trabajo, el consumo de sustancias no cumplió ninguna de estas dos premisas. Y por otro lado, el embarazo supone una motivación muy fuerte para dejar de fumar. En nuestro país existe un 46% de abandono tabáquico previo o al inicio de la gestación. Los profesionales de la salud deben continuar insistiendo en la importancia del abandono total durante el embarazo y la continuación tras el parto, puesto que la motivación parece agotarse, y la recaída en el posparto es muy frecuente<sup>(196)</sup>.

#### *5.4.3 Espiritual – Afrontamiento Positivo*

En comparación con otras investigaciones<sup>(11,167)</sup>, las mujeres de nuestra muestra utilizan con menor frecuencia estrategias de oración y de afrontamiento positivo. En estudios con mujeres embarazadas de alto riesgo<sup>(82,124)</sup>, la oración era el estilo más utilizado. La oración como forma de afrontamiento favorece la adaptación de la mujer embarazada a los sucesos estresantes, por ello es empleada con mayor frecuencia para controlar el estrés prenatal. Pero también existe alguna investigación con resultados contrarios. Peñacoba et al<sup>(192)</sup> observaron que el afrontamiento religioso era la estrategia menos utilizada, tal vez por la elección de la muestra, mujeres con bajo riesgo durante la gestación.

Hay evidencia de que las estrategias de afrontamiento espiritual tienen efectos positivos y negativos sobre la salud<sup>(199)</sup>. Pargament et al (2000)<sup>(200)</sup> observaron

diferencias en la forma de concebir el afrontamiento religioso. Por una parte encontraron personas que tenían una valoración religiosa benevolente, en la que buscan amparo espiritual y desde la que percibían el apoyo de los miembros de la iglesia. Pero, por otro lado, había individuos que entendían el estilo de afrontamiento religioso como algo negativo. Estas personas incluyeron en él un planteamiento de castigos religiosos, de autogestión de las propias creencias y un descontento religioso interpersonal. Estas diferencias también se observaron en un estudio llevado a cabo por Giurgescu C. et al (2006)<sup>(167)</sup>, en el que factores como la personalidad o la creencia en la eficacia de la oración estaban asociados con un aumento del uso de las técnicas de oración. Entendemos así, que para una valoración exhaustiva de las estrategias espirituales, sería necesario conocer de ante mano la concepción que las mujeres tienen acerca de la religión.

Las estrategias de afrontamiento con oración y afrontamiento positivo se han visto relacionadas con las dimensiones de salud percibida: Salud General, Rol Emocional y Salud Mental. Parece ser cierto que la interpretación positiva de las experiencias asociadas al embarazo protege a la mujer, dada su asociación positiva con una percepción de mayor salud, mejor estado de ánimo y mayor satisfacción con las relaciones sociales. Y además, el uso de la oración parece impactar también positivamente con el estado de ánimo de la embarazada, con una mayor puntuación en el componente mental de la salud percibida de la mujer<sup>(11,121)</sup>.

## 5.5 INFLUENCIA DEL MALESTAR PSÍQUICO SIGNIFICATIVO DURANTE LA GESTACIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD PUERPERAL

Ira, hostilidad, ansiedad, depresión y estrés son las reacciones emocionales sobre las que más se ha estudiado su relación en la génesis de alteraciones de la salud. Pero no se conocen en su totalidad los mecanismos que expliquen su relación causal<sup>(90)</sup>. En el presente trabajo nos hemos centrado en el despistaje de síntomas compatibles con ansiedad, depresión, sus manifestaciones físicas (presencia de síntomas somáticos) y la disfunción social.

Una importante y reciente investigación ha puesto de manifiesto la bidireccionalidad entre las respuestas afectivas y la mala salud percibida. Las emociones actúan como factor en el origen, curso y evolución de alteraciones de la salud física y mental. Y la enfermedad causa en sí misma sentimientos negativos, afectando así a los hábitos de vida saludables<sup>(90)</sup>. Por ello, la mayoría de los trastornos en los que participan las emociones, tanto en su inicio como en su curso, son multifactoriales, es decir, no tienen un único origen causal. Por ello nos encontramos ante la necesidad de hablar de factores de riesgo<sup>(90)</sup>. Por ejemplo, varios estudios<sup>(201,202)</sup> han demostrado la asociación entre el malestar psíquico significativo, como factor de riesgo, y los estilos de vida poco saludables: consumo de alcohol o tabaco, una dieta alta en grasas, o un patrón de sueño inadecuado. Y a pesar de esta evidencia, hay que tener en cuenta un tercer factor, la genética. Ésta puede predisponer a la persona ante ciertas reacciones conductuales y fisiológicas, lo que convierte entonces a las emociones en indicadores de vulnerabilidad que contribuyen

directamente en el proceso de enfermedad<sup>(90)</sup>.

Según la bibliografía consultada<sup>(98,115)</sup> alrededor del 50% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento de la gestación, resultados que concuerdan con los nuestros (42,73%). Junto a la depresión (15-37%), son los sentimientos de malestar psíquico significativo más prevalentes y graves en el primer y tercer trimestre del embarazo, con una incidencia progresiva al alza conforme avanza la gestación<sup>(4,59,115)</sup>. Incluso hay evidencia de que la exposición a complicaciones obstétricas graves durante el embarazo está asociada con síntomas depresivos más intensos incluso en el periodo puerperal temprano<sup>(203)</sup>. Aunque existen diferencias entre nuestros resultados y los presentados en estas investigaciones. Observamos que un 3,2% de las mujeres refieren presentar síntomas de depresión, un porcentaje mucho menor, tal vez por el periodo de recogida de datos. Es decir, conocer el resultado de la gestación, en la gran mayoría de los casos con bienestar fetal y materno, hace que los sentimientos de tristeza del embarazo puedan verse intercambiados en el posparto por la alegría de estar junto al recién nacido. Hallazgos que se evidencian también en otros estudios<sup>(4,59)</sup>, con una incidencia de entre un 9% y un 14,2% de las puérperas que reporta síntomas compatibles con depresión, porcentajes mayores a los nuestros pero menores que en estudios realizados durante el embarazo.

Por otra parte, se ha informado de que los síntomas de ansiedad se asocian con mayor incidencia de depresión y apoyo social deficiente durante la gestación y

durante el puerperio<sup>(115,204)</sup>. Pero también, es la mujer embarazada con síntomas depresivos quien evita relacionarse con otras personas, retirándose de amigos, familiares, compañeros u otras personas significativas<sup>(94)</sup>. Como hemos visto en nuestros resultados, la confluencia de síntomas de malestar psíquico está presente en casi la mitad de la muestra, lo cual corrobora estos hallazgos.

La presencia de problemas de salud física en el postparto puede causar limitaciones que conlleven una disminución en la salud percibida. La importancia de la percepción de salud viene dada, como estamos viendo, como un concepto multidimensional que, de forma práctica, abarca la preparación de la madre para asumir responsabilidades del cuidado infantil, la reanudación del cuidado personal, del hogar, y las actividades ocupacionales, sociales y comunitarias<sup>(78)</sup>. Pero además, estos problemas de salud socavan la salud funcional y aumentan la angustia emocional de la puérpera<sup>(128,205-207)</sup>. Lo cual se evidencia en el presente estudio con la relación estadísticamente significativa observada en el puerperio inmediato entre todas las subescalas del Cuestionario de Salud SF-36 y las diferentes entidades de malestar psíquico evaluadas con el instrumento GHQ-28. Y así mismo se ha puesto de manifiesto en otras muchas investigaciones centradas en el embarazo o el puerperio tardío<sup>(9,57,59,78,120,204)</sup>.

Como hemos descrito con anterioridad, el estrés y las estrategias de afrontamiento con evitación influyen significativamente en el estado emocional de la mujer al final de la gestación, tanto en la ansiedad, como en la depresión y en sus

manifestaciones físicas, del mismo modo que han mostrado otros autores<sup>208,209</sup>. Incluso algunos añaden, que las personas deprimidas contribuyen involuntariamente a la aparición de estrés en sus vidas, incluyendo tensión en sus relaciones íntimas, lo que aumenta la probabilidad de aparición y el mantenimiento de los síntomas depresivos<sup>(208)</sup>.

A pesar de que está claro que las emociones negativas y el estrés alteran la homeostasis orgánica haciendo al organismo más vulnerable, se conoce poco sobre la capacidad de los estados afectivos positivos para preservar y acaso potenciar la salud<sup>(90)</sup>. El énfasis puesto en las consecuencias adversas de las emociones negativas descuida las posibles influencias positivas de la emoción en la promoción de la salud<sup>(163)</sup>. Algunos autores<sup>(121,209)</sup> enfatizan en cómo las emociones positivas influyen en la recuperación de la salud tras la enfermedad. Se ha investigado también, con respecto a la promoción de la salud positiva, la importancia de la felicidad, el buen humor y el optimismo, así como el apoyo social y el soporte emocional<sup>(121,169,210-213)</sup>. No obstante, el funcionamiento óptimo de las emociones positivas y negativas requiere profundizar en cómo las dos trabajan beneficiándose mutuamente según el contexto en el que tengan lugar<sup>(214)</sup>.

Pero además, nuestros resultados muestran una relación entre la paridad de las mujeres y la presencia de síntomas somáticos y de disfunción social. Esto podría deberse a que las gestantes, dada la menor energía y movilidad de las últimas semanas del embarazo, centran su actividad en su rol de madres, limitando sus

actividades sociales<sup>(18)</sup>. Por otra parte, las mujeres inmigrantes disminuyen menos estas actividades que las españolas. Resultados que concuerdan con otra investigación<sup>(3)</sup> y que podrían estar causados por una mayor red de apoyo entre familiares, amigas y vecinas. O tal vez, estas diferencias sean debidas a las creencias culturales acerca de la maternidad y del nacimiento como un hecho en sociedad, participando de él toda la comunidad. Las culturas más colectivistas pueden beneficiarse con más fuerza del apoyo social durante el embarazo, como las latinas y las afroamericanas, en comparación con las culturas occidentales, como la estadounidense, que son más individualistas<sup>(76)</sup>. Es tan determinante la influencia de la cultura en la maternidad que incluso existen teorías específicas para comprender y estudiar el fenómeno de la gestación desde este punto de vista, como el modelo de la enfermera Ramona Mercer (2003)<sup>(215)</sup>.

Después de todo lo anterior, parece probable creer que las personas con malestar psíquico, en especial aquellas mujeres con síntomas de depresión, a menudo no busquen apoyo ni ayuda, y si lo hacen, consulten con personas que no son profesionales de la salud<sup>(94,216)</sup>. Por ello, una evaluación de la percepción de salud física y sobre todo mental al inicio del embarazo podría ser recomendable. Así, la atención clínica de alta calidad, con información adecuada y apoyo suficiente, puede ayudar a mejorar la percepción de salud mientras disminuye el impacto psicológico de la gestación<sup>(217)</sup>.

Y por otra parte, las intervenciones cuerpo-mente (meditación, imágenes, hipnosis y yoga) han demostrado ser efectivas para la reducción de los niveles de ansiedad en varias situaciones clínicas, también durante el embarazo<sup>(115)</sup>. Y esto, sin que haya que esperar que ocurran eventos adversos cuando son administradas por profesionales sanitarios certificados. Según la definición del National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM 2008): “la medicina cuerpo mente se centra en las interacciones entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento y los factores emocionales, mentales, sociales, espirituales y conductuales pueden afectar directamente a la salud”. Las intervenciones cuerpo mente pretenden mejorar la capacidad para el autoconocimiento y el autocuidado y brindar la oportunidad para aumentar la capacidad de adaptabilidad, el crecimiento personal y la autoestima<sup>(115)</sup>. Así, son capaces de proporcionar herramientas útiles para mejorar el estado de ánimo y aumentar las propias estrategias de afrontamiento, y de este modo, incrementar la percepción de salud y por ende, la calidad de vida de la mujer durante la gestación.

## 5.6 INFLUENCIA DEL TRABAJO DE PARTO EN LA PERCEPCIÓN DE SALUD DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO.

### 5.6.1 *Paridad*

Los modelos multivariantes de salud percibida muestran diferencias, al igual que nuestros resultados, entre las mujeres primíparas y multíparas. Este hecho indica



que la maternidad afectan a la valoración de las mujeres de su propia salud, dependiendo de si se encuentran estos eventos en su vida por primera vez<sup>(18)</sup>. Este hecho puede entenderse a la luz de las teorías que describen las dificultades de la transición de convertirse en madre<sup>(18,218)</sup>. Este proceso se define como la comparación entre el yo ideal de una madre y la imagen actual que la mujer tiene de sí misma. Si existen grandes diferencias, puede afectar a su confianza y a su autoconcepto, ambos componentes de la salud percibida. Así, la lucha hacia la propia identidad derivada de la transición de ser madres es más evidente en mujeres primerizas que necesitan satisfacer las exigencias de la maternidad por primera vez.

Según la bibliografía consultada, las mujeres que tienen a su primer hijo refieren menor control de la situación y menor preparación para los procedimientos obstétricos, percibiendo el parto peor de lo esperado<sup>(219)</sup>. Pero en nuestro estudio hemos observado que las mujeres que han dado a luz previamente algún hijo presentan mayores niveles de estrés, malestar psíquico significativo y peor salud percibida en dimensiones como Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social y Salud Mental, de forma similar a otros estudios<sup>(220)</sup>. En relación, en otra investigación se demostró que la falta de apoyo fue un factor de riesgo de mala salud percibida entre las mujeres multíparas, pero no así entre las primíparas. Estos hallazgos sugieren que las necesidades de estas mujeres pueden estar siendo ignoradas por su pareja, las personas cercanas a ella e incluso por los profesionales sanitarios. Las madres que tienen hijos a su cargo a menudo no solicitan ayuda a su red de apoyo, pero además, parece como si las personas de su alrededor esperasen

que estas madres con experiencia fueran por ello completamente autosuficientes<sup>(18)</sup>.

Por otra parte, los problemas experimentados durante un embarazo o un parto anterior se han asociado también con el estado de salud, incluso varios años después<sup>(89,220)</sup>. Parece probable pensar que un parto traumático, una cesárea urgente o un mal resultado perinatal, puedan desencadenar reacciones psicológicas negativas ante una nueva gestación, incrementando el riesgo de malos resultados obstétricos y perinatales. Incluso un aborto espontáneo previo podría influir en la salud percibida, aunque no esté incluido en la categoría de experiencias traumáticas. Algunas mujeres son extremadamente vulnerables y tienen grandes dificultades para recuperarse de la pérdida de un bebé deseado, aumentando la ansiedad y el estrés ante el mero deseo de un nuevo embarazo<sup>(80)</sup>. Estos datos concuerdan con los resultados observados en nuestro estudio en referencia a la Función Social. Es decir, las mujeres que habían tenido algún aborto anterior evaluaban peor sus actividades sociales. Las mujeres podrían estar interiorizando los cambios de la maternidad y el importante cambio de rol, lo que centra a la mujer en su propia persona y disminuye el contacto con los demás y sus actividades sociales.

### *5.6.2 Inicio del parto*

Hemos encontrado diferencias significativas entre la forma de iniciarse el parto y la salud física percibida por las mujeres durante el posparto inmediato. Es importante resaltar que variables como el tipo de parto, la duración del trabajo de parto (pródromos, dilatación y expulsivo) o la presencia de traumatismo perineal, no

han obtenido una relación estadísticamente significativa, aun cuando se podría esperar algo así por su relación con el inicio del proceso de parto. En aquellas mujeres en las que se indicó una inducción para finalizar la gestación por criterios médicos, la percepción que tuvieron sobre su estado físico general y su funcionamiento físico fue peor que aquellas que finalizaron su embarazo de forma espontánea. Esta diferencia podría ser indicativa de los efectos directos e indirectos que sobre la salud percibida tienen los factores estresantes situacionales vividos por la mujer, ante la incertidumbre de un proceso médico desconocido<sup>(221)</sup>. No debemos olvidar que un 5,3% de nuestras mujeres están preocupadas por las actuaciones médicas durante la gestación, pero hasta casi una cuarta parte de la muestra lo está por motivos relacionados por el parto. Datos similares a los encontrados en la bibliografía consultada<sup>(96,120)</sup>.

Pero en otros estudios, la inducción del parto se ha planteado como una solución en una patología grave de la madre o del feto, como la actuación médica de referencia, no presentando además, ninguna disminución en la calidad de vida de las mujeres<sup>(33,34,38)</sup>. Así, este procedimiento mostró un claro beneficio para la prevención de la progresión de una enfermedad materna o fetal grave, como puede ser la hipertensión, la preeclampsia o el crecimiento intrauterino retardado, y la reducción en la tasa de cesáreas urgentes en estos casos<sup>(38)</sup>.

Por otra parte, la oxitocina es una hormona que estimula las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y se les administra a las mujeres que presentan un

progreso lento del trabajo de parto o a quienes requieren una inducción del mismo<sup>(222)</sup>. Esta hormona se ha relacionado con importantes efectos psicológicos y sociales en las mujeres pero no se han estudiado sus efectos sobre la salud física<sup>(223)</sup>. Incluso en varias revisiones de la Cochrane Library se han investigado sus efectos en la reducción del tiempo de trabajo de parto, en la tasa de cesáreas y en el aumento del número de partos vaginales espontáneos<sup>(224)</sup>. Pero ya en estos trabajos se alerta de la escasa bibliografía relativa a la satisfacción de las mujeres y a cómo se sienten ellas después de la administración de esta hormona durante el trabajo de parto. Investigaciones que tal vez sean necesarias para llegar a comprender nuestros resultados, para averiguar el efecto de una inducción sobre la salud física percibida de las mujeres puérperas.

### *5.6.3 Tipo de parto*

Según la bibliografía, existen diferencias entre la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres según el tipo de parto que hayan tenido<sup>(4,60)</sup>. Torkan B et al. (2009)<sup>(60)</sup> aseguraron que a las 6-8 semanas después del nacimiento, las mujeres con un parto vaginal puntuaban más alto en la subescala de Vitalidad en comparación con las madres a las que se les había practicado una cesárea. Y a partir de los 3 meses después del parto, las mujeres tras un parto eutócico mostraban una mayor puntuación en el Funcionamiento Físico. Estos hallazgos son coherentes con los de otros investigadores<sup>(161)</sup>, pero no han sido evidenciados en nuestros resultados. Es preciso resaltar el momento de estudio. Es decir, aquellas investigaciones que han valorado la salud percibida en los primeros días tras el nacimiento, no encuentran

diferencias significativas según la forma de dar a luz<sup>(18,85)</sup>, al igual que en el presente trabajo. En cambio, aquellos estudios realizados a partir del primer mes desde el parto, sí observan discrepancias en el estado de salud de las mujeres<sup>(139,225)</sup>. Este hecho podría entenderse desde la perspectiva de que cuando la madre se siente aliviada y feliz tras el nacimiento de un hijo sano, el tipo de parto no afecta a la autopercepción de la salud ni física ni emocional, pero esto sí ocurre conforme avanza el periodo puerperal y se enfrenta a cambios en sus actividades cotidianas.

Algunas investigaciones encuentran que la morbilidad materna total para cesáreas planificadas, es inferior que para cesáreas urgentes, pero aun así, continúa siendo mayor que para partos vaginales<sup>(226)</sup>. Las mujeres que han experimentado un parto por cesárea aseguraban tener más dolor corporal incluso hasta un año después del nacimiento, en comparación con los problemas puerperales que presentaban las mujeres que habían tenido un parto vaginal espontáneo<sup>(139,151)</sup>. Además, presentaban mayores niveles de cansancio y con mayor frecuencia anemia, cefaleas, sangrado anormal, infección del tracto urinario y estreñimiento<sup>(225)</sup>. Y del mismo modo, las mujeres que habían experimentado un parto vaginal asistido referían también dolor corporal y problemas urinarios o intestinales más reiteradamente que aquellas que habían tenido un parto eutócico<sup>(138,139,225,227)</sup>. Así, y como afirma la literatura, las mujeres que tienen un parto vaginal eutócico con un mínimo daño en el perineo tienen menos dolor y menor cantidad de problemas posparto<sup>(135,228)</sup>.

Un estudio reciente<sup>(229)</sup> realizado en población noruega y centrado en la salud emocional posnatal de las mujeres, no encontró ninguna asociación con el modo de nacimiento, al igual que en nuestra investigación. Otros autores en cambio, observan sentimientos de insatisfacción relacionados con el nacimiento, mala imagen corporal y autoestima más baja, lo que puede estar relacionado con las mayores tasas de depresión puerperal en partos por cesárea que en nacimientos eutócicos<sup>(85,151,225)</sup>. Y otros trabajos concretan que las mujeres que tuvieron partos vaginales asistidos con fórceps y cesáreas no planificadas referían tener peor salud y mayor malestar psicológico después del nacimiento. Tal vez debido a que pudo haber mayores niveles de estrés y preocupación acerca del proceso del parto y, sobre todo, por la salud del feto. La pérdida de control y un intenso periodo de ansiedad e incertidumbre durante el trabajo de parto podrían explicar los síntomas psicológicos que refieren estas mujeres<sup>(160)</sup>. Además, algunas circunstancias podrían hacer del parto una experiencia especialmente traumática, incluso con riesgo de presentar síntomas de estrés postraumático<sup>(219)</sup>. Este riesgo es mayor para aquellas mujeres que han tenido partos por cesárea urgente, seguidos por las que han tenido partos vaginales instrumentales<sup>(160,230)</sup>. Por ello, diferenciar entre cesáreas programadas y no planificadas es relevante y particularmente útil en investigaciones que analizan las secuelas psicológicas del parto por cesárea. Lo cual se debe a la gran evidencia de que las personas se adaptan mejor a eventos traumáticos cuando ellas pueden prepararse para afrontarlos<sup>(151)</sup>.

Pero también es cierto que algunas mujeres prefieren un parto por cesárea mencionando el dolor y el miedo al parto natural, como factores determinantes<sup>(233,234)</sup>. Y principalmente ocurre entre aquellas que presentaban antecedentes obstétricos traumáticos, como muerte fetal intraútero, amniorrexis precoz (antes de las 36 semanas), amenaza de parto prematuro o cesárea anterior<sup>(213,235)</sup>. Por ello, y como han mostrado nuestros resultados, la historia obstétrica previa influye significativamente sobre la percepción de la salud tras el parto. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el dolor es uno de los factores que cohibe a la mayoría de las gestantes. Pero la percepción del dolor que acontece en el parto es algo muy complejo, implica procesos fisiológicos con influencias psicológicas, culturales y acerca de la propia evolución del trabajo de parto. Por ello, es necesario que la sala de partos tenga un entorno profesional, pero de confianza y positivo, para que el acto de parir ocurra adecuadamente<sup>(235)</sup>. Además, hay estudios que demuestran que los bajos niveles de apoyo por parte de los profesionales, y la falta de información y escucha durante los procedimientos e intervenciones, provocan una insatisfacción con los cuidados intraparto y una valoración negativa del parto<sup>(80,219)</sup>. Y por el contrario, una información adecuada y precisa ayuda a disminuir los síntomas de malestar psicológico que presentan las mujeres tras el nacimiento<sup>(109,232)</sup>.

## 5.7 INGRESO DEL RECIÉN NACIDO Y SU ALIMENTACIÓN

Hemos encontrado en nuestros resultados que el ingreso del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos provoca una gran disminución en la percepción de la propia Salud General. En otros estudios se observó que las madres de los niños que ingresaban al nacer presentaban peor calidad de vida en todo el dominio físico durante el embarazo, y, a su vez, tenían con mayor frecuencia trastornos hipertensivos y diabetes gestacional<sup>(39)</sup>. Pero también, la separación, la preocupación y las circunstancias especiales de convertirse en madre en virtud de situaciones diferentes a las esperadas, afectó a la evaluación de la salud percibida de las madres durante los dos primeros meses tras el nacimiento. Sin embargo, pasado el primer año, la madre consigue adaptarse a la nueva situación y la percepción de su propia salud ya no presenta alteraciones con respecto a la población general de referencia<sup>(18,236)</sup>.

Por otra parte, no hemos encontrados diferencias entre la percepción de salud y el tipo de alimentación del recién nacido. La lactancia materna ha sido asociada con problemas de estrés durante el posparto, no durante el embarazo, lo que podría estar causado por la decepción sobre la propia capacidad de alimentar y criar al recién nacido. Como hemos visto, todas las preocupaciones de la gestación confluyen en la crianza tras el nacimiento, en especial en el amamantamiento. Sin embargo, y según la bibliografía, la experiencia de la lactancia materna es una de las variables más específicamente relacionadas con el parto, una experiencia negativa podría ser un factor de riesgo de mala salud percibida a los dos meses del mismo<sup>(18)</sup>.



## 5.8 INFLUENCIA DE ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA PERCEPCIÓN DE SALUD DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO.

La mayoría de las publicaciones y de los protocolos médicos, definen como embarazo en una mujer añosa, a toda aquella gestante que supere los 35 años de edad. En muchos países desarrollados, estos embarazos pasan a considerarse de riesgo. Hay estudios que relacionan el embarazo en mujeres mayores de esta edad con un mayor riesgo de malformaciones cromosómicas y con problemas específicos durante el embarazo: diabetes, hipertensión, placenta previa, abrupcio placentae, abortos o parto prematuro; y durante el parto: aumento de la tasa de cesáreas y mayor mortalidad fetal<sup>(237)</sup>.

Otras investigaciones encuentran una relación inversa entre la edad y el estado funcional después del nacimiento, lo cual no se observa en nuestros resultados<sup>(212)</sup>. Por lo general, las puntuaciones del SF-36 son mejores en las personas más jóvenes y siguen un gradiente decreciente en función de la edad, como se observa en todas las Encuestas Nacionales de Salud<sup>(61,63-66)</sup>. Esto sugieren una pérdida de la capacidad funcional asociada a la edad entre la población general<sup>(68)</sup>, hecho que se ve agudizado tras el parto<sup>(212)</sup>. Aunque hay estudios cuyos resultados difieren de esta afirmación. En ellos, no se evidencia una mejor percepción de salud física por las mujeres más jóvenes, aunque sí tenían mayores calificaciones de autopercepción en Salud Emocional<sup>(85)</sup>, diferencias tampoco observadas en nuestros datos. En otros trabajos, se evidencia una relación negativa entre la edad y la Función Social<sup>(238)</sup>, lo cual podría estar motivado porque las mujeres de más edad aprenden a

utilizar sus recursos internos en mayor medida para manejar las situaciones de estrés. Mientras que cuando son más jóvenes recurren a las personas más cercanas a ellas o de más confianza, principalmente a las mujeres de su familia.

Por lo tanto, creemos que son necesarios más estudios que investiguen la relación que tiene la edad de las mujeres en cuanto a la percepción de salud durante el embarazo y el posparto. Otros factores podrían estar influyendo en la salud percibida en esta etapa de la vida, como el nivel socioeconómico, el número de hijos o las diferencias culturales entre otros. Y profundizando más en esas diferencias culturales hay evidencia de que influyen en los hábitos y comportamientos de las mujeres durante el embarazo y el posparto, siendo conductas específicas de cada grupo cultural, ya descritas por Leighton (1981)<sup>(239)</sup>. La influencia cultural de las participantes del estudio se ha analizado en cuanto a su nacionalidad, y a causa del pequeño porcentaje de mujeres inmigrantes, no fue posible realizar un análisis según las regiones de procedencia. Se ha observado que estas mujeres percibieron peor su salud en algunas dimensiones del cuestionario SF-36: Función Física y Salud General. En otras investigaciones también se han encontrado diferencias según la nacionalidad de las participantes. Las mujeres inmigrantes de Ghana que vivían en EEUU tuvieron la mayor puntuación en Función Física y los mejores resultados en la percepción de la Salud General, en cambio, las mujeres de origen chino, tenían los puntajes más bajos de Salud General y los más altos de Vitalidad<sup>(125)</sup>.

En estudios realizados sobre población inmigrante ha podido evidenciarse que los indicadores de salud son en ocasiones mejores que los de la población autóctona, a pesar de encontrarse en peor situación socioeconómica. Entre las explicaciones que se han dado a este hallazgo figura la presencia de sesgos como el del inmigrante sano. Es decir, las personas que cambian de país para mejorar sus condiciones de vida, son aquellas que pueden sobrevivir por sí mismas. Por ello, su salud podría ser en cierta medida mejor. Por otra parte, también se ha puesto de manifiesto que, a medida que la población inmigrante lleva más tiempo residiendo en el país receptor, su salud empeora, convergiendo hacia la población nativa. Y en un eje de tiempo prolongado, llega a colocarse en peores valores que los de la población autóctona, quizá, ahora sí, motivado por las peores condiciones socioeconómicas de vida y de trabajo<sup>(240)</sup>. Por ello, en nuestra investigación, donde estamos estudiando a mujeres que conocen nuestro idioma y han controlado su embarazo en nuestro entorno, se puede sobreentender que llevan un tiempo viviendo en nuestro país, y podrían ser las condiciones socioeconómicas el motivo por el cual presentan niveles más bajos en algunas dimensiones de salud percibida que las mujeres puérperas nativas.

La cultura impregna todas las esferas de la vida y está íntimamente relacionada con el contexto social, político, económico y el momento histórico de la humanidad. Pero además determina una visión particular del mundo para cada colectivo humano que explica muchas de las concepciones, significados, valores y creencias de un pueblo<sup>(173,241)</sup>. Así, la cultura da significado y visión a la vida, la

salud, la enfermedad, la muerte y las prácticas de cuidado. Por lo que la gestación, la maternidad y el nacimiento no están exentos de estas construcciones culturales. Cada cultura los define y tipifica desde su visión particular de la vida, y estas son transmitidas y se perpetúan en el tiempo, de generación en generación<sup>(173)</sup>. Por esto, y de acuerdo con Leininger (1995)<sup>(241)</sup> y Mercer (2003)<sup>(215)</sup>, se aconseja descubrir las formas de cuidado de la salud conociendo la diversidad y universalidad entre las diferentes culturas. La enfermería transcultural pretende avanzar en el descubrimiento de las prácticas de cuidado, y establecer los patrones de cuidado cultural específicos y generales para así acercar el cuidado profesional de enfermería de manera respetuosa y coherente a cada individuo, comunidad y familia, sean cuales sean sus construcciones culturales acerca de la maternidad<sup>(173)</sup>.

## 6. LIMITACIONES

---

En nuestro estudio, hay que tener en cuenta que con los instrumentos utilizados no se ha intentado en ningún momento realizar un diagnóstico clínico de ninguna patología. Por ello, no se confirmó clínicamente el diagnóstico de ansiedad ni depresión, tan sólo se hizo un cribado para ver cuántas mujeres presentaban síntomas compatibles con estas entidades. Pero sí es cierto que en otras investigaciones, y con el fin de evitar complicaciones a largo plazo, las mujeres embarazadas o púerperas con altos puntajes en la Escala de Goldberg (GHQ-28) fueron remitidas a un especialista en psicología o psiquiatría, para valorar y confirmar o no el diagnóstico clínicamente, lo cual no se ha hecho en este trabajo por criterios éticos de confidencialidad.

Por otra parte, nuestros resultados sugieren que tanto las dimensiones de salud psicológicas como las físicas deben ser evaluadas según los factores que afectan a la salud percibida y al bienestar de las mujeres después del parto. Por ello, el análisis de regresión múltiple ha sido una herramienta utilizada no para descartar, sino para relativizar la importancia de cada una de las variables estadísticamente significativas.

Por último, hemos observado que hay muchos estudios que evalúan diferentes problemas derivados del parto, pero pocos se han centrado en la percepción de la salud de las mujeres durante el puerperio inmediato, lo cual ha dificultado la comparación de nuestros resultados. Somos conscientes de que nuestros datos son

relevantes para comprender la salud percibida tras los primeros días de puerperio. Por lo tanto, nuestros resultados contribuyen a una mejor comprensión de cómo evoluciona la salud percibida durante la maternidad, desde el embarazo hasta un año después del nacimiento.

## 7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

---

Con los resultados obtenidos en este estudio, se evidencia la importante influencia del estrés, las estrategias prenatales de afrontamiento y el malestar psíquico significativo durante el embarazo, sobre la salud percibida de la mujer en el puerperio. Observamos también que las mayores fuentes de preocupación de las gestantes son en su mayoría evitables con una información adecuada, ya que cuando una persona conoce lo que espera, la ansiedad y el estrés asociado a esta transición disminuyen notablemente<sup>(126)</sup>.

El objetivo general de la atención prenatal integral es ayudar a la mujer a sentirse lo más segura y satisfecha posible con la experiencia de su embarazo y de su parto, y prepararla para una crianza feliz. Por ello, creemos relevante establecer una adecuada valoración de la salud física y sobre todo mental de la gestante al inicio del seguimiento sanitario del embarazo, con el fin de intentar disminuir el impacto psicológico de la maternidad y su influencia sobre la salud percibida. Así, aumentará la calidad de la atención sanitaria a la maternidad. Y hay que tener en cuenta que el tiempo necesario para supervisar el estado fisiopatológico de la mujer, va a ser siempre mínimo en comparación con el que se requiere para atender sus necesidades psicoemocionales y educativas<sup>(242)</sup>. Pero además, esta valoración y su posterior seguimiento deben ser tratados desde un punto de vista multidisciplinar que incluya un adecuado apoyo psicológico para intentar disminuir el estrés y sus complicaciones asociadas<sup>(100)</sup>. Unas visitas sanitarias estructuradas y bien organizadas a lo largo de la

gestación entre obstetras y matronas podrían ayudar a ello. Hay evidencia de que la continuidad de cuidados por parte de las matronas no sólo mejora la atención a la maternidad de forma integral, sino que también es beneficiosa para la salud reproductiva de las mujeres y su bienestar emocional<sup>(243)</sup>. Sería necesario por tanto, reorientar los modelos de prestación de servicios, para proporcionar a las mujeres un mejor acceso a esta continuidad de cuidados sanitarios<sup>(244)</sup>.

Para ello, podrían ser de gran utilidad los grupos de educación maternal enfocados, no sólo a la mujer, sino también a su familia, y a las fuentes de mayor preocupación percibidas por ésta antes de que se conviertan en problemas importantes. Estas sesiones pueden proporcionar una gran oportunidad para desarrollar programas de educación para la salud encaminados hacia cuidados para la madre y para el niño<sup>(130)</sup>. El aumento de conocimientos y habilidades para desarrollar tareas relacionadas con la maternidad, aumentaría las estrategias de afrontamiento frente al estrés de las gestantes, facilitando su adaptación y reforzando la identificación de su nueva identidad maternal ya desde el periodo prenatal<sup>(79,245)</sup>.

Los objetivos de la educación maternal pueden ser incluso diferentes según el tipo de embarazadas hacia las que vayan dirigidas las sesiones<sup>(246-248)</sup>, pero siempre deben cubrir la esfera emocional y psicológica de la mujer, para prevenir así posibles consecuencias adversas sobre su salud y bienestar, fomentando una mejor calidad de vida en estas mujeres<sup>(9)</sup>. Es por ello necesario desarrollar su Inteligencia Emocional a través de actividades como el tacto, las técnicas de relajación, la reflexión con



imágenes, la hipnosis o el yoga, que han demostrado disminuir los niveles de ansiedad al aumentar la capacidad de adaptabilidad, el crecimiento personal y el autoestima<sup>(115)</sup>.

La continuidad de cuidados junto con una educación maternal enfocada hacia la mujer y su familia quizá también encuentre el efecto beneficioso de conocer un lugar donde las madres puedan buscar apoyo, comprensión y explicaciones correctas de profesionales sanitarios<sup>(249)</sup>. Disminuyendo así también el estrés y aumentando la percepción de salud y el bienestar emocional tras el parto. Y para que estos profesionales formen parte, como un componente más, de la red de apoyo de la gestante, que en la actualidad está formada principalmente por las mujeres de su familia<sup>(250)</sup>.

Durante el proceso del parto, y siguiendo con los cuidados integrales, continúa siendo de gran importancia la información adecuada y precisa intraparto para ayudar a mitigar la incertidumbre y el malestar psíquico tras el nacimiento. Por ello, las salas de parto y los servicios de dilatación deberían ser entornos profesionales y seguros, pero con un ambiente de confianza y positividad<sup>(232,235)</sup>. Incluso en el puerperio inmediato sería relevante contar con un buen sistema de cribado para trastornos emocionales y con vías de derivación hacia profesionales expertos, como parte de la asistencia clínica integral durante el posparto. Así como indica el organismo británico National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)<sup>(251)</sup>.

Y en el seguimiento puerperal en Atención Primaria, del mismo modo, debería existir una herramienta de cribado y unas correctas vías de derivación ante resultados positivos para problemas de tipo emocional. Así como las visitas sanitarias posparto de la mujer no deberían limitarse a 6 semanas, sino estar basadas en las condiciones de salud física y mental de cada mujer, ya que algunas condiciones de salud, como los problemas psicológicos y del ámbito de la sexualidad, no son evidentes en el puerperio temprano<sup>(129,252)</sup>. Al mismo tiempo que podrían ser de utilidad los grupos de apoyo tutelados por una matrona, para resolver dudas sobre crianza y lactancia materna, como principales factores de estrés en el posparto<sup>(130,136,175,176)</sup>.

Pero en la sociedad multicultural en la que vivimos, la formación de estos grupos de apoyo debe realizarse siempre desde un conocimiento de los valores y creencias culturales de las mujeres que los conforman, y debe tenerse en cuenta además el significado que para cada grupo cultural tiene la maternidad<sup>(173)</sup>. La gestación, el nacimiento y la crianza están influidos por una visión particular del mundo impregnada por la cultura. Por ello son necesarias prácticas de cuidado respetuosas y coherentes para cada individuo, familia y comunidad, sean cuales sean sus creencias culturales.

Y por otra parte, el Cuestionario NuPCI es un instrumento válido y de fácil aplicación según nuestros resultados. Éste tiene una clara utilidad para conocer la frecuencia de uso de 3 importantes estrategias de afrontamiento ante el estrés

prenatal, dirigido y enfocado específicamente a mujeres gestantes. Pero para un mayor conocimiento de estas técnicas, son necesarios estudios longitudinales que estudien su evolución a lo largo de la maternidad. Sobre todo las estrategias de evitación por sus efectos evidentemente perjudiciales para la salud física y sobre todo para la salud emocional de las madres.

Y por último, el personal médico y de enfermería debería conocer los complejos sistemas psicológicos de adaptación fisiológica a las transiciones vitales, para promover desde ahí la salud. Y facilitar intervenciones de enfermería efectivas desde la búsqueda de soluciones, enfocadas hacia las necesidades que se den a lo largo de todo el proceso de gestación y posparto<sup>(126,253)</sup>.

## 8. CONCLUSIONES

---

- La salud percibida de las mujeres tras el parto tiene características diferentes a la que presentan las mujeres en edad fértil de la población de referencia. Y además, sigue una evolución lógica desde el inicio del embarazo hasta 3 meses después del nacimiento. Nuestra investigación aporta datos que ayudan a explicar y a comprender mejor este periodo puerperal desde su inicio.
- Casi la totalidad de las mujeres puérperas describen su salud como buena, muy buena o excelente.
- Las dimensiones de salud percibida peor valoradas en el puerperio inmediato son el Rol Físico, la Vitalidad y el Dolor.
- Casi dos tercios de las mujeres han sufrido estrés durante el embarazo.
- El Cuestionario NuPCI es un instrumento de fácil aplicación, con características psicométricas válidas y adecuadas para estudiar 3 estrategias de afrontamiento, diferentes entre sí y conceptualmente interpretables, durante la maternidad.
- La estrategia de afrontamiento con Preparación-Planificación fue la que con mayor frecuencia emplearon las mujeres durante la gestación.
- La salud percibida se ve influenciada por el estrés prenatal y por las estrategias de afrontamiento con evitación, además de por el malestar emocional sufrido durante el embarazo. La presencia de estas 3 respuestas psicológicas hace

disminuir la percepción de salud de las mujeres en el puerperio inmediato.

- En el puerperio, la única variable relacionada con el trabajo de parto que influye en la salud percibida es el inicio del mismo mediante inducción. Estas mujeres presentan una disminución en la autovaloración de su salud física.
- Una información adecuada y un seguimiento protocolizado de la gestación, podrían disminuir el estrés percibido y el malestar psicológico durante el embarazo, aumentando así la percepción de salud que tienen las mujeres tras el parto, tanto física como psicológica.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

---

- (1) Girón Daviña P. Los determinantes de la salud percibida en España. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
- (2) Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Evaluation in the clinic of health-related quality of life: the COOP/WONCA cartoons. *Aten Prim* 2002;29(6):378-384.
- (3) Serrano Gallardo P, Lizán Tudela L, Díaz Olalla J, Otero A. Reference population values of the Spanish version of the COOP/WONCA charts of quality of life in an urban adult population. *Med Clin (Barc)* 2009;132(9):336-343.
- (4) Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2005 Jan;20(1):45-51.
- (5) Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Cross-cultural adaptation of a health-related quality of life measurement: the Spanish version of the COOP/WONCA cartoons. *Aten Prim* 1999;24(2):75-82.
- (6) Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Las viñetas COOP/WONCA. Un instrumento para evaluar la calidad de vida y la salud. *Monografías Sanitarias Serie E* 2003;42:48.

- (7) Pandierna C, Fernández C, González A. Quality of life in terminal oncological patients measured by the QL-CA-AFEX. *Psicothema* 2002;14:1-8.
- (8) Shin D, Johnson D. Avowed happiness as and overall assessment of the quality of life. *Soc Indic Res* 1978;5:475-492.
- (9) Guarino L, Borrás S, Scremín F. Diferencias individuales como predictoras de la salud y calidad de vida percibida en embarazadas. *Pensamiento Psicológico* 2012;10(2):135-148.
- (10) Levi L, Anderson L. La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México, DF.: El Manual Moderno; 1980.
- (11) Guarino L. Emotional sensitivity, coping, health and perceived quality of life during pregnancy. *Psicol Salud* 2010;20(2):179-188.
- (12) Guarino L, Scremín F, Borrás S. Emotional style, health and perceived quality of life in pregnant. *SUMMA Psicológica UST* 2010;7(1):79-90.
- (13) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

- (14) Cabañero Martínez M, Richart Martínez M, Cabrero García J, Orts Cortés M, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B. Reliability and validity of the satisfaction with life scale of Diener in pregnant and puerperium women. *Psicothema* 2004;16(3):448-455.
- (15) Smith K, Avis N, Assmann S. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a metaanalysis. *Qual Life Res* 1999;8:447-459.
- (16) Fernandes WC, Kimura M. Health related quality of life of women with cervical cancer. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010;18(3):360-367.
- (17) Ashing-Giwa K, Tejero J, Kim J, Padilla G, Kagara-Singer M, Tucker M, et al. Cervical cancer survivorship in a population based sample. *Gynecol Oncol* 2009;112(2):358-364.
- (18) Schytt E, Waldenstrom U. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *J Womens Health* 2007 Apr;16(3):390-405.
- (19) Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician service and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol* 1997;50(5):517-528.
- (20) Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37.



- (21) Goldman N, Gleit D, Chang M. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health. *Ann Epidemiol* 2004;14(1):49-57.
- (22) Singh-Manoux A, Martikainen P, Ferrie J, Zins M, Marmot M, Goldberg M. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(4):364-372.
- (23) Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Guallar Castellón P, López E, Santa Olalla Peralta P. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clin (Barc)* 2004;123(16):606-610.
- (24) Aida F, Silva A, Reis V, Carneiro A, Carneiro Cotta S. A study on the quality of life in ischaemic vascular accidents and its relation to physical activity. *Rev Neurol* 2007;45(9):518-522.
- (25) Fernández M, Morán J, Gómez S, Aguilera A, Campos A, Cabezón Ruiz S, et al. Quality of life in patients with vasovagal syncope. Clinical parameters influence. *Med Clin (Barc)* 2003;121(7):245-249.
- (26) González Cañas E, Giménez Gaibar A, Bellmunt Montoya S, Real-Gatius J, Vallespín Aguado J, Hospedales Salomó J, et al. Study of the medium term quality of life in patients with critical ischaemia. *Angiología* 2007;59(1):19-27.
- (27) Morata Crespo A, Domínguez Aragón A. Quality of life after a cardiac rehabilitation program. *Rehabilitación* 2007;41(5):214-219.

- (28) Morcillo Serra C. Utility of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire for Assessing Quality of Life in Heart Failure Patients. *Rev Esp Cardiol* 2007;60(10):1093-1096.
- (29) Pinheiro de Melo E, Lopes Ferreira P. Quality of life 2 years after coronary revascularization. *Enferm Clin* 2007;17(6):309-317.
- (30) Pujol Campi E, Berga C, Nolla Benavent M, Olona M. Health education reinforcement in patients aged more than 65 years with intermittent claudication. *Enferm Clin* 2004;14(1):7-11.
- (31) Vinaccia Alpi S, Fernández H, Amador O, Tamayo R, Vásquez A, Contreras F, et al. Quality of Life, Anxiety and Depression in Patients Diagnosed with Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Terapia Psicológica* 2005;23(2):65-74.
- (32) Flores L, Garde C, Ortiz Hurtado H, Artajona A, Díaz de Liaño Argüelles, A., Yárnoz C, et al. Quality of life after laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *Cir Esp* 2005;77(1):31-35.
- (33) Bijlenga D, Koopmans C, Birnie E, Mol B, van der Post J, Bloemenkamp K, et al. Health-related quality of life after induction of labor versus expectant monitoring in gestational hypertension or preeclampsia at term. *Hypertens Pregnancy* 2011;30(3):260-274.

(34) Bijlenga D, Boers K, Birnie E, Mol B, Vijgen S, Van der Post J, et al. Maternal health-related quality of life after induction of labor or expectant monitoring in pregnancy complicated by intrauterine growth retardation beyond 36 weeks. *Qual Life Res* 2011;20(9):1427-1436.

(35) Dubernard G, Piketty M, Rouzier R, Houry S, Bazot M, Darai E. Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Hum Reprod* 2006;21:1243-1247.

(36) Finch A, Metcalfe KA, Chiang J, Elit L, McLaughlin J, Springate C, et al. The impact of prophylactic salpingo-oophorectomy on quality of life and psychological distress in women with a BRCA mutation. *Psycho-oncol* 2013 Jan;22(1):212-219.

(37) Hahn S, Janssen O, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M, et al. Clinical and psychological correlates of quality of life in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol* 2005;153:853-860.

(38) Koopmans C, Bijlenga D, Groen H, Vijgen S, Aarnoudse J, Bekedam D, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): A multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374(9694):979-988.

(39) Mautner E, Greimel E, Trutnovsky G, Daghofer F, Egger JW, Lang U. Quality of life outcomes in pregnancy and postpartum complicated by hypertensive

disorders, gestational diabetes, and preterm birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009 Dec;30(4):231-237.

(40) Reitsma ML, Vandenkerkhof EG, Johnston SL, Hopman WM. Does health-related quality of life improve in women following gynaecological surgery? *J Obstet Gynaecol Can* 2011 Dec;33(12):1241-1247.

(41) Cagayan M, Llarena R. Quality of life of gestational trophoblastic neoplasia survivors: a study of patients at the Philippine General Hospital trophoblastic disease section. *J Reprod Med* 2010;55(7-8):321-326.

(42) Herce J, Rollón Mayordomo A, Polo J. Quality of life in long-term oral cancer survivors and comparison with reference values of Spanish people. *Med Clin (Barc)* 2007;128(18):692-696.

(43) Batista Braga VA, Almeida PC, Vall J. Central neuropathic pain and its relation to the quality of life of a person with a traumatic spinal cord injury. *Rev Neurol* 2006;42(9):525-529.

(44) Delgado-Mendilívar JM, Navarro Mascarell G, Fernández Torrico JM, Cadenas Díaz JC, Izquierdo G. A study of the quality of life in cases of multiple sclerosis. *Rev Neurol* 2005;41(5):257-261.

- (45) Freitas Fregonezi G, Regiane-Resqueti V, Pradas J, Vigil L, Casan P. The Relationship Between Lung Function and Health-Related Quality of Life in Patients With Generalized Myasthenia Gravis. *Arch Bronconeumol* 2006;42(5):218-224.
- (46) Katati M, Santiago Ramajo S, Pérez García M, Escamilla Sevilla F, Mínguez Castellanos A, Martín Linares J, et al. Quality of life in intracranial aneurysm: surgery versus endovascular treatment. *Neurocirugía* 2006;17(4):325-332.
- (47) Alfaro Cuenca A, Beltrán Redondo M, Gallego Jordán B, Martín Piñero M, Romero Espinosa E, Sidrach de Cardona García, V. In line HDF in our patients: quality of life and functional capacity. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2006;9(3):158-163.
- (48) Álvarez-U de Cotera F, Rebollo Alvarez P. Psychological disturbances and deterioration of health-related quality of life of patients with stage 3-5 chronic kidney disease (not on dialysis). *Nefrología* 2008;28(Supl 3):57-62.
- (49) Contreras F, Esguerra Pérez G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Quality of life and treatment compliance in patients with chronic renal insufficiency under hemodialysis treatment. *Univ Psychol* 2006;5(3):487-500.
- (50) Pérez San Gregorio M. Health related quality of life evolution in Kidney transplanted patients. *Nefrología* 2007;27(5):619-626.

(51) Reina Neyra M, Cirera Segura F, Martín Espejo J. Health Perceived by Patients in CAPD and APD. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2008;11(2):102-109.

(52) Durán Cantolla J, Mar J, Rivero Arias O, De la Torre Muñecas G, Alonso Álvarez ML, Gaminde Inda I. Effect on quality of life of nCPAP treatment in patients with obstructive sleep apnea. *Med Clin (Barc)* 2005;125(16):611-615.

(53) Vinaccia Alpi S, Quiceno J, Fernández H, Pérez B, Sánchez G O, Londoño A. Health related quality of life and perceived social support in patients with diagnosis of pulmonary tuberculosis. *An Psicol* 2007;23(2):245-252.

(54) Álvarez Silvares E, de Diego Suárez M, Almazán Ortega R, González González A, Rodríguez Núñez R. Influence of low-risk pregnancy on self-perceived health-related quality of life in pregnant women. *Prog Obstetric Ginecol* 2008;51(1):4-14.

(55) Drescher K, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(5):1231-1233.

(56) Grau A, Font Mayolas S, Gras Pérez M, Suñer R, Noguera J. Health related quality of life and tobacco consumption. *Psychosocial Intervention* 2007;16(1):79-92.

- (57) 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;107:798-806.
- (58) Naseem K, Khurshid S, Khan SF, Moeen A, Farooq MU, Sheikh S, et al. Health related quality of life in pregnant women: a comparison between urban and rural populations. *J Pak Med Assoc* 2011 Mar;61(3):308-312.
- (59) Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper L, Strobino D, Powe N, et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the health status in pregnancy (HIP) study. *Matern Child Health J* 2009;13:577-587.
- (60) Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009 Jan;9:4.
- (61) Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. Accessed 19 may, 2013. Available at: <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.
- (62) Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Barcelona. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

(63) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2003. Accessed 18 Jun, 2011. Available at: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.

(64) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2006. Accessed 18 Jun, 2011. Available at: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.

(65) Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Accessed 18 Jun, 2011. Available at: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.

(66) Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Accessed 18 Jun, 2011. Available at: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.

(67) Alonso J, Prieto L, Antó J. The Spanish version of the SF-36 Health Survey: a measure of clinical outcomes. *Med Clin (Barc)* 1995;104:771-776.

(68) Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Population-based reference values for the Spanish version of the Health Survey SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998;111(11):410-416.



- (69) Martínez-Salgado H, Gallegos-Carrillo K, Durán Arenas L, Salinas-Escudero G. Towards a mexican normative standard for measurement of the Short Format 36 health-related quality of life instrument. *Salud Pública Mex* 2004;46(4):306-315.
- (70) Olsen K, Dahl S. Health differences between European countries. *Soc Sci Med* 2007;64:1665-1678.
- (71) Permanyer Miralda G, Vilagut G, Rebollo Alvarez P, Rajmil L, Alonso J, Quintana J, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gac Sanit* 2005;19(2):135-150.
- (72) Hammoudeh W, Mataria A, Wick L, Giacaman R. In search of health: quality of life among postpartum Palestinian women. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009 Apr;9(2):123-132.
- (73) Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2000;15(2):187-224.
- (74) Johanson da Silva L, Rangel da Silva L. Changes in the life and in the body: Experiences before the pregnancy in the affective perspective of parents. *Esc Anna Nery* 2009;13(2):393-401.
- (75) Meleis A, Sawyer L, Im E, Hilfinger Messias D, Shumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle - range theory. *Adv Nurs Sci* 2000;23(1):12-18.

- (76) Morling B, Kitayama S, Miyamoto Y. American and Japanese women use different coping strategies during normal pregnancy. *Per Soc Psychol Bul* 2003;29:1533-1546.
- (77) Wedel H, Wall M, Maftum M. The Women's Feelings in Transition Pregnancy-Puerperium. *Rev Nurs Bra* 2008 Nov;11(126):501-506.
- (78) McVeigh C. Anxiety and functional status after childbirth. *Aust Coll Midwives Inc J* 2000;13(1):14-18.
- (79) Kiehl E, White M. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden, and the United States. *Scand J Caring Sci* 2003;17(2):96-103.
- (80) Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga G. Posttraumatic stress disorder on childbirth: pregnancy, birth and postpartum. *Matronas Prof* 2007;1:12-19.
- (81) Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986.
- (82) Hamilton J, Lobel M. Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *J Psychosom Obst Gyn* 2008;29(2):97-104.
- (83) CM Grao Castellote. *El perfil de salud de Nöttinghan y el cuestionario de salud SF-36 como instrumentos de medicina de la calidad de vida en mujeres gestantes*. Valencia: Universitat de València; 2002.

- (84) Glynn L, Schetter C, Hobel C, Sandman C. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychol* 2008;27(1):43-51.
- (85) Schytt E, Hildingsson I. Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sex Reprod Healthc* 2011 Apr;2(2):57-64.
- (86) Bonomi A, Cannon E, Anderson M, Rivara F, Thompson R. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse Negl* 2008;32(7):693-701.
- (87) Jerant A, Arellanes R, Franks P. Health status among US Hispanics: ethnic variation, nativity, and language moderation. *Med Care* 2008;46(7):709-717.
- (88) Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: a population based study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;26(1):63-72.
- (89) Sumner LA, Valentine J, Eisenman D, Ahmed S, Myers H, Wyatt G, et al. The influence of prenatal trauma, stress, social support, and years of residency in the US on postpartum maternal health status among low-income Latinas. *Matern Child Health J* 2011 Oct;15(7):1046-1054.

- (90) Fernández-Abascal E, Jiménez Sánchez M, Martín Díaz M. Emoción y motivación. La adaptación humana. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2009.
- (91) Lorén Guerrero L, Millán Barreiro MP. Lives and experiences of motherhood. A review of biographical stories. Arch Memoria 2011 [Accessed 22 Jun, 2012];8(fasc 3):Avaiable at: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/memoria/8/7511.php>.
- (92) Reeve J. Motivación y emoción. Madrid: McGraw-Hill; 1994.
- (93) Lazarus R. Universal antecedents of the emotions. In: Ekman P, Davidson R, editors. The nature of emotion: fundamental questions. New York: Oxford University Press; 1994. p. 163-171.
- (94) Beltrán Jiménez B, Ortiz Acosta R. Depressive symptoms, perceived emotional intelligence and ways of coping among pregnant women. Anxiety Stress 2011;17(2-3):255-264.
- (95) Castellanos-Cabañas G, Gascón-Buendía A, Lapeña-Moñux Y, López-De Castro F, Pozo-Mula S, Rodríguez Rojas M. Anxiety and depression in pregnancy. Rev Presencia 2011;7(13).
- (96) Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. Midwifery 2011;27:553-559.

- (97) Horta Esper L, Furtado E. The association of stressful events and psychiatric morbidity in pregnant women. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2010;6(3):368-386.
- (98) Góngora Rodríguez P, Pantí Simá S. Ansiedad durante el embarazo. *Desarrollo Científ Enferm* 2010;18(7):289-292.
- (99) Kafali H, Derbent A, Keskin E, Simavli S, Gözdemir E. Effect of maternal anxiety and music on fetal movements and fetal heart rate patterns. *J Matern-Fetal Neo M* 2011 Mar;24(3):461-464.
- (100) Allison S, Stafford J, Anumba D. The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC Womens Health* 2011 Jul;11:33.
- (101) Christian L. Physiological reactivity to psychological stress in human pregnancy: Current knowledge and future directions. *Prog Neurobiol* 2012;99(2):106-116.
- (102) Nepomnaschy P, Welch K, McConnell D, Low B, Strassmann B, England B. Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *P Natl Acad Sci Usa* 2006;103(10):3938-42.
- (103) Dunkel-Shetter C, Gurung R, Lobel M, Wadhwa P. Stress responses in pregnancy and birth: psychological, biological and sociocultural influences. In:

Baum A, Revenso T, Singer J, editors. Handbook of health psychology. Hillsdale, New York: Erlbaum; 2001. p. 495-518.

(104) Rice F, Thapar A. The impact of gestacional stress and prenatal growth on emotional problems in offspring:a review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:171-183.

(105) Saunders T, Lobel M, Veloso C, Meyer B. Prenatal maternal stress is associated with delivery analgesia and unplanned cesareans. *J Psychosom Obst Gyn* 2006;27(3):141-146.

(106) Gallois T, Wendland J, Tordjman S. Prenatal stress effects on fetus and perinatal variables: a critical review of the literature. *Evol Psychiatr* 2012;77(2):291-301.

(107) Van den Bergh B, Mulder E, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev* 2005;29(2):237-258.

(108) Dick Read G. *Childbirth without fear*. New York: Harper; 1944.

(109) Hurtado F, Donat F, Escrivá P, Poveda C, Ull N. The experience of delivery: women's strategies to face it. *C Med Psicosom* 2003;66:32-45.

(110) Lederman E, Lederman R, Work B, McCann D. Maternal psychological and physiologic correlates of fetal newborn health status. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:956-958.

- (111) Ryding E, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77(5):542-7.
- (112) Aguilar Ruiz C, Nazar Beutelspacher A, Salvatierra Izaba B, Mariaca Méndez R, Estrada Arévalo A. Perceived morbidity and prenatal attention in marginalized women of Chiapas, Mexico. *Población y Salud en Mesoamérica* 2006;4(1).
- (113) Graham J, Lobel M, Stein DeLuca R. Anger after childbirth: an overlooked reaction to postpartum stressors. *Psychol Women Quart* 2002;26:222-233.
- (114) Bloom T, Curry MA, Durham L. Abuse and psychosocial stress as factors in high utilization of medical services during pregnancy. *Issues Ment Health Nurs* 2007 Aug;28(8):849-866.
- (115) Marc I, Toureche N, Ernst E, Hordnett E, Blanchet C, Dodin S, et al. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety (Review). *Cochrane Database of Systematic Review* 2011;7(Art No. CD007559).
- (116) Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001;108(5):492-498.
- (117) López-Ibor Aliño J, Valdés Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.

- (118) Cosmides L, Tooby J. Evolutionary psychology and the emotions. In: Lewis M, Haviland-Jones J, editors. Handbook of emotions. 2<sup>a</sup> ed. New York: Guilford Press; 2000. p. 91-115.
- (119) Peláez F, Veá J. Etología. Bases biológicas de la conducta animal y humana. Madrid: Pirámide; 1997.
- (120) Marín Morales D, Bullones Rodríguez M, Carmona Monge F, Carretero Abellán M, Moreno Moure M, Peñacoba Puente C. Influence of psychological factors on pregnancy, childbirth and puerperium. A longitudinal study. Nure Inv 2008. Accessed 10 Apr, 2013;37:Available at: [http://www.nureinvestigation.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/proy\\_emb37210200893951.pdf](http://www.nureinvestigation.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proy_emb37210200893951.pdf).
- (121) Lobel M, Yali A, Zhu W, DeVincent C, Meyer B. Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in High-Risk Pregnancy. Psychol Health 2002;17(1):77-95.
- (122) Gohm C, Clore G. Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping and attributional style. Cognition Emotion 2002;16:495-518.
- (123) Scheier M, Carver C, Bridges M. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. J Pers Soc Psychol 1994;67(6):1063-1078.



- (124) Yali A, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *J Psychosom Obst Gyn* 1999;20(1):39-52.
- (125) Moyer C, Yang H, Kwawukume Y, Gupta A, Zhu Y, Koranteng I, et al. Optimism/pessimism and health-related quality of life during pregnancy across three continents: a matched cohort study in China, Ghana and the United States. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:39-49.
- (126) Canaval GE, Jaramillo CD, Rosero DH, Germán Valencia M. Transition theory and women's health from pregnancy to post-delivery. *Aquichan* 2007;7(1):8-24.
- (127) World Health Organization. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1998.
- (128) Ansara D, Cohen M, Gallop R, Kung R, Schei B. Predictors of women's physical health problems after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005;26:115-125.
- (129) Cheng C, Li Q. Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Womens Health Iss* 2008 Jul-Aug;18(4):267-280.
- (130) Escuriet Peiró R, Martínez Figueroa L. Health problems and causes of concern perceived by mothers, in postpartum, before the hospital discharge. *Matronas Prof* 2004;5(15):30-35.

- (131) Arteaga Galobardes D, Serrano Monzó I. Asistencia a la mujer con problemas de salud en el puerperio (I): hemorragias posparto. *Matronas Prof* 2003;4(11):26-29.
- (132) Arteaga Galobardes D, Serrano Monzó I. Asistencia de la matrona a la mujer con problemas de salud durante el puerperio (II): infecciones, alteraciones tromboembólicas y problemas de salud mental. *Matronas Prof* 2003;4(12):34-41.
- (133) Tosal Herrero B, Richart Martínez M, Luque Plaza M, Gutiérrez L, Pastor García R, Cabrero García J, et al. Gastro-intestinal signs and symptoms during pregnancy and childbirth in a sample os Spanish women. *Aten Prim* 2001;28:53-58.
- (134) Declercq E, Sakala C, Corry M, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association; 2002.
- (135) Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health* 2006 Jul-Aug;51(4):242-248.
- (136) Thompson J, Roberts C, Currie M, Ellwood D. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002;29(2):83-94.
- (137) Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG* 2005;112(2):210-217.

- (138) Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: Results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:156-161.
- (139) Lydon-Rochelle M, Holt V, Martin D. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15:232-240.
- (140) Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs* 2007;16(3):549-561.
- (141) Tulman L, Fawcett J, Groblewski L, Silverman L. Changes in functional status after childbirth. *Nurs Res* 1990;39:70-75.
- (142) Dwenda K, Gjerdingen M, Bruce A. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *Ann Fam Med* 2003;16(4):304-311.
- (143) Pitangui ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano AMS. Measurement and characteristics of perineal pain in primiparous undergoing episiotomy. *Acta Paul Enferm* 2009;22(1):77-82.
- (144) Health Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Ontario, Ottawa: Minister of Public Works and Government Services; 2000.

- (145) American College of Obstetricians and Gynecologists, American Academy of Pediatrics. Guidelines for Perinatal Care. 5<sup>a</sup> ed. Washington, DC, and Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics; 2002.
- (146) Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J, McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 2006 Sep;33(3):210-220.
- (147) Lau Y WD. Are concern for face and willingness to seek help correlated to early postnatal depressive symptoms among Hong Kong Chinese women? A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2008 Jan;45(1):51-64.
- (148) Dalfra MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A, QLISG (Quality of Life Italian Study Group). Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. *Qual Life Res* 2012 Mar;21(2):291-298.
- (149) Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Prim* 1996;3:138-214.
- (150) Ruiz C, Hernández B, Hernández E. Coping strategies in relation with stress due indoor residential noise. *Medio Ambient Comport Hum (Psychology)* 2004;5(1-2):133-152.

- (151) Lobel M, Stein DeLuca R. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med* 2007;64:2272-2284.
- (152) Goldberg D, Williams P. Cuestionarios de salud general = GHQ (General Health Quality): Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson; 1996.
- (153) Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 2ª ed. Barcelona: Edimac; 1999.
- (154) Balmón Cruz C, Dorado Primo J. The detection and prevalence of psychopathological morbidity: an epidemiologic study in Primary Care. *An Psiquiat* 2005;21(2):82-87.
- (155) Medical Outcomes Trust. Puntuación del Cuestionario de Salud SF-36. Versión española (España). Boston: Medical Outcomes Trust; 1996.
- (156) Bobes J, Paz M, Bascarán M, Sáiz P, Bousoño M. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q). In: Bobes J, Paz M, Portilla M, Bascarán M, Sáiz P, Bousoño M, editors. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Ars Médica; 2006. p. 183-192.
- (157) Otchet F, Carey M, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol* 1999;94:935-941.

(158) Hueston W, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998;47:209-212.

(159) Watson PE, McDonald BW. Activity levels in pregnant New Zealand women: relationship with socioeconomic factors, well-being, anthropometric measures, and birth outcome. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007 Aug;32(4):733-742.

(160) Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012 Nov;12:138.

(161) Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC, Essink-Bot ML, Beckers EA, Karsdrop VH, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:579-584.

(162) Fang L, Hung CH. Couples' postpartum health status. *J Clin Nurs* 2012 Sep;21(17-18):2538-2544.

(163) Fernández-Abascal E. El Estrés. In: Fernández-Abascal E, Jiménez Sánchez M, Martín Díaz M, editors. *Emoción y motivación. La adaptación humana*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces; 2009. p. 963-1016.

(164) Seyle H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill; 1956.

- (165) Sicilia P, Martínez M. Autoeficacia profesional y estrés laboral percibido: el papel de la formación en la percepción de autoeficacia para afrontar el estrés en la organización. *Rev Gest Pública Priv* 2010;15:103-119.
- (166) Elsenbruch S, Benson S, Rütke M, Dudenhausen J, Pincus-Knachstedt M, Klapp B, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod* 2007;22(3):869-877.
- (167) Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nurs Res* 2006;55(5):356-365.
- (168) Gao L, Chan S, Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Res Nurs Health* 2009;32:50-58.
- (169) Campos B, Dunkel-Schetter C, Abdou C, Hobel C, Glynn L, Sandman C. Familialism, social support and stress: positive implications for pregnant Latinas. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008;14(2):155-162.
- (170) Levy-Shiff R, Lerman M, Har-Even D, Hod M. Maternal adjustment and infant outcome in medical defined high-risk pregnancy. *Dev Psychol* 2002;38:93-103.

- (171) Martínez González AE, Piqueras Rodríguez JA, Inglés Saura CJ. Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *REME* 2011;14(37):1-24.
- (172) Sánchez-Núñez M, Latorre Postigo J. Emotional intelligence and family environment. *Behav Psychol* 2012;20(1):103-117.
- (173) Laza Vásquez C, Cárdenas F. A look at care during pregnancy from the transcultural nursing. *Rev Cubana Enfermer* 2008;24(3-4).
- (174) Mestre J, Güil R, Guillén C. Family warmth and perceived emotional intelligence. *Encuentros Psicol Soc* 2003;5:291-292.
- (175) Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* 2011;27:237-242.
- (176) Emmanuel E, Creedy D, Fraser J. What mothers want: a postnatal survey. *Aus J Midw* 2001;14(4):16-20.
- (177) Blasco AM, Monedero MC, Alcalde TJ, Criado SC, Criado EF, Abehsera BM. Stress, anxiety and depression among pregnant women managed in the Gynecological Psychosomatic Unit of the Maternity Hospital of Malaga (Spain). *Prog Obstetric Ginecol* 2008;51(6):334-341.



- (178) Lau Y, Yin L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. *Midwifery* 2011;27:668-673.
- (179) Green J, Kafetsios K, Statham H, Snowden C. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol* 2003;8:753-764.
- (180) Descher K, Monga M, Williams O, Promecene-Cook P, Scneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(5):1231-1233.
- (181) Glynn L, Wadhwa P, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Sandman C. When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:637-642.
- (182) Mayer J, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter D, editors. *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators*. New York: Basic Books; 1997. p. 3-31.
- (183) Mayer J, Salovey P, Caruso D. Models of emotional intelligence. In: Sternberg R, editor. *Handbook of intelligence*. New York: Cambridge University Press; 2000. p. 396-420.

- (184) Sánchez Aragón R, Cruz Martínez LM, Carrasco Chávez E. Semantic configuration of emotional regulation, control, coping and emotional intelligence. *Rev Elctron Motiv Emocion* 2009;11(31).
- (185) Ciarrochi J, Forgas J, Mayer J. Emotional intelligence in everyday life. USA: Psychology Press, Taylor & Francis Group; 2001.
- (186) Berrios Martos MP, Pulido Martos M, Augusto Landa JM, López Zafra E. Emotional intelligence and sense of humor as predictors of subjective well-being. *Psicol Conduct* 2012;20(1):211-227.
- (187) Salanova M, Grau MR, Martínez M. Job demands and coping behaviour: the moderating role of professional self-efficacy. *Psicothema* 2005;17(3):390-395.
- (188) MacCann C, Fogarty G, Zeidner M, Roberts R. Coping mediates the relationship between emotional intelligence (EI) and academic achievement. *Contemp Educ Psychol* 2011;36:60-70.
- (189) Limonero JT, Tomás Sábado J, Fernández Castro J, Gómez Romero MJ, Ardilla Herrero A. Resilient coping strategies and emotion regulation: predictors of life satisfaction. *Psicol Conduct* 2012;20(1):183-196.
- (190) Extremera N, Fernández-Berrocal P. Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychol Rep* 2002;91:47-59.

- (191) Escott D, Slade P, Spiby H, Phil M, Fraser R. Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery* 2005;21:278-291.
- (192) Peñacoba Puente C, Carmona Monge FJ, Marín Morales D, Naber K. Coping strategies of Spanish pregnant women and their impact on anxiety and depression. *Res Nurs Health* 2013;36(1):54-64.
- (193) Penley J, Tomaka J, Wiebe J. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med* 2002;6:551-603.
- (194) Compass B, Connor-Smith J, Saltzman H, Harding A, Wadsworth M. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychol Bull* 2001;1:87-127.
- (195) Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Review* 2001;3(Art No. CD001055).
- (196) Doz Mora J, Gasulla Pascual G, Cárceles Jurado S, Guerrero Bartolín I, Tintó Padró A, Prat Asensio C, et al. Evolution of tobacco habits during pregnancy and postpartum period. *Aten Prim* 2004;34(9):465-471.

- (197) Silva J, Ferreira E, Medeiros M, Araujo M, Silva A, Viana E. Assessment of psychosocial adaptation to pregnancy in Brazilian pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011;33(8):182-187.
- (198) Quezada Berumen L, González Ramírez M. Relationship between depression, stress and stressors in pregnant teenagers under different marital status conditions. *SUMMA psicologica UST* 2011;8(2):31-38.
- (199) Ano G, Vasconcelles E. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *J Clin Psychol* 2005;61:461-480.
- (200) Pargament K, Koenig H, Perez L. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000;56:519-543.
- (201) Scherwitz L, Perkins L, Chesney M, Hughes G, Sidney S, Manolio T. Hostility and health behaviours in young adults: The CARDIA Study Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *Am J Epidemiol* 1992;136:136-145.
- (202) Siegler I, Peterson B, Barefoot J, Williams R. Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at mid-life. *Am J Epidemiol* 1992;136:146-154.
- (203) Verdoux H, Sutter A, Glatingny-Dallay E, Minisini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the Matquit cohort. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:212-219.

- (204) Jomeen J, Martin C. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J Psychosom Res* 2005;59:131-138.
- (205) Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, Chung EK, Bennett IM, Culhane JF. Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth* 2008 Sep;35(3):179-187.
- (206) Terre L, Poston W, Foreyt J, St Jeor S. Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression? *Psychother Psychosom* 2003;72:261-267.
- (207) Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *Br J Obstet Gynecol* 2000;107:1194-1201.
- (208) Whisman MA, Davila J, Goodman SH. Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *J Fam Psychol* 2011 Jun;25(3):375-383.
- (209) Fredrickson B. What good are positive emotions? *Rev Gen Psychol* 1998;2:300-319.
- (210) Heh SS, Fu YY. Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *J Adv Nurs* 2003 Apr;42(1):30-36.
- (211) Lumley J, Watson L, Small R, Brown S, Mitchell C, Gunn J. PRISM (Program of Resources, Information and Support for Mothers): A community-randomised trial

to reduce depression and improve women's physical health six months after birth. BMC Public Health 2006;6:37-50.

(212) McVeigh C. Satisfaction with social support and functional status after childbirth. MCN-Am J Matern Chil 2000;25(1):25-30.

(213) Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. BMC Pregnancy Childbirth 2012 Jun;12:55.

(214) Ryff C, Singer B. The role of emotion on pathways to positive health. In: Davidson R, Scherer K, Goldsmith H, editors. Handbook of Affective Sciences. New York: Oxford University Press; 2003. p. 1083-1104.

(215) Mercer R. Adopción del rol materno. In: Marriner A, Raile M, editors. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier Science; 2003. p. 468.

(216) Eilat-Tsanani S, Merom A, Romano S, Reshef A, Lavi I, Tabenkin H. The effect of postpartum depression on Women's consultations with physicians. Isr Med Assoc J 2006;8:406-410.

(217) Leeners B, Rath W, Kuse S, Neises M, Neumaier-Wagner P. Satisfaction with medical information in women with hypertensive disorders in pregnancy. J Psychosom Res 2006;60:39-44.

- (218) Rubin R. Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- (219) Wijma K. Why focus on "fear of childbirth"? J Psychosom Obst Gyn 2003;24:141-143.
- (220) Khatun M, Clavarino A, Callaway L, Alati R, Najman J, Williams G, et al. Common symptoms during pregnancy to predict depression and health status 14 years postpartum. Int J Gynaecol Obstet 2009;104(3):214-217.
- (221) Fylkesnes K, Forde O. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. Soc Sci Med 1992;35(3):271-279.
- (222) Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Jul;7(Art No. CD007201).
- (223) Uvnas-Moberg K. Oxitocina: la hormona de la calma, el amor y la sanación. Barcelona: Obelisco; 2009.
- (224) Bugg G, Siddiqui F, Thornton J. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Jun;7(Art No. CD007123).

- (225) Glazener C, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell I. Postnatal maternal morbidity: Extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:282-287.
- (226) Häger R, Daltveit A, Hofoss D, Nilsen S, Kolaas T, Oian P, et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(2):428-434.
- (227) Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: The International Randomized Term Breech Trial. *J Amer Med Assoc* 2002;287:1822-1831.
- (228) Karacam Z, Eroglu K. Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *J Adv Nurs* 2003 Aug;43(4):384-394.
- (229) Adams S, Eberhard-Gran M, Snadvik A, Eskild A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. *BJOG* 2012;119(3):298-305.
- (230) Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23(1):31-39.
- (231) Melender H. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth. *Birth* 2002;29:101-111.



(232) Thomas J, Paranjothy S, James D. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *BMJ* 2004 Mar;328:665.

(233) Moraes LMP, Cardoso MVL, Oriá MOB, Silveira IP. Normal delivery or cesarian? An avaluation from the client's perception. *Rev Rene* 2001;2(2):87-93.

(234) Haines HM, Hildingsson I, Pallant J, Rubertsson C. The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013 Jul;42(4):428-41.

(235) Flacking R, Ewald U, Nyqvist K, Starrin B. Trustful bonds: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med* 2006;62(1):70-80.

(236) Varela Ruiz F, Requena M, Torres Garrido M. Morbidity among pregnant women of advanced age. *Med Fam (And)* 2002;3(1):29-32.

(237) Carmona Monge F, Marín Morales D, Peñacoba Puente C, Carretero Abellán I, Moreno Moure M. Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. *An Psicol* 2012;28(2):338-343.

(238) Leighton A. Culture and psychiatry. *Can J Psychiatry* 1981;26(8):522-529.

- (239) Llácer A, Zunzunegui M, Del Amo J, Mazarrasa L, Bolumar F. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrant's health. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(Suppl 2):4-10.
- (240) Leininger M. *Transcultural nursing concepts, theories, research and practices*. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 1995.
- (241) Tiran D, Chummun H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 2004 8;10(3):162-167.
- (242) Homer C, Passant L, Brodie P, Kildea S, Leap N, Pincombe J, et al. The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery* 2009;25:673-681.
- (243) Jones C, Creedy D, Gamble J. Australian midwives' attitudes towards care for women with emotional distress. *Midwifery* 2012;28:216-221.
- (244) Salinas-Martínez A, Martínez-Sánchez C, Pérez-Segura J. Perception of common symptomatology during pregnancy, puerperium and breastfeeding. *Salud Pública Mex* 1991;33:248-258.
- (245) Ortiz Villanueva L, García Varela AB. The influence of maternal education in a group of woman. *Nure Inv* 2013. Accessed 12 Jun 2012;10(63):Available at:

[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/NURE63\\_proyecto\\_educamat.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE63_proyecto_educamat.pdf).

(246) Lorén Guerrero L, Sánchez Gil M, Bernardos Lázaro P. Educación Maternal. In: Castán Mateo S, Tobajas J, editors. Obstetricia para matronas: guía práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2013. p. 61-68.

(247) Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database of Systematic Review 2007 Jul;3(Art No. CD002869).

(248) Lavander T, Walkinshaw S. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. Birth 1998;25:215-219.

(249) Symon A, McGreavey J, Picken C. Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. BJOG 2003;110:865-868.

(250) NICE Clinical Guideline 45. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.

(251) McGovern P, Downd B, Gjerdingen D, Gross C, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. Ann Fam Med 2006;4:159-167.

(252) Aktan NM. Functional status after childbirth and related concepts. Clin Nurs Res 2010 May;19(2):165-180.

## 10. ANEXOS

---

### ANEXO 1: REGISTRO DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº Participante: \_\_\_\_\_

Edad materna: \_\_\_\_\_

Embarazos: \_\_\_\_ Partos vaginales: \_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_

---

Tipo de dilatación: Espontánea  Inducción

Tipo de parto: Normal  Instrumentado  Cesárea

Analgesia epidural deseada: Sí  No  NS/NC

Analgesia epidural administrada: Sí  No  NS/NC

---

Tipo de habitación: Individual  Doble

Duración (h): Pródromos \_\_\_\_ Dilatación \_\_\_\_ Expulsivo \_\_\_\_

Lactancia materna: Sí  No  NS/NC

Ingreso del recién nacido Sí  No  NS/NC

Nidos  UCI Neonatal  Traslado

---

¿Qué le hace llorar?

¿Qué le hace ser feliz?

¿Qué le duele?

---

## **ANEXO 2: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4)**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal y como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

### **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1.- En general, usted diría que su salud es:

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Excelente | 4 <input type="checkbox"/> Regular |
| 2 <input type="checkbox"/> Muy buena | 5 <input type="checkbox"/> Mala    |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena     |                                    |

2.- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1  Mucho mejor ahora que hace un año
- 2  Algo mejor ahora que hace un año
- 3  Más o menos igual que hace un año
- 4  Algo peor ahora que hace un año
- 5  Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED  
PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

12.- Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí misma**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada



LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS  
ACTIVIDADES COTIDIANAS

13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

15.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)?

1  Sí

2  No

18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)?

1  Sí

2  No

19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)?

1  Sí

2  No

20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1  Nada

4  Bastante

2  Un poco

5  Mucho

3  Regular

21.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1  No, ninguno

4  Sí, moderado

2  Sí, muy poco

5  Sí, mucho

3  Sí, un poco

6  Sí, muchísimo

22.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1  Nada

4  Bastante

2  Un poco

5  Mucho

3  Regular

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN  
IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.  
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO  
USTED.

23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió llena de vitalidad?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

24.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nerviosa?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

25.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmada y tranquila?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

27.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimada y triste?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

29.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotada?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansada?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre      | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces   |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca           |

32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre       | 4 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre  | 5 <input type="checkbox"/> Nunca           |
| 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces |  |

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES

FRASES

33.- Creo que me pongo enferma más fácilmente que otras personas.

1  Totalmente cierta

4  Bastante falsa

2  Bastante cierta

5  Totalmente falsa

3  No lo sé

34.- Estoy tan sana como cualquiera.

1  Totalmente cierta

4  Bastante falsa

2  Bastante cierta

5  Totalmente falsa

3  No lo sé

35.- Creo que mi salud va a empeorar.

1  Totalmente cierta

4  Bastante falsa

2  Bastante cierta

5  Totalmente falsa

3  No lo sé

36.- Mi salud es excelente

1  Totalmente cierta

4  Bastante falsa

2  Bastante cierta

5  Totalmente falsa

3  No lo sé

### ANEXO 3: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28)

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas marcando en el recuadro la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

#### ÚLTIMAMENTE

A. 1.- ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- |  |   |
|--|---|
| 0 <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | 2 <input type="checkbox"/> Peor que lo habitual       |
| 1 <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual |

2.- ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

3.- ¿Se ha sentido agotada y sin fuerzas para nada?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

4.- ¿Ha tenido la sensación de que estaba enferma?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

5.- ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

6.- ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

7.- ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

B. 1.- ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

2.- ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

3.- ¿Se ha notado constantemente agobiada y en tensión?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

4.- ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

5.- ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

6.- ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

7.- ¿Se ha notado nerviosa y “a punto de explotar” constantemente?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto        | 2 <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual    |

C. 1.- ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupada y activa?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> Más activa que lo habitual | 2 <input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual |
| 1 <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual      | 3 <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual    |

2.- ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> Más rápido que lo habitual | 2 <input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual       |
| 1 <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual      | 3 <input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual |

3.- ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual    | 2 <input type="checkbox"/> Peor que lo habitual       |
| 1 <input type="checkbox"/> Aproximadamente lo mismo | 3 <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual |
- que lo habitual

4.- ¿Se ha sentido satisfecha con su manera de hacer las cosas?

- |   |  |
|---|--|
| 0 <input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual | 2 <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual       |
| 1 <input type="checkbox"/> Aproximadamente lo mismo       | 3 <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |
- que lo habitual

5.- ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual | 2 <input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual       |
| 1 <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual    | 3 <input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual |

6.- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- |  |  |
|--|--|
| 0 <input type="checkbox"/> Más que lo habitual   | 2 <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual       |
| 1 <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |

7.- ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- |  |  |
|--|--|
| 0 <input type="checkbox"/> Más que lo habitual   | 2 <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual       |
| 1 <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual | 3 <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |



D. 1.- ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?

- 0  No, en absoluto                      2  Bastante más que lo habitual  
1  No más que lo habitual            3  Mucho más que lo habitual

2.- ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- 0  No, en absoluto                      2  Bastante más que lo habitual  
1  No más que lo habitual            3  Mucho más que lo habitual

3.- ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- 0  No, en absoluto                      2  Bastante más que lo habitual  
1  No más que lo habitual            3  Mucho más que lo habitual

4.- ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- 0  Claramente, no                      2  Se me ha cruzado por la mente  
1  Me parece que no                    3  Claramente lo he pensado

5.- ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- 0  No, en absoluto                      2  Bastante más que lo habitual  
1  No más que lo habitual            3  Mucho más que lo habitual

6.- ¿Ha notado que desea estar muerta y lejos de todo?

- 0  No, en absoluto                      2  Bastante más que lo habitual  
1  No más que lo habitual            3  Mucho más que lo habitual

7.- ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

- 0  Claramente, no                      2  Se me ha cruzado por la mente  
1  Me parece que no                    3  Claramente lo he pensado

## **ANEXO 4: CUESTIONARIO NUPCI: INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO PRENATAL**

1.- En el pasado mes, ¿cuál ha sido el aspecto más estresante de estar embarazada para usted? (Apunte la respuesta)

2.- ¿Cómo de estresante ha sido su embarazo durante el último mes? ¿qué diría usted?

0  Nada de estresante

1  Algo de estresante

2  Muy estresante

A continuación tiene una lista de cosas que las mujeres embarazadas a veces hacen para tratar de hacer frente a las tensiones y retos del embarazo. A veces, nuestros intentos de hacer frente a una situación estresante o para sentirnos mejor nos dan buenos resultados, pero en otras ocasiones no nos dan buenos resultados.

Para cada cosa que tiene en la lista que a continuación se le expone, por favor, marque sobre la línea con qué frecuencia ha intentado usarla durante este último mes para enfrentarse con las tensiones y retos de estar embarazada, aunque no haya dado buenos resultados.

Utilice para ello una de las siguientes respuestas:

0	1	2	3	4
Nunca	Casi Nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo

0	1	2	3	4
Nunca	Casi Nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo

- 1.- \_\_\_\_ ¿Se ha imaginado cómo va a ser el parto?
- 2.- \_\_\_\_ ¿Ha hablado con gente de cómo es criar a un niño?
- 3.- \_\_\_\_ ¿Se ha comparado a sí misma con mujeres que tienen un embarazo más difícil?
- 4.- \_\_\_\_ ¿Se ha desahogado de sus frustraciones con otras personas?
- 5.- \_\_\_\_ ¿Les ha hecho preguntas a médicos y enfermeras/matronas sobre el parto?
- 6.- \_\_\_\_ ¿Ha leído la biblia o un misal?
- 7.- \_\_\_\_ ¿Ha tratado de no comunicarles a otras personas sus sentimientos sobre el embarazo?
- 8.- \_\_\_\_ ¿Se ha recordado a sí misma que ha pasado peores momentos en su vida?
- 9.- \_\_\_\_ ¿Ha tratado de centrarse en lo importante de la vida?
- 10.- \_\_\_\_ ¿Ha dormido para eludir problemas?
- 11.- \_\_\_\_ ¿Ha pensado en cómo serán las cosas después de nacer el bebé?
- 12.- \_\_\_\_ ¿Ha hecho planes para arreglárselas en el parto?
- 13.- \_\_\_\_ ¿Ha pasado tiempo o ha hablado con alguien que acaba de tener un bebé?
- 14.- \_\_\_\_ ¿Ha hecho planes para comprar ropa de bebé o complementos?
- 15.- \_\_\_\_ ¿Ha tratado de enfocarse en los aspectos positivos de su embarazo en vez de en los aspectos negativos?
- 16.- \_\_\_\_ ¿Ha rezado para pedir fuerza o valor para pasar su embarazo?
- 17.- \_\_\_\_ ¿Ha obtenido consejos y comprensión de alguien en cuanto a su embarazo?  
[Si es AFIRMATIVO: ¿De quién en particular?] \_\_\_\_\_
- 18.- \_\_\_\_ ¿Ha intentado no pensar en el parto?
- 19.- \_\_\_\_ ¿Ha pasado tiempo con otras mujeres embarazadas o ha hablado con ellas?
- 20.- \_\_\_\_ ¿Se ha dicho a sí misma que las cosas podrían ir peor?
- 21.- \_\_\_\_ ¿Ha tomado una bebida alcohólica para sentirse mejor?

0	1	2	3	4
Nunca	Casi Nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo

- 22.- \_\_\_\_\_ ¿Se ha sentido afortunada de ser mujer y poder experimentar el embarazo?
- 23.- \_\_\_\_\_ ¿Ha planeado cómo usted u otra persona va a cuidar al bebé?
- 24.- \_\_\_\_\_ ¿Se ha imaginado o ha fingido ser la madre de un recién nacido?
- 25.- \_\_\_\_\_ ¿Ha tratado de evitar leer o escuchar historias sobre el parto?
- 26.- \_\_\_\_\_ ¿Ha deseado, estando embarazada, que el parto ya hubiera pasado?
- 27.- \_\_\_\_\_ ¿Ha tratado de sentirse mejor comiendo?
- 28.- \_\_\_\_\_ ¿Ha planeado cambios en el número de horas que trabaja, o en las cosas que hace en el trabajo? [Si es AFIRMATIVO] ¿Qué cambios? \_\_\_\_\_
- 29.- \_\_\_\_\_ ¿Ha fumado un cigarrillo para sentirse mejor?
- 30.- \_\_\_\_\_ ¿Ha pensado en mujeres embarazadas que lo pasan mejor que usted?
- 31.- \_\_\_\_\_ ¿Ha tratado de mantenerse aparte de otras personas?
- 32.- \_\_\_\_\_ ¿Ha dado un paseo o ha hecho ejercicios para sentirse mejor?
- 33.- \_\_\_\_\_ ¿Ha rezado para que todo vaya bien en el parto?
- 34.- \_\_\_\_\_ ¿Ha hablado con familiares o amigos sobre cómo es dar a luz?
- 35.- \_\_\_\_\_ ¿Ha pensado que el estar embarazada ha mejorado su vida?
- 36.- \_\_\_\_\_ ¿Ha rezado para que el bebé nazca sano?
- 37.- \_\_\_\_\_ ¿Ha deseado no estar embarazada?
- 38.- \_\_\_\_\_ ¿Ha tratado de impedir que sus sentimientos sobre el embarazo estorbaran cosas que tenía que hacer?
- 39.- \_\_\_\_\_ ¿Ha pensado que el tener un bebé le hacía realizar un sueño u objetivo de toda la vida?
- 40.- \_\_\_\_\_ ¿Ha usado alguna droga para sentirse mejor?
- 41.- \_\_\_\_\_ ¿Ha ido a la Iglesia, Sinagoga, Mezquita, u otro sitio para rezar?
- 42.- \_\_\_\_\_ ¿Ha leído o mirado algo sobre el parto que indicaba cómo sería?

## **ANEXO 5: DOCUMENTO DE INFORMACIÓN A LAS PARTICIPANTES**

### *EVALUACIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL*

Investigadora principal: Laura Lorén Guerrero (EIR Matrona) Contacto: [laurica10\\_03@hotmail.com](mailto:laurica10_03@hotmail.com)

Se va a llevar a cabo una investigación en el Hospital Clínico Universitario con colaboración de la Universidad de Zaragoza. *El objetivo de la investigación es conocer el nivel de salud tanto física como psicológica de las mujeres tras el parto. Por otra parte, estudiar cómo y en qué medida las mujeres se han preparado para el nacimiento. Y además, se intentarán descubrir áreas de salud que puedan mejorarse y que de este modo permitan aumentar la calidad asistencial.*

Para ello, los participantes deben cumplimentar un formulario con datos sociodemográficos. Dos cuestionarios sobre salud percibida acerca de cómo se ha sentido usted estos últimos días. Y, por último, uno más sobre cómo se ha preparado para el nacimiento. El tiempo necesario será de 10 minutos aproximadamente.

El rechazo o la participación no conlleva ningún riesgo para usted ni para su familia y su colaboración es totalmente voluntaria y altruista pudiendo retirarse en cualquier momento. El proyecto no tiene fuente de financiación alguna y los datos son confidenciales (Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley 41/02 de Autonomía del Paciente). En caso de ser válidos para otras investigaciones se volvería a solicitar su consentimiento para tal caso.

Para agradecerle su participación, recibirá en su domicilio por correo ordinario las principales conclusiones obtenidas. Si acepta participar, firme el Consentimiento Informado. Muchas gracias por su colaboración.

## **ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN**

### *EVALUACIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN UN HOSPITAL*

#### *DE TERCER NIVEL*

Investigadora principal: Laura Lorén Guerrero

Se está llevando a cabo un estudio de investigación para conocer la percepción de la salud que las mujeres tienen tras el parto en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. El objetivo de dicha investigación es averiguar el nivel de salud tanto física como psicológica de las mismas y, por otra parte, estudiar cómo y en qué medida las mujeres se han preparado para el nacimiento. Además, se intentarán descubrir áreas de salud que puedan mejorarse y que de este modo permitan aumentar la calidad asistencial.

Este estudio cumple los requisitos enunciados en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. También cumple lo expuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Yo, la participante, he recibido suficiente información sobre el estudio, he entendido la información que se me ha dado y he podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con la investigadora y comprendo que mi participación es voluntaria, comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante :

Firma del investigador:

## ANEXO 7: PERMISO DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL PARA LA CONSULTA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS PARTICIPANTES.

34

 **GOBIERNO DE ARAGON**  
Departamento de Salud y Consumo

 **salud**  
servicio aragonés de salud

### ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DE FINALIDAD DE USO EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

D/Dña: LAURA LOREN GUERRERO con DNI 72984981-R domiciliado en, ZARAGOZA dependiente de la institución HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" con título de proyecto "PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PUERPERIO INMEDIATO EN UN HOSPITAL DE 3ER. NIVEL", asume que está sujeto al deber de secreto con respecto a los datos a los que tenga acceso y, por tanto, estará obligado a no reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información a la que pueda tener conocimiento con motivo de la realización de un proyecto de investigación dentro del Sector Zaragoza III. Solo podrán divulgarse, en medios y con fines exclusivamente científicos los resultados derivados de los objetivos propios de la investigación, aunque siempre asegurando que no existe posibilidad alguna, bien directa o indirectamente, de identificar personalmente a los pacientes

El solicitante se reconoce con capacidad para obligarse a cumplir el presente Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación de Información en base a las siguientes **ESTIPULACIONES:**

**Primera.-** El solicitante únicamente podrá utilizar la información para fines ligados a la realización del proyecto de investigación, comprometiéndose a mantener la más estricta confidencialidad de la información, aún después de la conclusión de dicho proyecto.

**Segunda.-** Que, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, el acceso a la Historia Clínica con fines de investigación obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

**Tercera.-** En caso de que la información resulte revelada o divulgada por cualquier medio (impreso, gráfico, electrónico, etc.) por el solicitante, de cualquier forma distinta del objeto de este Acuerdo, ya sea de carácter doloso o por mera negligencia, será responsable de acciones civiles o penales en su contra emprendidas por la autoridad correspondiente.

**Cuarta.-** El solicitante se obliga a devolver la información en cualquier momento en el supuesto que existiere un cese de la relación entres ambas partes por cualquier motivo.

**Quinta.-** El presente Acuerdo entrará en vigor en el momento de la firma por ambas partes, extendiéndose su vigencia de forma indefinida.

En Zaragoza a 4 de JUNIO de. 2012

Firma de la Dirección   
LA DIRECTORA DE HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DIRECCIÓN  
Fdo:   
Fdo: ROSARIO CABEZUDO VALLÉS

Firma del Solicitante  
  
Fdo: Laura Loren Guerrero

## ANEXO 8: PERMISO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS DE ARAGÓN (CEICA).

**GOBIERNO DE ARAGON**  
Departamento de Salud y Consumo

**Informe Dictamen Favorable**  
**Proyecto Investigación Biomédica**  
C.P. - C.I. PI11/0020  
20 de abril de 2011

**CEIC Aragón (CEICA)**

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

**CERTIFICA**

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 20/04/2011, Acta N° CP09/2011 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

**Título: Percepción de la calidad de los cuidados durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato en un hospital de tercer nivel.**  
**Investigador:** Laura Lorén Guerrero

**Versión Protocolo: marzo 2011**  
**Versión Hoja Información al Paciente:** v. 2 de abril de 2011

**1º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

**2º.** Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 20 de abril de 2011

Fdo:

  
Dña. María González Hinjos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón  
Avda Gómez Laguna 25 · Zaragoza · 50009 · Zaragoza · España  
Tel. 976 71 48 57 · Fax. 976 71 55 54 · Correo electrónico: mgonzalezh.ceic@aragob.es

Página 1 de 1



