



Estado emocional de la mujer en relación con el parto o cesárea

María Eugenia Gómez López,* Francisco Morales Carmona,** Evangelina Aldana Calva,* Fernando Gaviño Gaviño***

Nivel de evidencia: II-2

RESUMEN

Antecedentes: en la actualidad ha aumentado el interés por conocer y estudiar el punto de vista de las mujeres en relación con el tipo de parto y su posible repercusión en el estado emocional.

Objetivo: saber si existe relación entre el estado emocional de la mujer y el parto o la cesárea. Además, saber si el parto vaginal o abdominal modifilan el estado emocional de la mujer durante el puerperio.

Pacientes y método: 201 embarazadas, primigestas, atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología. Se les aplicó el Cuestionario General de Salud-30 con el propósito de conocer su estado emocional y una encuesta diseñada para saber su opinión acerca del parto y la cesárea. Se aplicaron dos veces: a las 25 a 30 semanas de embarazo y durante el puerperio. Se trató de un estudio de exploración, descriptivo, comparativo *test-retest* y longitudinal.

Resultados: en la primera aplicación del Cuestionario General de Salud-30 hubo 37.8% de casos y 62.2% de no casos; en la segunda 15.4% de casos y 84.6% no casos. La relación fue estadísticamente significativa en cuanto a gravedad del estado emocional. En la encuesta, la explicación del médico acerca de cómo sería el parto (vaginal o abdominal), y el conocimiento previo de la mujer acerca de sus variedades, tuvieron una relación estadísticamente significativa.

Conclusiones: en las mujeres de la muestra no existió relación entre el estado emocional y el tipo de parto. La explicación anticipada de cómo se atenderá el parto evita la alteración del estado emocional de la mujer.

Palabras clave: tipo de parto, estado emocional, alteración psicológica.

ABSTRACT

Background: Interest to know and study women's point of view over delivery type and its late effect in emotional state has increased recently.

Objective: To determine if there is any relation between the type of delivery and emotional state in woman after the delivery or cesarean section. In addition, to know whether this resolution modifies in any way her emotional state during the puerperium.

Patients and method: 201 pregnant, primiparous women, all patients of the Instituto Nacional de Perinatología; they were administered the GHQ-30 in order to determine their emotional state, and a survey designed to find out their point of view regarding vaginal delivery and cesarean section. Two administrations were carried out: one at 25 to 30 weeks of pregnancy and the second during puerperium. This was an exploratory, descriptive, comparative, test-retest, longitudinal study.

Results: Regarding the GHQ-30, at first administration we found 37.8% of cases and 62.2% of non-cases. At the second, we found 15.4% of cases and 84.6% of non-cases. We found a statistically significant relation regarding emotional state severity. In the survey, we found statistically significant relationship between physician's explanation delivery types, and woman's knowledge as to the same.

Conclusions: There was no relationship between emotional state and delivery type for women's sample. Physician's explanation of the type of delivery (vaginal delivery, cesarean section, instrumental delivery), avoids alterations in woman's emotional state.

Key words: delivery type, emotional state, psychological distress.

RÉSUMÉ

Antécédentes: l'intérêt pour connaître et étudier le point de vue des femmes en relation au type d'accouchement et sa possible répercussion dans l'état émotionnel postérieur a augmenté dernièrement.

Objectif: savoir s'il existe relation entre le type de conclusion de la grossesse et l'état émotionnel de la femme après l'accouchement ou la césarienne. En plus, savoir si le type de conclusion modifie de quelque manière l'état émotionnel de la femme dans les suites de couches.

Patients et méthode: 201 femmes enceintes, primigestes, accueillies à l'Institut National de Péritnatalogie. On leur a appliqué le Questionnaire Général de Santé-30 afin de connaître leur état émotionnel et une enquête dessinée pour connaître leur opinion à propos de l'accouchement et la césarienne. Ils ont été appliqués deux fois: dans les 25 et les 30 semaines de la grossesse et pendant les suites de couches. Il s'est agi d'une étude d'exploration, descriptive, comparative *test-retest* et longitudinale.

Résultats: dans la première application du Questionnaire Général de Santé-30 il y a eu 37.8% de cas et 62.2% de non-cas; dans la deuxième, 15.4% de cas et 84.6% de non-cas. La relation a été statistiquement significative quant à la gravité de l'état émotionnel. Dans

l'enquête, l'explication du médecin à propos du type d'accouchement, et la connaissance préalable de la femme à propos de ses variétés ont montré une relation statistiquement significative.

Conclusions: dans les femmes de l'échantillon il n'y a pas eu de relation entre l'état émotionnel et le type de conclusion de la grossesse. L'explication anticipée de comment traitera-t-on l'accouchement évite l'altération de l'état émotionnel de la femme.

Mots-clés: type d'accouchement, état émotionnel, altération psychologique.

RESUMO

Antecedentes: Ultimamente tem-se aumentado o interesse por conhecer e estudar o ponto de vista das mulheres em relação ao tipo de parto e sua possível repercusão com o estado emocional posterior.

Objetivo: Saber se existe relação entre o tipo final da gravidez e o estado emocional da mulher depois do parto normal ou da cesárea. Além disso, saber se o tipo final modifica de alguma maneira o estado emocional da mulher durante o puerpério.

Pacientes e método: 201 mulheres grávidas, primigestas, atendidas no Instituto Nacional de Perinatología. Foi feito um Questionário Geral de Saúde-30 com o propósito de conhecer o estado emocional e, também uma pesquisa para conhecer a opinião sobre o parto normal ou a cesárea. Foram aplicados duas vezes: da 25a a 30a semana de gravidez e durante o puerpério. Tratou-se de um estudo de exploração, descritivo, comparativo teste-reteste e longitudinal.

Resultados: Na primeira aplicação do Questionário Geral de Saúde-30 houve 37,8% de casos e 62,2% de não casos; na segunda 15,4% de casos e 84,6% não casos. A relação foi estatisticamente significativa quanto a gravidez do estado emocional. Na segunda pesquisa, a explicação do médico sobre o tipo de parto, e o conhecimento prévio da mulher acerca de suas variedades, mostraram uma relação estatisticamente significativa.

Conclusões: Nas mulheres da amostra não existiu relação entre o estado emocional e o tipo final da gravidez. A explicação antecipada de como se atenderá o parto evita a alteração do estado emocional da mulher.

Palavras-chave: tipo de parto, estado emocional, alteração psicológica.

Conforme se acerca el término del embarazo, a la mujer le surgen dudas acerca de cómo será el parto: vía vaginal o cesárea. La información que el médico le proporciona le permite formarse una idea más clara de cuándo y cómo es posible el parto vaginal y cuándo se requiere la cesárea; cuando así sucede, la angustia y la depresión suelen ser menores.

Gran parte de la información en torno al parto proviene de otras mujeres o de familiares, quienes comparten su experiencia y sus creencias. A veces esta información distorsiona el concepto real de lo que implica el parto o la cesárea e incrementa su ansiedad frente al evento reproductivo.

Si además el embarazo implica algún riesgo, las expectativas pueden verse afectadas por la ansiedad que genera la circunstancia particular que rodea al parto y a su carácter muchas veces sorpresivo.

En la actualidad ha aumentado el interés por conocer y estudiar el punto de vista de las mujeres en relación con el tipo de parto y su posible repercusión en el estado emocional.

En el análisis de la relación entre la angustia y los procedimientos obstétricos realizados a la madre durante el parto se encontró que las mujeres más afectadas y que requirieron más apoyo fueron las que tuvieron parto asistido con fórceps.¹ Otros estudios insisten, además, que la cesárea y el parto asistido con fórceps originan más temores en las mujeres en cuanto a volver a embarazarse que quienes tienen hijos mediante partos normales, así como deterioro general del estado de salud.^{2,3}

Otra afección del posparto es la depresión. Algunos estudios⁴⁻⁸ han encontrado una relación directa entre el tipo de atención del parto y la depresión. De acuerdo con Fischer y colaboradores, las mujeres que tuvieron cesárea tuvieron mayor probabilidad de deterioro del estado de ánimo y disminución de su autoestima, que quienes tuvieron parto vaginal.⁹ Sin embargo, hasta el momento no existen conclusiones definitivas al respecto, y se analiza la posible influencia de la anestesia general en el inicio de este problema.^{4,8} Al respecto, se plantea que la infor-

* Psicóloga adscrita al Departamento de Psicología,

** Jefe del Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

*** Coordinador de Enseñanza e Investigación del Servicio de Reproducción Humana, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Psic. Evangelina Aldana Calva. Jacarandas 110, colonia Los Ángeles, CP 09710, México, DF. E-mail: alceva1964@yahoo.com.mx

Recibido: septiembre, 2007. Aceptado: noviembre, 2007.

Este artículo debe citarse como: Gómez LME, Morales CF, Aldana CE, Gaviño GF. Estado emocional de la mujer en relación con el parto o cesárea. Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):365-72.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

mación proporcionada a las mujeres antes de la cesárea reduce el temor a la operación y estimula el bienestar emocional después de la misma. También se destaca que los factores que influyen en la repercusión psicológica de la cesárea pueden ser obstétricos, por vulnerabilidad psicológica, por actitud o por la calidad de los cuidados maternos recibidos.⁶

Con respecto a la depresión, se plantea que es más probable que la mujer la padezca durante la fase media del embarazo (entre las semanas 18 y 32 de gestación), que en la parte final del mismo o en el posparto. Por ello, se afirma que los síntomas de depresión no son tan comunes o graves después del nacimiento como durante el embarazo.⁸ Otro estudio menciona que la depresión en la parte final del embarazo se asocia con riesgo de analgesia epidural, cesárea y fórceps, así como el ingreso del neonato a una unidad de cuidados intensivos.¹⁰

Johnstone y colaboradores proponen que la identificación temprana de riesgo potencial de depresión posnatal debería incluir la valoración de los aspectos sociodemográficos, la personalidad de la mujer, sus antecedentes psiquiátricos y sus sucesos de vida más recientes, así como los factores obstétricos pasados y presentes.⁷ Así mismo, se cree que es importante captar y tratar los signos de tensión psicológica en la mujer, así como prepararla para el parto, mejorar su rol como madre y prevenir una psicopatología aguda, mediante el establecimiento de una red eficaz de apoyo para ella.¹¹

Las mujeres con más ansiedad, neuroticismo, vulnerabilidad, depresión, autoestima baja, insatisfacción con la pareja y falta de apoyo social, son quienes más manifiestan ansiedad relacionada con el embarazo y temor al parto.¹² Estos resultados indican que las mujeres embarazadas deben aprender a afrontar de mejor manera el acontecimiento reproductivo y recibir apoyo psicológico para mejorar la calidad de su trabajo de parto.¹³

Con respecto a la preparación que la madre tenga en relación con las diversas posibilidades de atención del parto, se realizó un estudio para investigar los tipos y grados de preparación para ésta y su efecto en las experiencias vividas por las mujeres en cuanto a la percepción del dolor y el control percibido durante el mismo; se concluyó que las mujeres que asistieron a clases aprendieron más acerca del trabajo de parto y del parto mismo, y utilizaron una amplia variedad de estrategias de afrontamiento que quienes no acudieron.¹⁴

Deluca plantea que la adaptación de la mujer durante el posparto incluye su satisfacción por la terminación del embarazo, la autoestima y la ausencia de síntomas depresivos. Fue notoria la disminución en el control de trabajo de parto y el parto con un estado depresivo y baja autoestima en el posparto, sin importar cómo fue el parto. Este resultado destaca la importancia de enfocarse en la percepción de las mujeres acerca de los sucesos perinatales.¹⁵

Sin embargo, otros autores^{16,17} plantean que la adaptación o no de la madre al embarazo y, luego de la crianza del neonato, se ve influida también por factores psicosociales vinculados con este acontecimiento reproductivo.

Durante el embarazo, los factores psicosociales más importantes a considerar son:

- a) Factores socioeconómicos: educación, empleo, pobreza y trabajo doméstico.
- b) Factores fisiológicos: enfermedades físicas crónicas.
- c) Factores psicológicos: sucesos de vida, aislamiento social, estrés, conflictos de pareja, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma.
- d) Redes de apoyo: pareja, de amigos y familiares, cantidad de amigos.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes acerca de la prevalencia de malestar psicológico entre las pacientes ginecológicas y obstétricas a través de la aplicación del CGS-30 (cuadro 1), se encontró que entre las pacientes obstétricas, 43.5% eran no caso, 52.7% de casos leves o con malestar psicológico y 3.8% de casos agudos o con psicopatología.¹⁸ En este sentido, se entiende por malestar psicológico a los cambios emocionales relacionados con un suceso, sin criterio para estado sintomático, donde se experimenta: incomodidad subjetiva, disminución de las funciones yoicas, restricción temporal de la conciencia, es reactivo y sin efecto en la estructura de personalidad.¹⁹

Con base en lo anterior, este trabajo se realizó con el propósito de establecer si en las pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología existe alguna relación entre el tipo de parto y el estado emocional de la mujer embarazada o en el posparto. Para esto se buscó conocer qué piensan las mujeres embarazadas respecto al parto o la cesárea y si tal pensamiento coincidió, finalmente, con la experiencia real. La información reunida permitiría

Cuadro 1. Cuestionario General de Salud-30

Nombre: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Fecha aplicación: _____ Núm. de expediente: _____ Núm. de embarazo: _____

Fecha probable de parto: _____

Tipo de término del embarazo esperado: a) parto, b) cesárea.

Teléfono: _____

Éste es un cuestionario que pretende evaluar el estado general de salud mediante una serie de preguntas o afirmaciones relacionadas con los padecimientos más comunes. Es importante que las respuestas sean individuales.

Lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una X en la respuesta, según lo considere más adecuado. Las preguntas se refieren, exclusivamente, a las molestias en las dos últimas semanas. Si padeció estas molestias antes de este tiempo, no las tome en cuenta.

1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?
Mejor que antes _____ Igual que antes _____ Peor que antes _____ Mucho peor que antes _____
2. ¿Se ha sentido agotada y sin fuerzas para nada?
No _____ Como antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enferma?
No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza
No _____ Como siempre _____ Más que siempre _____ Mucho más que siempre _____
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?
No _____ Igual que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?
No _____ Igual que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
7. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?
No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
8. ¿Se ha sentido llena de vida y energía?
Más que antes _____ Igual que antes _____ Menos que antes _____ Mucho menos que antes _____
9. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?
No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
10. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?
No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?
No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
12. ¿Ha sentido que, por lo general, hace las cosas bien?
Mejor que antes _____ Igual que antes _____ Peor que antes _____ Mucho peor que antes _____
13. ¿Se ha sentido satisfecha con su manera de hacer las cosas?
Más que antes _____ Igual que antes _____ Menos que antes _____ Mucho menos que antes _____
14. ¿Siente cariño y afecto por los que la rodean?
Más que antes _____ Como antes _____ Menos que antes _____ Mucho menos que antes _____
15. ¿Se lleva bien con los demás?
Mejor que antes _____ Como antes _____ Peor que antes _____ Mucho peor que antes _____
16. ¿Ha sentido que desempeña una función útil en la vida?
Más que antes _____ Igual que antes _____ Menos útil que antes _____ Mucho menos útil que antes _____
17. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
Más que antes _____ Igual que antes _____ Menos que antes _____ Mucho menos que antes _____
18. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?
No, para nada _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
19. ¿Disfruta sus actividades diarias?
Más que antes _____ Igual que antes _____ Menos que antes _____ Mucho menos que antes _____
20. ¿Se ha sentido irritada y de mal humor?
No, para nada _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
21. ¿Se ha sentido asustada y con mucho miedo sin que haya una buena razón?
No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
22. ¿Se ha sentido triste y deprimida?
No, para nada _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
23. ¿Ha perdido confianza y fe en sí misma?
No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____

- 24.** ¿Ha pensado que usted no vale nada?
 No, para nada _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
- 25.** ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?
 No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
- 26.** ¿Se ha sentido nerviosa y "a punto de estallar" constantemente?
 No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
- 27.** ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?
 No, para nada _____ No creo _____ Alguna vez _____ Sí _____
- 28.** ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?
 No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
- 29.** ¿Ha deseado estar muerta y lejos de todo?
 No _____ No más que antes _____ Más que antes _____ Mucho más que antes _____
- 30.** ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?
 No, para nada _____ No creo _____ Alguna vez _____ Sí _____

saber si el estado emocional antes y después del parto se relaciona con el tipo de parto.

Los objetivos específicos del estudio fueron: evaluar a un grupo de mujeres embarazadas con 25 a 30 semanas de gestación para conocer si existe alguna relación entre el tipo de parto esperado y el estado emocional en ese momento; evaluarlas durante el puerperio para saber si el tipo de parto modificó el estado emocional durante ese periodo. Si bien la cesárea no es un procedimiento que puedan elegir las pacientes, algunas, por temor a no sentir el dolor del parto o para no poner en riesgo a su hijo, lo preferirían. Esta percepción de las pacientes se tomó en cuenta en este trabajo, para conocer su repercusión en el estado emocional.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio de exploración, observacional, descriptivo, *test-retest*, longitudinal, de muestreo por casos consecutivos, por cuota. Diseño de una sola muestra, dividida en tres grupos con observaciones independientes, de 201 pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, evaluada en dos fases: entre las semanas 25 y 30 de la gestación y entre la cuarta y sexta semanas después del parto. En la primera fase se evaluó a las pacientes que esperaban que el parto fuera vaginal o por cesárea. En la segunda fase, durante el puerperio, se evaluaron tres subgrupos: 1) pacientes a quienes se hizo cesárea y su experiencia al respecto; 2) pacientes con parto natural o fisiológico y su experiencia al respecto, y 3) pacientes con parto asistido con fórceps y su experiencia al respecto. Los datos obtenidos en esta fase se compararon con los recopilados en la primera, de lo que se desprendieron los resultados finales y las conclusiones.

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación del Cuestionario General de Salud (CGS-30) y de una encuesta diseñada para conocer el punto de vista de las mujeres de la muestra hacia el parto y la cesárea, como métodos de atención del parto.

Para la evaluación estadística se usaron medidas de resumen, cuadros y gráficas para la descripción de la muestra; para el análisis estadístico se utilizó la prueba de la χ^2 .

En la recopilación de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario General de Salud (CGS-30): evalúa la percepción que el sujeto tiene de sí mismo frente a un estado emocional y se califica:

- 0 a 7 puntos: no caso o sano
- 8 a 15 puntos: caso leve
- 16 a 22 puntos: caso moderado
- 23 o más: caso grave.²⁰

Encuesta sobre parto y cesárea: permite conocer la aceptación del tipo de atención del parto (vaginal o cesárea) y su comparación con lo sucedido. Es un cuestionario autoadministrado de 31 reactivos, exploratorio, con preguntas cerradas, tipo escala Likert de intensidad, dividido en dos partes:

- a) Siete preguntas acerca de cómo se siente: 1) mucho mejor que antes; 2) mejor que antes; 3) igual que siempre; 4) peor que antes y 5) mucho peor que antes.
- b) 24 preguntas acerca de lo que piensa del acontecimiento obstétrico: 1) totalmente de acuerdo; 2) de acuerdo; 3) no estoy segura; 4) no estoy de acuerdo, y 5) estoy en total desacuerdo.

Los temas que aborda son:

1. Estado de ánimo y tipo de atención del parto.
2. Preferencia por algún tipo de parto.
3. Información acerca de las variantes del parto:
 - a) que la paciente tiene
 - b) por parte del médico
 - c) de familiares y otros
4. Anticipación del suceso obstétrico.

Antes de comenzar el estudio se realizó una prueba piloto de esta encuesta y se obtuvo una α de Cronbach de 0.85, lo que muestra una consistencia interna aceptable del instrumento, por lo que con base en esto se eligieron los 31 reactivos que conformaron la versión final del mismo.

Los criterios de inclusión al estudio de las pacientes fueron: ser paciente del Instituto Nacional de Perinatología, tener entre 18 y 35 años de edad, ser primigestas, tener embarazo de 25 a 30 semanas y poder leer y comprender los instrumentos que se les aplicaron.

Se excluyeron del estudio las pacientes con diagnóstico de retraso mental o psicosis, y las que no contestaron completamente los instrumentos.

La variable estudiada fue el estado emocional, entendido como la existencia o ausencia de síntomas (sentimiento general de malestar, sensaciones y pensamientos indicativos de depresión aguda y deseos suicidas).²⁰ Para la medición se utilizó el Cuestionario General de Salud (versión de 30 reactivos), que evalúa cómo se autopercibe el sujeto frente a un estado emocional y, según la puntuación, se estableció si era *no caso* o sana, *probable caso* o con malestar psicológico, o *caso* o con psicopatología.²⁰

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos y obstétricos obtenidos de la muestra están en el cuadro 2. Con respecto al tipo de parto esperado y tenido por las pacientes, a las 25 a 30 semanas de gestación, 77.1% de las mujeres esperaba tener parto por vía vaginal y 22.9% cesárea; sin embargo, el tipo real de atención del parto: 24.9% vaginal, 63.7% cesárea, 1.5% parto instrumentado y en 10% no se obtuvo información, porque las mujeres no parieron en la institución.

Cuadro 2. Datos sociodemográficos y obstétricos

	<i>n</i> = 201	<i>X</i>	<i>DE</i>
Edad	25.7	5.4	
Escolaridad	12.1	2.7	
Semanas de gestación	27.4	2.0	
Estado civil	%	<i>f</i>	
Casada	45.3	91	
Soltera	36.3	72	
Unión libre	15.4	32	
Separada	2.5	5	
Viuda	0.5	1	
Ocupación	%	<i>f</i>	
Empleada	15.0	30	
Comerciante	9.3	20	
Hogar	70.1	140	
Autoempleo	3.7	7	
Profesional	1.9	4	
Tipo de término del embarazo esperado	%	<i>f</i>	
Parto	77.1	155	
Cesárea	22.9	46	
Tipo de término del embarazo tenido	%	<i>f</i>	
Parto	24.9	50	
Cesárea	66.7	128	
Parto instrumentado	1.5	3	
Sin datos	10.0	20	

El número de casos y no casos obtenidos mediante el Cuestionario General de Salud-30 en la primera y segunda aplicaciones fue: a las 25 a 30 semanas de gestación se encontraron 37.8% de casos (puntuación del Cuestionario General de Salud ≤ 7 puntos) y 62.2% de no casos (puntuación del Cuestionario General de Salud ≥ 7 puntos); en el puerperio 15.4% fueron casos y 84.6% no casos.

En el cuadro 3 se muestra la gravedad de los casos obtenidos durante la primera y segunda aplicaciones. Para el puerperio se aplicó el Cuestionario General de Salud a 90 pacientes de la muestra, de donde se derivan los resultados obtenidos.

Al aplicar la prueba de la χ^2 a los datos obtenidos en el Cuestionario General de Salud-30 en la primera y segunda aplicaciones, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estado emocional de las pacientes de la muestra y el tipo de atención del parto esperada o tenida. Así mismo, se encontró una relación estadísticamente significativa ($p = 0.015$) en cuanto a la gravedad en la primera y segunda aplicaciones, en donde un caso grave de la primera aplicación se convirtió en moderado en la segunda, un caso moderado en la primera aplicación

Cuadro 3. Gravedad en el Cuestionario General de Salud-30 durante el embarazo y el puerperio

Gravedad	25-30 SDG		Puerperio	
	%	f	%	f
Grave	4.0	8	1.1	1
Moderado	8.0	16	6.6	6
Leve	25.9	52	7.7	7
No caso	62.1	125	84.6	76
Total	100.0	201	100.0	90

se convirtió en grave en la segunda y cinco no casos se convirtieron en casos leves.

Cuando se aplicó la prueba de la χ^2 a los datos obtenidos en la encuesta de parto vaginal y cesárea se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p = 0.044$) entre la explicación que puede dar el médico a la mujer acerca del parto y la alteración en el estado de ánimo que puede haber si se cambia el tipo de parto. También hubo una relación entre la explicación que puede dar el médico a la mujer acerca de la cesárea y la anticipación de la mujer acerca de cómo será el parto ($p = 0.000$), así como entre la explicación que puede dar el médico a la mujer acerca del parto y la anticipación de la mujer acerca de cómo será el parto ($p = 0.007$). Por último, también se encontró una relación estadísticamente significativa entre la anticipación que puede hacer el médico acerca de cómo se atenderá el parto y la anticipación de la mujer acerca del parto ($p = 0.004$; cuadro 4).

DISCUSIÓN

Con respecto a la frecuencia de casos y no casos encontrada en la primera y segunda aplicaciones en el posparto,

Cuadro 4. Relación estadísticamente significativa obtenida en la encuesta de parto y cesárea

Valoración de la explicación y anticipación del médico respecto al tipo de término del embarazo	χ^2	gl	p
Que la paciente anticipa el parto	32.166	6	0.000
Los cambios en el tipo de parto alteran el estado de ánimo de la paciente	12.939	6	0.044
La paciente puede anticipar cómo es una cesárea	13.810	4	0.008
La paciente puede anticipar cómo es un parto vaginal o asistido	14.222	4	0.007

disminuyó la frecuencia de casos en 12.4% y, al mismo tiempo, aumentó la de no casos en 22.4%; es decir, durante el puerperio las alteraciones emocionales que hubo durante el embarazo disminuyeron considerablemente, lo mismo que su gravedad. En este sentido los casos leves se

redujeron en 18.2%, los moderados en 1.4% y los graves en 2.9%. Al parecer, las alteraciones emocionales durante el embarazo son reactivas, temporales y se relacionan con el acontecimiento mismo y con los cambios que representan en la vida de la mujer, que se manifiestan como malestar psicológico, como lo señalan Morales-Carmona y colaboradores.^{18,19}

Sí se encontró una relación estadísticamente significativa en cuanto a gravedad en la primera y segunda aplicaciones, lo que quizás se explique no por el suceso mismo, sino por los factores psicosociales que influyen en la evolución de las alteraciones emocionales durante el embarazo (factores socioeconómicos, fisiológicos, psicológicos, estrés y apoyo social con el que cuente la mujer durante el parto).^{16,17}

De la muestra, 63.7% tuvo cesárea. En el Instituto Nacional de Perinatología se atienden embarazos de alto riesgo y el propósito primario siempre es preservar la salud de la madre y su hijo; por ello se prefiere la cesárea, porque el parto vaginal representa un riesgo en algunos casos. Sin embargo, en la encuesta, las mujeres de la muestra opinaron que es mejor tener parto vaginal que cesárea, lo que tal vez también se relacione con la recuperación física posterior a la operación en comparación con el parto vaginal, como lo señalan Lydon-Rochelle y colaboradores.³

En cuanto a las relaciones estadísticamente significativas halladas en la encuesta de parto y cesárea, éstas pueden explicarse, de acuerdo con lo planteado por Clement⁶ respecto a que la información dada a las mujeres antes de la cesárea reduce el temor a la operación y estimula el bienestar emocional después de la misma. También se

coincide con lo propuesto por Knop y Osterberg-Larsen¹¹ acerca de que una red de apoyo eficaz y la preparación para el parto previenen la aparición de psicopatología aguda. Por último, la información que la mujer obtenga acerca del parto fisiológico y de la cesárea favorece mejores es-

estrategias de afrontamiento del acontecimiento obstétrico, como lo señala Johnston-Robledo.¹⁴

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en las mujeres de esta muestra no existe relación entre el estado emocional y el tipo de parto. La alteración del estado emocional se relacionó, de manera directa, con el suceso obstétrico, como un estado reactivo exacerbado, influido por factores psicosociales, económicos, fisiológicos o psicológicos, y no con el tipo de parto que finalmente se tuvo.

Las pacientes obstétricas atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología son, en su mayoría, una población emocionalmente sana. La alteración emocional que se observó durante el embarazo en las mujeres de la muestra tendió a desaparecer en el posparto. Esto refiere que tales alteraciones responden más a un malestar psicológico transitorio y reactivo que a un trastorno emocional crónico. Para la muestra, el modo preferido de parto fue el fisiológico o natural.

Que el médico anticipa y explique cómo se atenderá el parto (natural, cesárea, con fórceps), cuando sea posible, favorece que la mujer afronte el suceso obstétrico con un mejor control de sus emociones y evita la alteración de su estado emocional.

Debe continuarse el estudio de los factores internos y externos a la mujer embarazada que favorecen o exacerbán su estado emocional. Así mismo, es importante identificar tempranamente los problemas emocionales de la mujer durante el embarazo, mediante instrumentos de tamiz adecuados para la población atendida, para ofrecerles el apoyo psicológico oportuno que se refleje en la rentabilidad médica para la paciente y la institución.

REFERENCIAS

1. Maclean LI, McDermott MR, May CP. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *J Rep Infant Psych* 2000;18(2):153-62.
2. Jolly J, Walker J, Bhabra K. Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(3):227-32.
3. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2001;15(3):232-40.
4. Edwards DR, Porter SA, Stein GS. A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. *J Psych Res* 1994;38(2):111-7.
5. Garel M, Lelong N, Kaminski M. Follow-up study of psychological consequences of caesarean childbirth. *Early Human Development* 1998;16(2-3):271-82.
6. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15(1):109-26.
7. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(1):69-74.
8. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after chidbirth. *BMJ* 2001;323(7307):257-60.
9. Fischer J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31(5):728-38.
10. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001;63(5):830-4.
11. Knop J, Osterberg-Larsen B. Psychological intervention during pregnancy. A multidisciplinary hospital network. *Ugeskr Laeger* 2001;163(37):5018-22.
12. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychological characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001;108(5):492-8.
13. Yu H, Wang X, Lu X. Study of relationship between coping style, personality, and the quality of labor in pregnant women. *Chinese J Clin Psy* 2001;9(3):220-1.
14. Johnston-Robledo I. The impact of childbirth preparation and support on labor and birth outcomes. *Dissertation Abstracts International, A (Humanities and Social Sciences)* 1998;58(8-A).
15. Deluca RS. Diminished control and unmet expectations: testing a theory of adjustment to caesarean delivery (childbirth satisfaction). *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences & Engineering* 1999;60(6-B).
16. Department of Health. Women's Mental Health. Into the Mainstream. Strategic Development of Mental Health Care for Women. London: Stationery Office, 2002.
17. Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25:247-55.
18. Morales-Carmona F. Detección y vigilancia de condiciones psicológicas críticas durante el embarazo. Ponencia presentada en la XXII Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. 25-29 de abril 2005.
19. Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Espíndola-Hernández JG, Henales-Almaraz C, y col. Concepto de salud psicológica. En: Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. México: El Manual Moderno, 2004;pp:49-61.
20. González-Forteza C, Morales-Carmona F, Gutiérrez-Calderón E. Indicadores clínicos de malestar psicológico en pacientes obstétricas y ginecológicas. Un estudio comparativo en México. *Psicopatología* 1992;12(4):147-52.