3 ANSIEDAD Y MIEDOS DE LAS GESTANTES ANTE EL PARTO: LA IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN

| Inmaculada De Molina-Fernández[1]; Lourdes Rubio-Rico[2]; Alba Roca-Biosca[3]; María Jimenez-Herrera[4]; Miriam De la Flor-Lopez[5]; Agustina Sirgo[6] |

RESUMEN

El embarazo, a nivel fisiológico y emocional, es percibido de forma diferente por cada mujer según la personalidad y/o contexto asistencial en que se encuentre. Algunas gestantes ante la inminencia del parto, podrían presentar estados de ansiedad y miedos, que algunos autores relacionan con resultados obstétricos y neonatales desfavorables.

El objetivo del estudio fue conocer el nivel de ansiedad y miedos ante el parto de 78 gestantes, en relación al Apgar, peso del neonato, la percepción del dolor de parto y la forma de finalizar el mismo y valorar diferentes instrumentos de detección. Se midió la variable ansiedad con el Cuestionario Ansiedad-Estado de Spielberg y con una Escala Visual Analógica, con la que se midió también la percepción del dolor y su alivio. Para medir los miedos se confeccionó un cuestionario ad hoc.

Los resultaron mostraron que un 30% de las mujeres presentaron un nivel de ansiedad alto, aun así, esto no condicionó la forma de finalizar el parto (p-valor: .983) y el Apgar al nacer (p-valor: .869); pero si se relacionó significativamente la ansiedad con mayor miedo al dolor de parto (p-valor: .041) y una peor valoración del tratamiento para su alivio.

Una detección adecuada y sistemática de la ansiedad con una Escala Visual Analógica, sencilla y fácil de aplicar, permitiría a matronas y enfermeras identificar a las mujeres susceptibles de cuidados específicos dirigidos a disminuir la ansiedad y el miedo y así mejorar su experiencia ante el parto.

DESCRIPTORES: **Ansiedad; Miedos; Dolor; Parto**

RESUMO

"Ansiedade e medos das gestantes diante do parto: A importância da sua detecção"

A gravidez, a nível fisiológico e emocional, é percebida de forma diferente por cada mulher de acordo com a personalidade e/ou contexto assistencial em que se encontra. Algumas gestantes, diante da iminência do parto, poderiam apresentar estados de ansiedade e medos que alguns autores relacionam com resultados obstétricos e neonatais desfavoráveis.

O objetivo do estudo foi conhecer o nível de ansiedade e medos frente ao parto de 78 gestantes, com relação ao Apgar, peso do feto, a percepção da dor do parto e a forma de finalizá-lo e valorar diferentes instrumentos de medida. A variável ansiedade se mediu com o Questionário de Ansiedade-Estado de Spielberg e com uma Escala Visual Analógica se mediu também a percepção da dor e o seu alivio. Para medir os medos se elaborou um questionário ad hoc.

Os resultados mostraram que 30% das mulheres apresentaram um nível de ansiedade alto, mesmo assim, isto não condicionou a forma de finalizar o parto (p-valor: .983) e o Apgar ao nascer (p-valor: .869); porém se relacionou significantemente a ansiedade com um maior medo da dor do parto (p-valor: .041) e uma pior valoração do tratamento para o seu alivio.

Uma detecção adequada e sistemática da ansiedade com uma Escala Visual Analógica, simples e fácil de aplicar, permitiria a parteiras e enfermeiras identificar as mulheres suscetíveis de cuidados específicos direcionados a diminuir a ansiedade e o medo e assim melhorar a sua experiência diante do parto.

PALAVRAS-CHAVE: **Ansiedade; Medos; Dor; Parto**

ABSTRACT

"Anxiety and fear in expectant mothers before childbirth: The importance of screening"

Physiologically and emotionally, pregnancy is perceived differently by different women and can depend on Pregnancy is perceived in different manners by each woman and might depend on their personality and the health-care healthcare context. Just before childbirth just before delivery, some expectant mothers may feel anxious and afraid, anxiety and fear feelings that some authors have associated with unfavourable obstetric and neonatal results.

The aims of the study were to evaluate various measuring instruments and to understand the levels of anxiety and fear of childbirth in 78 expectant mothers, with particular reference to the Apgar score, the weight of the newborn, the perception of the pain involved in childbirth and the type of delivery. The variable anxiety was measured with Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory and a visual analogue scale, which was also used to measure the perception of pain and its relief. Fear was measured using an ad-hoc questionnaire.

The results showed that 30% of women presented a high level of anxiety. This did not affect the type of delivery (p value: .983) or the Apgar score at birth (p value: .869). However, it was significantly associated with a greater fear of pain (p value: .041) and a worse assessment of treatment for pain relief. Appropriate and systematic screening for anxiety with a simple, easy-to-use analogical visual scale would allow matrons and nurses to identify women who may need specific care to reduce their levels of anxiety and fear, and, therefore, improve their experience of childbirth.

KEYWORDS: **Anxiety; Fear; Pain; Childbirth**

Submetido em 20-02-2015
Aceite em 30-05-2015

1 CNM; MSN; PhD; Enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona), Master en Ciencias de la Enfermeria; Profesora en la Universidad Rovira i Virgili – Facultad de Enfermeria, Avinguda Catalunya, 35, 43002 Tarragona, España, inmaculada.demolina@urv.cat
2 MSN; PhD; Enfermera; Master en Ciencias de la Enfermeria; Profesora en la Universidad Rovira i Virgili – Facultad de Enfermeria, Tarragona, España, lourdes.rubio@urv.cat
3 MSN; Enfermera; Master en Ciencias de la Enfermeria; Profesora en la Universidad Rovira i Virgili – Facultad de Enfermeria, 43002 Tarragona, España, alba.roca@urv.cat
4 MSN; PhD; Enfermera; Master en Ciencias de la Enfermeria; Profesora en la Universidad Rovira i Virgili – Facultad de Enfermeria, España, maria.jimenez@urv.cat
5 MD; PhD; Médica ginecóloga en el Hospital Joan XXIII de Tarragona; Profesora en la Universidad Rovira i Virgili – Facultad de Medicina, miriamdelaflor@gmail.com
6 PhD; Psicóloga; Profesora en la Universidad Rovira i Virgili – Facultad de Medicina, 43002 Tarragona, España, asirgo@grupsagessa.com

Citação: De Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 17-32.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud (OMS) en su Declaración de Fortaleza, dictó, las principales recomendaciones de lo que debía ser la atención a la maternidad en todo el mundo. Atención centrada en la premisa de que los factores sociales, emocionales y psicológicos eran fundamentales y complementaban una atención perinatal de calidad (Organización Mundial de la Salud, 1985).

Desde un punto de vista psicológico, el embarazo en la mujer, se considera un momento crítico, ya que las adaptaciones que éste requiere, pueden alterar su equilibrio emocional y generar en ella estados de tensión, ansiedad y/o miedo, emoción, ésta última, presente en aproximadamente un 20% de las gestaciones (Kjaergaard, Wijma, Dykes, & Alehagen, 2008). En los últimos años, han aparecido investigaciones en relación al efecto, que la presencia de estos estados emocionales negativos, pueden tener sobre la evolución del embarazo y el desarrollo del feto, como por ejemplo, la sensación de descontrol y/o dolor excesivo de la mujer durante el parto (García-Rodríguez, 2011), el incremento de la dificultad para la dilatación, con partos más prolongados y un mayor número de cesáreas (Hurtado, Donat, Escrivá, Poveda, & Ull, 2003) y el incremento de recién nacidos pre término y con bajo peso al nacer (Glynn, Schetter, Hobel, & Sandman, 2008), entre otros.

Diversos autores, han planteado la posibilidad de utilizar cuestionarios especificos, para la detección de la ansiedad o miedos ante el parto. En este sentido, se han desarrollado "The Cambridge Worry Scale (CWS)", escala que mide las preocupaciones de las mujeres ante el parto desde una perspectiva global, y que ha sido recientemente adaptada a nuestro entorno (Carmona-Monge, Marín-Morales, Peñacoba-Puente, Carretero-Abellán, & Moreno-Moure, 2012), la Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire measures pre and postpartum fear of childbirth y la Delivery Fear Scale measures fear during labor (Wijma, Alehagen, & Wijma, 2002), entre otras.

Por otro lado, son utilizadas en nuestro entorno escalas que valoran la ansiedad, no específicas al ámbito obstétrico: como por ejemplo la Escala Visual Analógica (EVA) y/o el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg, State-Trait Anxiety Inventory (STAI). El STAI, comprende 2 escalas separadas de autoevaluación, que miden dos conceptos independientes como son la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo (Spielberg, Gorsuch, & Lushene, 2011).

Dicho cuestionario fue utilizado, recientemente en una investigación en la que se relacionaban los niveles de ansiedad durante la gestación y/o parto, con morbilidad materna y/o fetal y el modo de finalizar el parto entre otros (Hernández-Martínez, Val, Murphy, Busquets, & Sans, 2011). La EVA permite a la mujer registrar su opinión sobre el nivel de ansiedad o nerviosismo que presenta previo al parto. Es intuitiva y fácil de usar por la población general (Huskisson, 1974).

Los objetivos planteados en esta investigación fueron: en primer lugar conocer el nivel de ansiedad y miedos de un grupo de gestantes ante el parto y relacionarlo con la forma de finalizar el parto, el Apgar, el peso de los niños al nacer y la percepción del dolor, entre otras variables, para por último, valorar la utilización del STAI y la EVA como instrumentos de detección y/o cribaje de la ansiedad en gestantes.

METODOLOGÍA

El diseño de esta investigación fue descriptivo, longitudinal, analítico y prospectivo. En el hospital, donde se desarrolló la investigación, se atienden los partos de riesgo de la provincia de Tarragona (Cataluña, España). Se incluyeron en el estudio a mujeres que se encontraban, en su tercer trimestre de gestación, entre Octubre del 2011 y Marzo del 2012. La recogida de los datos se realizó en dos momentos: durante el último trimestre de la gestación y a partir de las 24 horas del postparto, durante su ingreso en el hospital. Las mujeres cumplimentaron en la gestación datos socio-demográficos y clínicos relativos a su embarazo y se les midió el nivel de ansiedad con dos instrumentos: el cuestionario STAI estado (STAI-AE) y una EVA y tras el parto, se recogieron datos clínicos relativos al parto y postparto y datos clínicos del neonato (sexo, Apgar y peso) mediante un cuestionario adhoc autocumplimentable. Con una EVA las mujeres valoraron el dolor percibido en el parto y el alivio del mismo tras la administración de tratamiento. Para terminar se les invitaba a que hicieran una valoración sobre una lista de once posibles miedos que tal vez tuvieron o sintieron durante su parto, invitándoles a que los cuantificaran según una escala de 0 a 3 elaborada, adhoc, a partir de los miedos que resultaron más representativos y que fueron verbalizados por las mujeres participantes en un estudio piloto previo a esta investigación. El cálculo de la muestra se realizó con el software EPIDATv3.1 aceptando un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 95%. Se calculó que se necesitaban un mínimo de 71 mujeres gestantes, calculando un 10% de pérdidas.

El muestreo fue no probabilístico accidental.

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas (N) y relativas (%), y las cuantitativas no-normales mediante la mediana y los percentiles 25 y 75, (P25 y P75, respectivamente). Para determinar la dependencia entre dos variables categóricas se aplicó la prueba estadística $\chi 2$. Para determinar diferencias entre grupos, se aplicó una prueba de Mann-Whitney. Se aplicó la corrección de Bonferroni en los p-valores cuando teníamos más de 2 grupos. Para determinar la relación entre dos variables cuantitativas no normales o scores se calculó el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) y su p-valor. Las variables significativas en el análisis univariante, se consideraron en el multivariante. Para determinar la relación entre dolor, ansiedad y el resto de variables, se aplicó una regresión lineal múltiple, con el método forward. El nivel de significación se estableció en un valor de $p \leq .05$ y el análisis de los datos se realizó con el software SPSSv15. Esta investigación, junto al estudio piloto previo: "Ansiedad y Miedos de las gestantes ante el parto", código de protocolo ANS-1 (ref. CEIC 14/2011) fue aprobada por el Comité Ético de Investigaciones Clínicas (CEIC) del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 78 mujeres gestantes, con una mediana de edad de 32 años (29-35), el 92,31% estaba casada o vivía en pareja y eran españolas el 87,18%; las mujeres procedentes de Sudamérica ocupaban el segundo lugar en cuanto a participación. Los antecedentes médicos que presentaron las mujeres fueron poco importantes y/o destacables, otros aspectos del perfil social y clínico de la muestra se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1 - Variables sociodemograficas y clínicas recogidas en la gestación

VARIABLES	CATEGORIAS	N	%
Estudios	No	2	2,56
	Primarios	25	32,05
	Bachiller	24	30,77
	Universitario	27	34,62
Nivel de riesgo de la gestación	Bajo	37	47,44
	Medio	17	21,79
	Alto	18	23,08
	Muy alto	6	7,69
Número de hijos previos	0	43	55,13
	1	27	34,62
	Más de 1	8	10,26
Partos prematuros previos	0	71	92,21
	1	5	6,49
	Más de 1	1	1,30
Asistencia a cursos educación maternal	Si	46	58,97
	No	32	41,03

En relación al nivel de ansiedad de las gestantes, para interpretar los resultados del STAI-AE, se obtuvieron primero las Puntuaciones Directas del Test (STAI PD), tras lo que estas fueron agrupadas, utilizando los percentiles 33 y 66 como puntos de corte, distribuyendo los resultados en tres niveles de ansiedad: bajo (por debajo del percentil 33), medio (entre los percentiles 33 y 66) y alto (por encima del percentil 66), tal como Hernández-Martinez et al (2011) aplicaron en su estudio con una población similar a la nuestra. A destacar que el 30,77% de nuestra muestra presentaba un nivel de ansiedad alto antes del parto (N:24; Mdn:30 ; P25:27-P75:34).

El cálculo del coeficiente de Spearman (Rho) mostró la existencia de correlación entre las 2 escalas utilizadas en la medición de la ansiedad antes del parto: el STAI-AE y la EVA de ansiedad (Rho: .50; pvalor <.005). Aspecto corroborado al realizar la regresión lineal múltiple con el método FORWARD, entre los dos instrumentos de medición; aquellas mujeres que puntuaban más alto en el EVA ansiedad previa al parto tenían a su vez valores más altos de STAI-AE (B = .12; 95% CI = .07-.16).

En relación a los datos clínicos obtenidos tras el parto, se constata que el 72,37% de los partos finalizó por vía vaginal (55,26% eutócicos, 15,79% fórceps y un 1,32% espátulas) y el 27,63% mediante cesárea. Tras el análisis univariante se observó que el nivel de ansiedad de las mujeres participantes en el estudio (escala EVA ansiedad previa al parto), no condicionó el tipo de parto (Mann-Whitney test pvalor= .98).

Los datos clínicos recogidos del neonato mostraron que el 95,65% tuvieron un Apgar a los 5 minutos >7, en el 4,35% de los casos el Apgar fue de entre 3 y 7 y en ningún caso el Apgar a los 5 minutos fue inferior a 3. No se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre los valores de Apgar de los recién nacidos (Apgar entre 3 y 7 (Mdn=5; P25=3; P75=8) y Apgar mayor de 7 (Mdn = 6; P25=5; P75=7)) y los niveles de ansiedad de sus madres (Mann-Whitney test pvalor= .86). Tampoco se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre los pesos de los neonatos y el nivel de ansiedad (el 82,89% de los neonatos tuvieron pesos en el rango de normalidad (2500-4000gr), aunque si se observó que las mujeres catalogadas en el STAI nivel alto eran las que tuvieron un mayor porcentaje de neonatos con pesos fuera del rango de la normalidad. En relación a la gestión del dolor y su tratamiento, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de niveles de ansiedad del STAI (bajo, medio, alto) y la intensidad máxima percibida del dolor en el parto.

Se administró analgesia al 85% de las mujeres del estudio y en el 95% de los casos la elegida fue la analgesia epidural. El 85,53% de las mujeres refirió no haber recibido información antes del parto sobre las técnicas analgésicas existentes, siendo el alivio del dolor un aspecto destacado como muy importante por el 93,42% de las gestantes. En relación a la valoración del tratamiento analgésico los resultados, reflejaron que las mujeres que habían acudido a los cursos de Educación Maternal en Atención Primaria (Mdn = 9; P25 = 5; P75 = 10), valoraban mejor "como se les había tratado el dolor" (Mann-Whitney test p-valor= .03), que en relación a las que no habían acudido (Mdn = 5; P25 = 0 ; P75 = 10); los resultados obtenidos también nos muestran que las mujeres que se situaban en el grupo STAI-AE nivel alto de ansiedad, valoraban peor el alivio del dolor tras la administración de analgesia (Tabla 2)

Tabla 2 - Relación entre nivel de ansiedad y alivio del dolor tras administrar analgésia

EVA dolor máximo durante el parto					p-valor *	p-valor **		
	N	Median	P25	P75		B - M	B - A	M - A
STAI-AE Bajo	27	8	7	10	.168	.198	.579	1,000
STAI-AE Med	25	9	8	10				
STAI-AE Alto	24	9	7	10				
EVA alivio dolor tras analgesia					p-valor *	p-valor **		
	N	Median	P25	P75		B - M	-	M - A
STAI-AE Bajo	26	9	5	10	.289	1,000	.384	.696
STAI-AE Med	24	9	3	10				
STAI-AE Alto	23	5	2	10				

* Kruskal-Wallis test

** Mann-Whitney test ajustado por Bonferroni

En relación a la valoración retrospectiva de los miedos percibidos durante el parto, se apreció una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad que presentaron las mujeres antes del parto y el miedo al dolor (las mujeres que presentaron mayores niveles de ansiedad antes del parto manifestaron sentir un mayor miedo al dolor en el parto (Rho: .235 p= .041) y miedo a que su hijo sufriera algún daño (Rho: .305; p= 0,007)). A su vez, las mujeres que verbalizaron sentir miedo ante el dolor, puntuaron más alto en la escala EVA de dolor en el parto (Rho: .545; p< .005) y valoraron peor la analgesia/tratamiento recibido para aliviarlo (Rho: -0,339; p= .003). (Tabla 3).

Tabla 3 - Miedos en relación a ansiedad, percepción del dolor y alivio tras analgesia

		Ansiedad EVA	Ansiedad STAI PD	Dolor EVA	Alivio dolor EVA	Conforme con analgesia EVA
Miedo al dolor en el parto	Rho	. 079	. 235	. 545	- . 025	- . 339
	p-valor	. 497	. 041	. 000	. 832	. 003
Miedo a la matrona	Rho	- . 095	- . 211	. 267	. 119	-.257
	p-valor	. 414	. 067	. 021	. 318	. 026
Miedo a los errores profesionales	Rho	- . 001	- . 204	. 090	- . 129	- . 259
	p-valor	. 996	. 075	. 439	. 278	. 024
Miedo a que su hijo sufra algún daño	Rho	. 305	. 056	. 058	. 152	. 096
	p-valor	. 007	. 631	. 618	. 198	. 409
Miedo a no controlar la situación	Rho	. 035	- .062	. 209	- . 107	- . 230
	p-valor	. 766	. 597	. 072	. 370	. 046

En este sentido también se puede apreciar que el miedo a la anestesia, al anestesista y a tener dolor durante el parto fue algo más frecuente en el grupo de mujeres con los niveles de ansiedad más altos, aun no siendo estas diferencias estadísticamente significativas.(Tabla 4)

.

Tabla 4 - Relación entre miedos y niveles de ansiedad

MIEDOS		STAI-AE BAJO		STAI-AE MEDIO		STAI-AE ALTO		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
A la anestesia	Nada	11	40,74	6	23,08	8	33,33	. 657
	Algo	9	33,33	12	46,15	6	25,00	
	Bastante	5	18,52	5	19,23	6	25,00	
	Mucho	2	7,41	3	11,54	4	16,67	
Al anestesista	Nada	15	55,56	13	52,00	16	66,67	. 226
	Algo	10	37,04	9	36,00	3	12,50	
	Bastante	2	7,41	1	4,00	4	16,67	
	Mucho	0	0,00	2	8,00	1	4,17	
Al dolor durante parto	Nada	6	23,08	1	3,85	3	12,50	. 365
	Algo	7	26,92	7	26,92	3	12,50	
	Bastante	8	30,77	11	42,31	11	45,83	
	Mucho	5	19,23	7	26,92	7	29,17	

Por último, aunque el nivel de satisfacción de las mujeres tras el parto fue alto, al hacer la comparativa entre los tres grupos (nivel de ansiedad bajo, medio y alto), se observa que el grupo de mujeres situadas en el STAI-AE nivel alto, presentaron peores resultados en cuanto a niveles de satisfacción, aún siendo estos resultados no estadísticamente significativos (mujeres poco o nada satisfechas: 3,70% nivel ansiedad bajo; 4% nivel ansiedad medio y 8,33% nivel ansiedad alto; $\chi 2$ p-valor: .396) .

DISCUSIÓN

El 30,77% de las mujeres del estudio presentó niveles de ansiedad altos antes del parto y en este sentido nuestros resultados coinciden con los de Hurtado et al. (2003), que en su investigación constataron que aunque en la mayoría de las mujeres estudiadas los niveles de ansiedad eran normales, en un 32,6% de los casos aparecieron niveles marcados y en un 6,5% de los casos estos niveles fueron elevados; datos que a su vez, coinciden con la revisión realizada por Alder, Fink, Bitzer, Hösli, and Holzgreve (2007), que refiere una prevalencia de un 6,6% de trastornos importantes de ansiedad durante la gestación, trastornos que por otro lado relaciona como importantes predictores de la depresión postparto.

En otro sentido, a pesar de que la literatura describe que la ansiedad tendría una influencia negativa sobre los resultados obstétricos, fetales y perinatales (Glynn et al., 2008; Hernández-Martínez et al., 2011), los resultados obtenidos en nuestra investigación muestran que los niveles de ansiedad preparto de las mujeres no se asociaban con el tipo de parto, el Apgar o el peso de los niños de forma significativa, al igual que se publicó en otros estudios (Berle, Mykletun, Daltveit, Rasmussen, Holsten & Dahl, 2005; Wu, Viguera, Riley, Cohen, & Ecker, 2002). A destacar que estos resultados contradictorios entre los diferentes estudios, podrían deberse, según una reciente revisión Cochrane, a aspectos tales como el escaso tamaño de la muestra y/o debilidades metodológicas (Marc et al., 2011). En este sentido comentar que en el estudio de Hernandez-Martinez et al. (2011) se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad, el modo de finalización del parto y el peso al nacer de los niños, siendo los niveles de ansiedad-estado de su muestra, inferiores a los hallados en nuestro hay que resaltar en este sentido que en ese estudio a diferencia del nuestro, el cuestionario STAI-AE, que evalúa los niveles de ansiedad previos al parto, respecto a los resultados perinatales, se les administraba retrospectivamente, en el postparto, aspecto que podría explicar los niveles de ansiedad más bajos de su población, con respecto a la nuestra. En nuestro estudio se muestra el STAI-AE como un cuestionario adecuado para medir el nivel de ansiedad previo al parto, coincidiendo con lo expuesto en otros trabajos (Hernández-Martínez et al., 2011). También se ha comprobado que las dos escalas utilizadas en el estudio STAI-AE y la escala EVA de ansiedad correlacionaban fuertemente.

Por otro lado, y aunque no se pudo establecer relación estadísticamente significativa en nuestro estudio entre las variables ansiedad y dolor, podemos constatar que de forma indirecta los resultados obtenidos demostraron relación entre el nivel de ansiedad y la forma de gestionar el dolor, ya que las mujeres con un mayor nivel de ansiedad, presentaron mayor miedo al dolor, lo que comportó a su vez una peor tolerancia del mismo y una peor valoración del tratamiento administrado para aliviarlo. La respuesta al dolor en el parto es motora, vegetativa y verbal expresando un comportamiento complejo, individual y único; la respuesta al dolor varía en cada mujer y depende de los sistemas de discriminación del dolor que ella maneje. Cuando una mujer se enfrenta al dolor del parto puede sentir ansiedad y miedo a lo desconocido, aunque si la mujer es capaz de relajarse física y emocionalmente en las pausas, entre una contracción y otra, si mantiene una respiración con expiración larga durante las contracciones, si recibe un masaje para relajar la tensión muscular, si puede moverse libremente y si se siente protegida como para enfrentarse al miedo, estará tranquila y los mensajes que le llegaran no serán de alerta, sino de calma y las reacciones fisiológicas se normalizaran y permitirán la producción de endorfinas (Schmid, 2010). Pero si la mujer se enfrenta al dolor de parto, con miedo y niveles de ansiedad elevados, dificultará estos mecanismos favoreciendo la tensión muscular que dificulta la dilatación, con aumento subsiguiente de dolor en las contracciones del parto, estableciéndose el círculo miedo-tensión-dolor (Hurtado et al., 2003). Odent (2009), en la misma línea, estableció la relación entre ambiente externo y nivel de estrés (miedo), considerando que un ambiente externo estimulante aumenta el estrés y el dolor, mientras que un ambiente íntimo produce lo contrario; recomendando para conseguir esto último el canto prenatal, un entorno íntimo, el agua y un ambiente acogedor.

La forma en que se supera el miedo puede variar en función de su origen, pero lo que parece demostrado es, que a medida que el entorno del parto se ha vuelto extraño (lleno de procedimientos y reglas no escritas) y el proceso del parto se ha vuelto desconocido para la mujer, la ansiedad ha ido aumentando; más aún en el caso de las primíparas (Carmona- Monge et al., 2012). Schmid (2010) reflexiona en su obra, sobre el origen de los miedos que sufren las mujeres ante el parto, la autora expresa que "detrás del miedo a lo que me harán y del dolor" puede encontrarse necesidades diversas: de respeto, de conocer los procedimientos del hospital, de intimidad y de una asistencia continua y acogedora entre otras.

Como consecuencia de lo expuesto, la identificación detallada de los miedos de cada mujer se vislumbra, como el primer paso para su superación (Schmid, 2010). En este sentido diversos autores destacan la necesidad de atención psicológica en el embarazo, especialmente en gestaciones primerizas (Carmona Monge et al., 2012; Guerra, Braga, Quelhas, & Silva, 2014) y/o en gestaciones gemelares (Andrade, Martins, Angelo, & Martinho, 2014), por ser situaciones, entre otras, en las que las mujeres tienen un mayor riesgo de experimentar preocupaciones y/o miedos relacionados con el embarazo y el parto. También, parece necesario, desarrollar investigaciones dirigidas a poner en práctica tratamientos para reducir la ansiedad, como la terapia cognitivo-conductual, la musicoterapia, el apoyo continuado de la matrona y/o las intervenciones cuerpo-mente, según se recomienda en una reciente revisión, técnicas, todas ellas, basadas en la inducción de la relajación mental de la gestante, herramientas que parecen efectivas para controlar o prevenir la ansiedad de las mujeres (Marc et al., 2011).

La ansiedad no es exclusiva del entorno obstétrico, está presente y constituye, uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico, pero es importante resaltar que, a diferencia del entorno obstétrico, en el que conviven posturas a favor y en contra del tratamiento del dolor (Schmid, 2010), en el contexto quirúrgico no se acepta la presencia del dolor, considerándolo como un sufrimiento innecesario e inútil, ya que se considera que puede controlarse eficazmente con los fármacos y técnicas disponibles actualmente, considerándose la eficacia de su tratamiento un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial (Rawal, 2002). Por último comentar que parece necesario revisar los programas de educación prenatal, ya que es importante que los profesionales que acompañan a la mujer, durante la gestación, trabajen con ellas los aspectos emocionales que rodean el nacimiento, sus necesidades, expectativas y miedos ante el parto, ante el dolor, etc… como recomienda una reciente revisión en el tema, (Guerra et al., 2014), traspasando la línea de lo biológico y adentrándose en la esfera emocional de la gestante.

CONCLUSIONES

El 30,77% de las mujeres del estudio presentaron un nivel de ansiedad alto antes del parto. Sin embargo no se pudo asociar el nivel de ansiedad previo al parto con el tipo de parto, el apgar o el peso de los niños de forma significativa. En cambio, si se apreció, de un modo significativo, que las mujeres con un mayor nivel de ansiedad, presentaron mayor miedo al dolor, lo que comportó a su vez una peor tolerancia del mismo y una peor valoración del tratamiento administrado para aliviarlo, resaltando en este sentido la importancia de una buena preparación maternal previa al parto, ya que minimizaba, en general, estos efectos.

Las dos escalas utilizadas en la medición de la ansiedad previa al parto, resultaron adecuadas, y correlacionaban entre sí, fuertemente, lo que indica que una medida simple y específica, como es una EVA de ansiedad, puede aportar de un modo sencillo, información relevante para incorporarla en la Historia Clínica de la gestante.

Se necesitan estudios multicéntricos a gran escala que nos permitan demostrar la importancia de la detección de los miedos y la ansiedad en las gestantes con instrumentos validados y adecuados a nuestra población. Solo así, las enfermeras y matronas responsables de estas mujeres, podremos identificarlas y ofrecerles cuidados orientados a que conozcan e implementen diferentes estrategias, para el afrontamiento de dichas emociones.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Un cribado adecuado y sistemático de la ansiedad durante el embarazo, con una escala EVA, permitiría, de manera sencilla, identificar a las mujeres con niveles altos con el objetivo de poder ofrecerles cuidados dirigidos a disminuir su ansiedad. Sería interesante además desarrollar investigaciones dirigidas a poner en práctica tratamientos para reducir dicha ansiedad, como la terapia cognitivo-conductual, la musicoterapia, las sesiones educativas de coaching, el apoyo continuado de la matrona y/o las intervenciones cuerpo-mente.

BIBLIOGRAFÍA

Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 20(3), 189-209. doi: 10.1080/14767050701209560

Andrade, L., Martins, M. M., Angelo, M., & Martinho, J. (2014). A saúde mental na parentalidade de filhos gémeos: Revisão da literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 1), 109-116. Recuperado el 15 de abril de 2015, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100018&lng=es&tlng=pt

Berle, J., Mykletun, A., Daltveit, A., Rasmussen, S., Holsten, F., & Dahl, A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. Archives of Women's Mental Health, 8(3), 181-189. doi: 10.1007/s00737-005-0090-z

Carmona-Monge, F. J., Marín-Morales, D., Peñacoba-Puente, C., Carretero-Abellán, I., & Moreno-Moure, M. A. (2012). Influencia de las estrategias de afrontamiento en las preocupaciones específicas del embarazo. Anales De Psicología, 28(2), 338-343.

García Rodríguez, M. J. (2011). Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 3(3),153-175.

Guerra, M. J., Braga, M. C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 1), 117-124. Recuperado em 15 de abril de 2015, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&tlng=pt

Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. Health Psychology, 27(1), 43-51. doi: 10.1037/0278-6133.27.1.43

Hernández-Martínez, C., Val, V. A., Murphy, M., Cavallé, P., & Canals, J. (2011) Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. Women & Health, 51(2), 124-135. doi:10.1080/03630242.2010.550991

Hurtado, F., Donat, F., Escrivá, P., Poveda, C., & Ull, N. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 66, 32-45.

Huskisson, E. C. (1974). Measurament of pain. The Lancet, 9, 1127-1131.

Kjaergaard, H., Wijma, K., Dykes, A., & Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26(4), 340-350. doi: 10.1080/02646830802408498

Marc, I., Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E. D., Blanchet, C., Dodin, S., & Njoya, M. M. (2011). Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer. Cochrane Database of Systematic Reviews, 7 (CD007559). doi: 10.1002/14651858.CD007559

Odent, M. (2009). El bebé es un mamífero (3ª ed.). Tenerife, España: OB STARE.

Organización Mundial de la Salud (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza: Tecnología apropiada para el parto. The Lancet, 2, 436-437.

Rawal N. (2002). Acute pain services revisited-good from far, far from good?. Regional Anesthesia & Pain Medicine, 27(2), 117-121.

Schmid, V. (2010). El dolor del parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor (1ª ed.). Tenerife, España: OB STARE.

Spielberg, C.,Gorsuch, R., & Lushene, R. (2011). STAI: Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo/CD (adaptación española: Nicolas Seiscedos Cubero). Madrid, España: TEA Ediciones.

Wijma, K., Alehagen, S., & Wijma, B. (2002). Development of the delivery fear scale. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 23(2), 97-107. doi: 10.3109/01674820209042791

Wu, J., Viguera, A., Riley, L., Cohen, L., & Ecker, J. (2002). Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 187(4), 864-867. doi: 10.1067/mob.2002.127126

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Cristobal Añez Simón, sus consejos metodológicos y a Elena Abello su soporte en la traducción al inglês del resumen en el transcurso de esta investigación.

