Influencia de las Propias Creencias en la Experiencia de Parto

Departamento: Psicología

Línea de trabajo: Procesos cognitivos y conductuales en el ámbito de la salud. Bases históricas y experimentales

Autor: Sofia Carolina Linnéa Nikander

Centro Asociado: María Zambrano, Málaga

Índice

1. Introducción……3
2. Objetivos……..5
3. Método de estudio……..5
   - 3.1. Participantes……..…5
   - 3.2. Diseño……5
     - 3.2.1. Encuesta general……6
     - 3.2.2. Encuesta para embarazadas con medidas pre- y posparto……7
4. Resultados……..9
   - 4.1. Resultados Encuesta general……..9
   - 4.2. Resultados Encuesta para embarazadas con medidas pre- y posparto….11
5. Discusión……...13
6. Bibliografía……15

Resumen. Con el siguiente estudio de investigación se valora la influencia de las creencias previas al parto en la experiencia misma de esta, igual que la influencia de la visión negativa o positiva transmitida culturalmente a las mujeres gestantes. La imagen predeterminante en nuestra cultura es una imagen negativa del parto que va asociado a urgencia, estrés y dolor. ¿Hasta qué punto influye esta imagen negativa en el desarrollo de los partos? En culturas con una imagen más positivas del parto las mujeres parecen vivirlos de otra manera, con menos intervenciones y dolor reducido. En el presente estudio de investigación se ha entregado dos encuestas a mujeres para investigar esta cuestión. En la primera encuesta participan 353 madres, y los resultados nos indican que las creencias sí parecen influir en cómo vivimos nuestros partos. La segunda encuesta mide esta relación en 10 embarazadas antes del parto y después del parto. Aquí la relación se hace más evidente aún, como las creencias previas pueden determinar el desenlace del parto.

Abstract. With the following research we study the influence of prenatal beliefs in the experience of birth itself, and the influence of the negative or positive view transmitted culturally to pregnant women. The predetermining image in our culture is a negative image of birth that is associated with urgency, stress and pain. How does this negative image influence on the development of deliveries? In cultures with a more positive image of childbirth women seem to experience birth differently, with fewer interventions and reduced pain. In this research we give women two surveys to investigate this issue. The first survey involvs 353 mothers, and the results indicate that beliefs do

seem to influence on how we experience our deliveries. The second survey measures this relationship in 10 pregnant women before delivery and after delivery. Here the relationship becomes even more evident, how previous beliefs can determine the outcome of labor.

Keywords: Chilbirth. Pregnancy. Deliveries. Cultural influence. Previous beliefs.

Palabras claves: Parto. Embarazo. Influencia cultural. Creencias previas. Gestación

1. Introducción

Mi interés por cómo las mujeres paren y, sobretodo, como viven sus partos nació cuando escuché varios testimonios de mujeres que aseguraban no haber sentido dolor en sus partos y algunas incluso haber disfrutado. Encontré más información sobre parto sin dolor en los libros Parir sin Miedo y Parto sin Dolor de Consuelo Ruíz Vélez-Frías (2009 y 1955). En el libro El bebé es un mamífero de Michel Odent, ginecólogo y autor de varios libros, podemos leerle citar a un antropólogo que expone que hay culturas donde los partos se desarrollan normalmente sin dolor (Odent, 2007) ¿Cómo es posible que en nuestra cultura el parto esté tan íntimamente vinculado con dolor, peligrosidad y sufrimiento? En el occidente, los niños suelen escuchar desde pequeños que el parto duele y hasta en la Biblia se puede leer que las mujeres de ahí en adelante tienen que parir con dolor como castigo de Dios por el pecado de Eva al comerse la fruta prohibida. En los medios de comunicación, las películas y las historias de parto que se escuchan, la imagen del parto percibido es comúnmente un parto traumático, urgente y muy doloroso. ¿Es posible que esta imagen que compartimos culturalmente está influyendo en nuestra manera de parir?

El foco de atención desde la psicología ha estado sobre la primera relación madre-bebé, e instituciones y plataformas como EPEN, trabajan para mejorar las condiciones de los nacimientos basándose en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y adaptarlos a las primeras necesidades de la madre y del bebé. Está comprobado cómo el clima adecuado en el parto puede facilitar el desarrollo y enlace de este igual que la relación madre-bebé. (Fernández del Castillo, 2008) Pero, aparte de las condiciones externas, ¿cómo pueden influir las creencias y pensamientos de la madre en el parto? En el artículo *Control de la conducta operante humana por medio de instrucciones* de Alan Baron y Mark Galizio podemos leer como según varios autores (Bandura, 1969; Brewer, 1974; Thoresen y Mahoney, 1974) las respuestas emitidas bajo programas de reforzamiento no están tan controladas por las contingencias de reforzamiento, si no en mayor medida por las creencias e hipótesis que el sujeto tiene acerca de la manera que funciona el programa o el experimento. ¿Significa esto, trasladando el enfoque a la obstetricia, que las creencias e hipótesis acerca de cómo debe ser un parto influye de manera significativa en la propia experiencia posterior del parto y la conducta de la mujer

embarazada durante el parto? Como cualquier acto o experiencia física tiene su componente emocional, es interesante estudiar la relación entre las historias contadas y la imagen que ella misma ha ido formando de lo que es un parto y su propia experiencia posterior de parto. Porque según los datos, algunas mujeres viven la experiencia del parto con mucha angustia y dolor, mientras que otras parecen disfrutarlo y hasta sentir placer. ¿Tiene la imagen percibida previamente de lo que es un parto algo que ver en todo esto?

El parto es, sin duda, uno de los momentos más importantes del ciclo vital de la mujer. No solamente nace su bebé y ella renace como madre, si no es un momento único e importante tanto físicamente como mentalmente. El cuerpo de la madre gestante pasa por el cambio más drástico de su ciclo vital y en tan sólo 9 meses se crea un nuevo ser humano que luego será recibido en el mundo después de unas intensas horas de trabajo de parto. Michel Odent nos habla en su libro La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad (2007) de la importancia de las hormonas en el parto. Postula que cuando la mujer gestante está de parto se produce una liberación interna de hormonas gratificantes y placenteras como endorfinas y oxitocina, lo que por un lado disminuye o hasta suprime el dolor, igual que aumenta la sensación de bienestar maternal y fetal. ¿Qué pasa entonces cuando sentimos miedo o estamos en alerta porque creemos que estamos ante un momento peligroso? Se libera adrenalina y otras hormonas en grandes dosis que ayudan al cuerpo a prepararse para la huida y estar en alerta (Stahl, 2008). La adrenalina inhibe en menor o mayor grado por un lado la hormona oxitocina, que es una hormona importante para el desarrollo natural del parto igual que para la sensación de placer de la mujer, y por otro lado las endorfinas, que en el parto sirven para reducir el dolor, como si se tratara de un analgésico propio del cuerpo (Croon, Smulders, 2009). Entonces, si el miedo y la preocupación inhiben las hormonas que por un lado facilitan el parto natural, y por otro lado reducen el dolor y aumentan la sensación de placer, parece indicar que las mujeres que sienten miedo al parto y creen que el parto es peligroso son más probables a sufrir más dolor en los partos y terminar con más intervenciones médicas en sus partos.

Si las creencias previas o la imagen creada de lo que es un parto pueden influir en el desarrollo del mismo, ¿qué influencias podría tener la manera de cómo damos a luz a largo plazo? ¿Qué efectos inmediatos tras el nacimiento podría tener en relación a cuidados maternos y como se podría manifestar esto a largo plazo? Odent (2005) postula que la situación emocional de la madre embarazada es determinante en el futuro tanto psíquico como físico del individuo. Creo que es un tema de gran interés, porque si las creencias previas que tienen las futuras madres de lo que es un parto influye de manera significativa en cómo se desarrolla el parto no sólo estamos hablando de las horas que dura el parto si no que podría teñir el vínculo madre-bebé una vez nacido el bebé, con todas sus consecuencias. ¿Depende de cómo ha sido el parto los índices de depresión posparto, una lactancia dificultosa o una vinculación complicada entre la madre y el bebé? Según varios experimentos con animales (Michel Odent, 2007) los mamíferos como antílopes cafres y ovejas dejan de cuidar de

sus crías tras haber recibido anestesia epidural u otro tipo de anestesia durante el parto. También perros y diferentes monos como los macacos que tuvieron sus crías mediante cesárea mostraban comportamientos maternales inadecuados. A primera vista parece que la ausencia del dolor, o mejor dicho, la ausencia de las hormonas que combaten el dolor como las endorfinas y opiáceas liberadas durante el desarrollo natural del parto hacen que la madre no se vincule de manera adecuada con sus crías. Otros experimentos confirman este hecho al observar cómo tras inyectar oxcitocina en mamíferos que no habían parido éstas adoptaban un comportamiento maternal y comenzaron a cuidar de las crías de otros. (Fernández del Castillo, 2008). Crearon vínculos con crías que no eran suyos, a diferencia de mamíferos que sí habían parido y por falta de la liberación de los opiáceos, hormonas naturales en el parto, no mostraron la conducta maternal. ¿Es así también en los humanos? Y, en ese caso, ¿qué relación tiene la liberación de aquellas hormonas con las creencias previas que puede tener la madre del parto? Como he indicado anteriormente, el miedo y la preocupación libera adrenalina que inhibe las hormonas naturales del parto, por lo que las creencias previas al parto pueden tener gran importancia en el desenlace de este.

En el siguiente trabajo de investigación quiero responder a algunas de estas preguntas planteadas en el apartado anterior. Por ello he creado dos encuestas: una que ha sido rellenado por 353 mujeres que han sido madres y otra donde participan 10 embarazadas con dos momentos de medición, pre- y posparto. Como veremos en el apartado de respuestas, las mujeres que puntúan alto en visión negativa del parto transmitida culturalmente también lo hacen en la visión de peligrosidad del parto. Por otro lado, las embarazadas que tenían más expectativa de poder sentir placer en el parto, también fueron las que mayor grado de placer sintieron. Curiosamente fueron las mismas que puntuaron más bajo en peligrosidad del parto en la medida preparto, y las que menos intervenciones médicas tuvieron en sus partos.

2. Objetivos

El objetivo principal de mi trabajo es el siguiente:

- Comprobar si existe relación entre las creencias previas al parto y el desarrollo de este

A partir de este planteo los siguientes objetivos:

- Comprobar si existe relación entre las creencias negativas antes del parto y el desarrollo de este, igual que número de intervenciones médicas.
- Medir el impacto de la visión negativa o positiva del parto trasmitida culturalmente y por las mujeres de referencia de la familia sobre la propia experiencia del parto.

3. Método de estudio

3.1. Participantes

En el estudio participaron 363 mujeres españolas mayores de edad. 353 de ellas habían sido madres y contestaron a la Encuesta general, que describiré más abajo.

Las 10 mujeres restantes estaban al inicio de la investigación embarazadas y por ello participaron en la Encuesta con dos medidas, pre y posparto.

3.2. Diseño

Para realizar este estudio he creado dos encuestas.

Elegí nueve dimensiones para medir en las dos encuestas, para así poder comparar los resultados. Las dimensiones fueron:

- Confianza en mi cuerpo para dar a luz
- Peligrosidad del parto
- Visión del parto como un proceso doloroso
- Visión el parto como un proceso placentero
- Visión negativa del parto transmitida culturalmente y por las mujeres de la familia
- Visión positiva del parto transmitida culturalmente y por las mujeres de la familia
- Parecidos entre los partos de madre e hija
- Duración del primer parto
- Duración del parto de la madre

3.2.1. Dimensiones e ítems de la Encuesta General

A continuación detallo las dimensiones y sus correspondientes ítems que usé en la Encuesta general. Cada ítem en la encuesta podía ser respondida en una escala de valores del 0 al 10, donde 0 es igual a “nada de acuerdo” y el valor 10 es igual a “totalmente de acuerdo”. Cuando lo que se medía era dolor o placer sentido, cada punto en la escala de valor correspondía con una unidad de dolor o placer.

Confianza en mi cuerpo para dar a luz
-El cuerpo de la mujer puede perfectamente dar a luz naturalmente -Es fácil dar a luz

- El parto es un proceso natural -Confío en mi propio cuerpo para dar a luz -Mi cuerpo sabe qué hacer en cada momento durante el proceso de parto -Tengo la fuerza necesaria para soportar un parto -Todas las mujeres sabemos parir

Peligrosidad del parto
-Hay muchos problemas o dificultades que pueden surgir durante el proceso normal de parto -Se necesita asistencia sanitaria (médico/matrona/ginecólogo) para que el parto pueda transcurrir con normalidad -El parto es un proceso peligroso -He percibido mi parto como un momento de urgencia y estrés -el cuerpo humano ha perdido su capacidad natural para dar a luz -El cuerpo humano ha perdido su capacidad natural para dar a luz

Visión del parto como un proceso doloroso
- Mi madre (o en su defecto abuela u otra mujer de referencia) experimentó mucho dolor en su parto/sus partos -Dolor experimentado en mi primer parto -En un próximo parto (si hay) deseo parir con epidural u otra anestesia farmacológica -Creo que dar a luz siempre tiene que doler -El dolor de las contracciones nunca será más de lo que uno puede aguantar

Visión del parto como un proceso placentero
-He sentido placer durante el proceso de parto -Creo que el parto puede ser placentero -He escuchado de mujeres que sienten placer durante el parto -He escuchado de algunas mujeres que tienen partos orgásmicos

Visión negativa del parto transmitido culturalmente y por las mujeres de la familia
- Mi madre (o en su defecto abuela u otra mujer de referencia) tuvo un parto/partos difíciles -La imagen del parto que más se ve en las películas y otros medios de comunicación es una imagen donde dar a luz es una urgencia y momento de estrés. -En mi casa/familia no se hablaba de partos cuando era pequeña -Embarazo y parto eran temas un poco tabú en mi familia cuando era pequeña -No tengo recuerdos de que mi madre y las mujeres de mi familia, hablaran de partos cuando era pequeña -Cuando era pequeña, cuando se hablaba de partos en mi casa solía ir acompañado de la palabra dolor y otros aspectos negativos.

Visión positiva del parto transmitido culturalmente y por las mujeres de la familia
-Recuerdo a mi madre hablar de sus partos con alegría -Cuando era pequeña, recuerdo a las mujeres de mi familia hablar de partos como si fuera algo bonito y positivo

-Recuerdo a mi madre hablar de su parto/sus partos como una experiencia positiva -Recuerdo a mi abuela u otras mujeres de referencia de mi familia, hablar de los partos como una experiencia positiva -Mi madre tuvo partos bastante rápidos -Mi madre tuvo partos bastante fáciles -Cuando era pequeña, recuerdo a las mujeres de mi familia hablar abiertamente de partos

Parecido entre los partos de madre e hija
-La genética puede influir en cómo transcurre el parto y por ello mi primer parto fue parecido al de mi madre -Creo que mi parto tiene (por herencia u otro motivo) muchos parecidos con el parto de mi madre -El parto de mi primer hijo/hija se parece a como mi madre vivió su primer parto.

Duración del primer parto
-Horas que duró mi parto. El valor 0 corresponde a cesárea, y los demás números el nr de horas. El valor 10 corresponde a 10 horas o más

Duración de los partos de la madre
-Estima cuantas horas cree (o sabe) que duró como media los partos de su madre (en su defecto abuela o hermana) donde 0 corresponde a cesárea, y los demás números el nr de horas. El valor 10 corresponde a 10 horas o más.

3.2.2. Dimensiones e ítems de la Encuesta para embarazadas con doble medida pre y posparto

La formulación de los ítems en la medida pre- y posparto a veces fue distinta para referirse a la creencia ya que la mujer aún no había parido, y en el posparto a la experiencia real. Algunas dimensiones no pueden cambiar entre la medida pre- y posparto, como por ejemplo la visión negativa/positiva trasmitida culturalmente y por las mujeres de la familia. Estas medidas estaban presentes en el formulario para la medición preparto. Igual, la dimensión de duración del parto y la dimensión parecidos entre los partos de la madre e hija fueron presentados en el formulario posparto al desconocer los valores en el preparto.

A continuación detallo las dimensiones y sus correspondientes ítems que usé en la Encuesta para embarazadas con doble medida, pre y posparto. Cada ítem en la encuesta podía ser respondida, igual que en la encuesta anterior, en una escala de valores del 0 al 10, donde 0 es igual a “nada de acuerdo” y el valor 10 es igual a “totalmente de acuerdo”. Cuando lo que se medía era dolor o placer sentido, cada punto en la escala de valor correspondía con una unidad de dolor o placer.

Confianza en mi cuerpo para dar a luz
-El cuerpo de la mujer puede perfectamente dar a luz naturalmente -Es fácil dar a luz

- El parto es un proceso natural -Mi cuerpo sabe qué hacer en cada momento durante el proceso de parto -Tengo la fuerza necesaria para soportar un parto -Todas las mujeres sabemos parir

Peligrosidad del parto
-Hay muchos problemas o dificultades que pueden surgir durante el proceso normal de parto -Se necesita asistencia sanitaria (médico/matrona/ginecólogo) para que el parto pueda transcurrir con normalidad -El parto es un proceso peligroso -El cuerpo humano ha perdido su capacidad natural para dar a luz -algunas mujeres no pueden parir naturalmente -Percibo el parto como un momento de urgencia y estrés -es importante la guía de la matrona/ginecóloga para saber qué hacer en cada momento del parto

Visión del parto como un proceso doloroso
- Mi madre (o en su defecto abuela u otra mujer de referencia) experimentó dolor en su parto/sus partos - Deseo parir con epidural u otra anestesia farmacológica -Creo que dar a luz siempre tiene que doler -El dolor de las contracciones nunca será más de lo que uno puede aguantar

Visión del parto como un proceso placentero
-Creo que podría ser posible experimentar placer físico en mi parto -Creo que el parto puede ser placentero -He escuchado de mujeres que sienten placer durante el parto -He escuchado de algunas mujeres que tienen partos orgásmicos

Visión negativa del parto transmitido culturalmente y por las mujeres de su familia y como se refleja en el parto experimentado
- Mi madre (o en su defecto abuela u otra mujer de referencia) tuvo un parto/partos difíciles -La imagen del parto que más se ve en las películas y otros medios de comunicación es una imagen donde dar a luz es una urgencia y momento de estrés. -En mi casa/familia no se hablaba de partos cuando era pequeña -Embarazo y parto eran temas un poco tabú en mi familia cuando era pequeña -No tengo recuerdos de que mi madre y las mujeres de mi familia, hablaran de partos cuando era pequeña -Cuando era pequeña, cuando se hablaba de partos en mi casa solía ir acompañado de la palabra dolor y otros aspectos negativos.

Visión positiva del parto transmitido culturalmente y por las mujeres de la familia y como se refleja en el parto experimentado
-Recuerdo a mi madre hablar de sus partos con alegría

-Cuando era pequeña, recuerdo a las mujeres de mi familia hablar de partos como si fuera algo bonito y positivo
-Recuerdo a mi madre hablar de su parto/sus partos como una experiencia positiva
-Recuerdo a mi abuela u otras mujeres de referencia de mi familia, hablar de los partos como una experiencia positiva
-Mi madre tuvo partos bastante rápidos
-Mi madre tuvo partos bastante fáciles
-Cuando era pequeña, recuerdo a las mujeres de mi familia hablar abiertamente de partos

Parecido entre los partos de madre e hija

-La genética puede influir en cómo transcurre el parto y por ello mi primer parto fue parecido al de mi madre
-Creo que mi parto tiene (por herencia u otro motivo) muchos parecidos con el parto de mi madre
-El parto de mi primer hijo/hija se parece a como mi madre vivió su primer parto.

Duración de los partos de la madre

-Estima cuantas horas cree (o sabe) que duró como media los partos de su madre (en su defecto abuela o hermana) donde 0 corresponde a cesárea, y los demás números el nr de horas. El valor 10 corresponde a 10 horas o más.

Duración del primer parto

-Horas que duró mi parto. El valor 0 corresponde a cesárea, y los demás números el nr de horas. El valor 10 corresponde a 10 horas o más

A parte de estas dimensiones pedí cierta información básica del primer parto tanto en la Encuesta general como en la Encuesta para embarazadas de doble medida pre y posparto:

Datos del parto y posparto inmediato

Lugar del parto: Hospital Casa Otro: _____

Comienzo del parto: Espontáneo Inducido

Método usado para aliviar dolor: Epidural Otro: _____

Terminación del parto: Parto natural Cesárea Fórceps Ventosa Desgarro Episiotomía

Lactancia: Inicio fácil de la lactancia Inicio problemático de la lactancia No deseo dar el pecho
Estrés percibido los días después del parto
Apego con recién nacido los primeros días después del parto
Bajón anímico/depresión posparto percibido los días/semanas después del parto

4. Resultados

4.1. Resultados de la Encuesta general

En la figura 1 podemos ver los resultados de las dimensiones visión negativa transmitida culturalmente y peligrosidad del parto. Podemos comprobar que los resultados de las dos dimensiones parecen coincidir bastante.

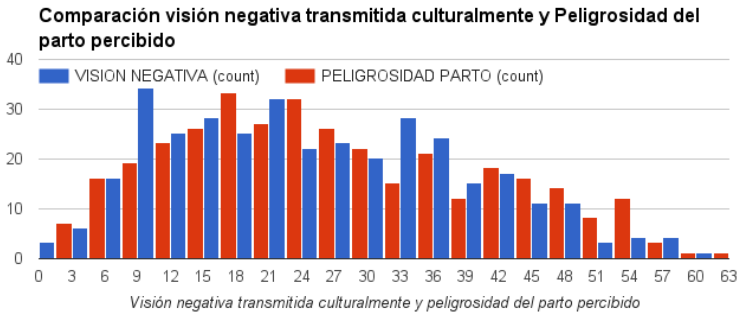


figura 1

En la *figura 2* vemos la relación entre la visión positiva del parto transmitida culturalmente y la creencia de la posibilidad de parto placentero. No parecen coincidir tanto como las dimensiones de visión negativa transmitida y peligrosidad del parto, pero aun así podríamos afirmar que sigue la hipótesis de que el tipo de visión transmitida resulta en un tipo de parto.

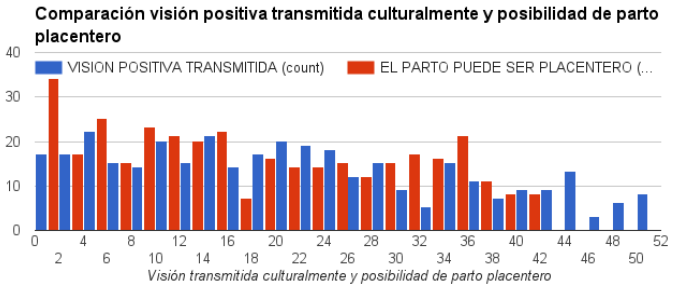
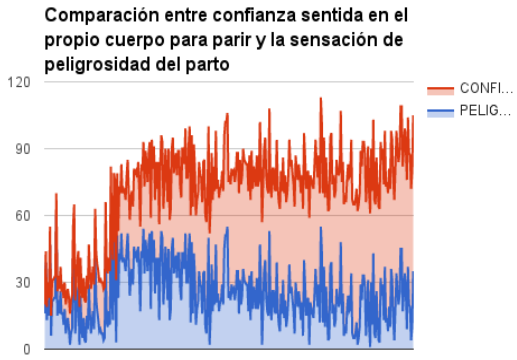


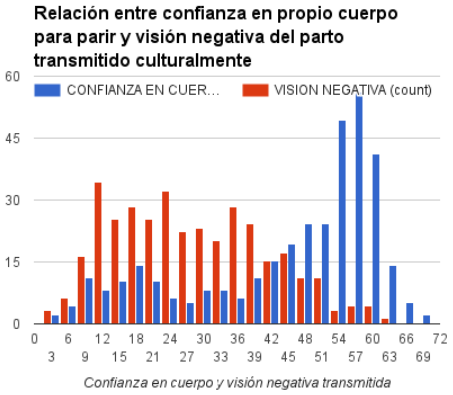
figura 2

En la figura 3 podemos ver como la dimensión confianza en el propio cuerpo parece relacionarse negativamente con la visión negativa transmitida culturalmente y en la

figura 4 como la dimensión confianza en el propio cuerpo se relaciona negativamente con la peligrosidad del parto percibida.



Peligrosidad del parto percibida y confianza en el propio cuerpo



Confianza en cuerpo y visión negativa transmitida

figura 3 *figura 4*

4.2. Resultados de la encuesta para embarazadas con doble medidas pre- y posparto

Para presentar estos datos, al contar con menos sujetos, he insertado los datos en una tabla para fácilmente poder obtener una visión conjunta de los datos. Las escalas de valores las he calificado con Alto/Medio alto/Medio bajo/Bajo para ver cómo puntúa el sujeto en esa dimensión. Para poner el ejemplo, si la escala máxima para una dimensión es 40: 1-10 sería bajo; 11-20 sería medio bajo; 21-30 sería medio alto y 31-40 sería alto. También incluyo datos sobre terminación del parto, horas de parto, analgésico utilizado e inicio de lactancia. Para abreviar, en la tabla he usado la combinación ALT para referirme a alto, MED-ALT para medio alto, BAJ para bajo y MED-BAJ para medio bajo.

	Sujeto1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8	Sujeto 9	Sujeto 10
Confianza en propio cuerpo PREPARTO	ALT	MED-ALT	ALT	ALT	ALT	MED-ALT	MED-ALT	ALT	MED-ALT	ALT
Confianza en propio cuerpo POSPARTO	MED-BAJ	MED-BAJ	ALT	ALT	MED-BAJ	BAJ	MED-BAJ	ALT	MED-BAJ	ALT
Expectativa placer PREPARTO	MED-ALT	BAJ	ALT	ALT	BAJ	BAJ	BAJ	ALT	BAJ	ALT
Placer sentido en parto	BAJ	BAJ	MED-BAJ	MED-ALT	BAJ	BAJ	BAJ	MED-BAJ	BAJ	MED-ALT
Peligro percibido PREPARTO	MED-BAJ	MED-ALT	MED-BAJ	BAJ	MED-ALT	MED-ALT	MED-ALT	BAJ	MED-ALT	BAJ
Peligro percibido POSPARTO	MED-ALT	ALT	BAJ	BAJ	MED-ALT	ALT	MED-ALT	BAJ	MED-ALT	BAJ
Expectativa de dolor PREPARTO	MED-BAJ	ALT	BAJ	MED-BAJ	MED-ALT	ALT	ALT	BAJ	ALT	MED-BAJ
Dolor sentido en parto	ALT	ALT	MED-ALT	MED-ALT	ALT	ALT	ALT	MED-ALT	ALT	MED-ALT
Visión negativa transmitida	ALT	MED-BAJ	MED-ALT	ALT	MED-ALT	ALT	ALT	MED-ALT	ALT	MED-ALT
Visión positiva transmitida	BAJ	ALT	MED-BAJ	BAJ	MED-BAJ	BAJ	BAJ	MED-ALT	BAJ	MED-BAJ
Horas de parto MADRE	5	10+	3	10+	10+	Cesárea	10+	3	10+	
Horas de parto sujeto	8	cesárea	4	5	7	Cesárea	9	2	8	3
Lugar del parto	Hosp	hosp	hosp	Casa	hosp	Hosp	hosp	hosp	hosp	Casa
Terminación	Parto nat	cesárea	Parto nat	Parto nat	Parto nat	Cesárea	Parto nat	Parto nat	Parto nat	Parto nat
Intervención médica	3	cesárea	0	0	3	ceárea	4	1		0
Bajón anímico posparto	MED-ALT	MED-BAJ	BAJ	BAJ	MED-BAJ	ALT	MED-ALT	BAJ	MED-BAJ	BAJ

Depresión posparto	MED-BAJ	MED-BAJ	BAJ	BAJ	MED-BAJ	ALT	MED-BAJ	BAJ	MED-BAJ	BAJ
Inicio lactancia	FACIL	FACIL	FACIL	FACIL	DIFICIL	DIFICIL	DIFICIL	FACIL	FACIL	FACIL

tabla 1

Como podemos leer en la *tabla 1,* los sujetos que puntuaron alto o medio alto en la dimensión peligrosidad del parto durante el embarazo (sujeto 1,2,5,6,7,9), so también aquellas que tuvieron los parto más largos (más de 7 horas) y las embarazadas que terminaron en cesárea también se encuentran entre ellos. Los mismos sujetos que percibieron el parto como más doloroso ya que todas puntuaron lo más alto en esta dimensión. Las tres mujeres que tuvieron un inicio de lactancia difícil también estuvieron entre estas seis mujeres. Las seis mujeres tuvieron 3 o más intervenciones médicas en sus partos.

Por otro lado, las cuatro mujeres (sujeto 3,4,8,10) que tuvieron los partos más cortos (entre 2-5 horas), son las que tuvieron la expectativa más alta de poder sentir placer en el parto durante el embarazo, las que efectivamente sintieron más placer en el parto, sintieron menos dolor en sus partos y son las únicas que puntuaron bajo en la dimensión *bajón anímico después del parto*. Son también las cuatro mujeres que en el embarazo vieron el parto como un proceso con baja peligrosidad. Dos de ellas parieron en casa y dos por parto natural en el hospital. Tres de ellas parieron sin intervenciones médicas y una de ellas con una.

Las dimensiones que miden la visión negativa o positiva del parto transmitido no demuestran correlación con el desenlace de los partos ni de las expectativas de las mujeres embarazadas.

5. Discusión

Según los resultados obtenidos las creencias previas al parto tienen relación con cómo la mujer vive su propio parto, ya sea por la liberación de las hormonas acorde con sus sentimientos o porque de alguna manera su creencia condiciona su comportamiento

La Encuesta general, a diferencia de la Encuesta para embarazadas con doble medida pre y posparto, mide las creencias del parto de carácter retrospectivo, por lo que podría influir la misma experiencia del parto en los resultados. Esto, que a primera vista podría parecer algo negativo creo que puede ser de gran validez para poder tener otro tipo de medida de cómo las creencias hayan influido en el parto. Nos aporta información de diferente tipo. Por ejemplo en este caso podemos pensar que la dimensión peligrosidad del parto sea algo que en parte sea el resultado de la propia experiencia, a diferencia de lo que se haya transmitido cultualmente o por parte de la

madre. Lo mismo pasa con la dimensión de confianza en el propio cuerpo y posibilidad de parto placentero. En la encuesta con doble medida pre- y posparto a cambio, al ser realizada con mujeres primerizas, mide en la medida preparto únicamente las creencias previas ya que no hay experiencia propia con la que comparar. El hecho de que la dimensión *peligrosidad del parto* correlaciona con la dimensión *visión negativa transmitida culturalmente y por la madre* nos ayuda a entender cómo la creencia primero crea el parto, y luego, al confirmarse la creencia se refuerza la relación entre ambos. Lo mismo pasa al revés. Cuando la mujer ha recibido estímulos con una visión positiva del parto estará más abierta a ver el parto con confianza, como algo positivo e incluso como algo que podría ser placentero (como podemos ver en la *figura 2*). Esto nos lleva a contemplar si no sería de gran importancia reconsiderar la preparación al parto tradicional y también la visión del parto que estamos transmitiendo a través de los medios de comunicación.

Por otro lado, los resultados de la Encuesta para embarazadas con doble medida pre- y posparto no parecen tener correlación la visión del parto transmitido culturalmente con el tipo de parto que haya tenido la embarazada. Este resultado extraña al contemplar que dimensiones como peligrosidad del parto y expectativas de placer o dolor si lo hacen, de manera que mujeres que son más abiertas a experimentar placer en sus partos de hecho afirman haberlo hecho mientras que las embarazadas que perciben el parto como un proceso peligroso y doloroso luego afirman haber sentido el máximo dolor posible. Quizás la diferencia está en o que las diferentes dimensiones en realidad están midiendo. La dimensión del parto negativo transmitido culturalmente y por las mujeres de referencia, igual que la visión positiva transmitida, en realidad se basan en recuerdos de las mujeres de lo que las madres u abuelas les hayan contado o hablado de sus propios partos. El recuerdo consciente quizás no influya de manera directa, ni forme ciegamente las creencias de las mujeres. Quizás las otras dimensiones, como peligrosidad del parto, confianza en el propio cuerpo, expectativa de dolor y placer, miden de manera más directa las creencias formadas a lo largo de la vida de la mujer. De hecho, las mujeres que puntuaron alto en peligrosidad el parto y expectativa del dolor, no sólo sintieron más dolor en sus partos si no que sufrieron más intervenciones médicas y tuvieron partos más largos. Tenían más dificultades para iniciar la lactancia y mayor bajón anímico e incluso depresión posparto. Las mujeres que puntuaron bajo en peligrosidad del parto y alta expectativa de poder sentir placer y confianza en el propio cuerpo, sintieron más placer, menos dolor, menor bajón anímico después del parto, inicio de la lactancia más fácil, tuvieron partos más cortos y casi ninguna intervención médica. Por otro lado, he contado con una muestra muy pequeña de mujeres embarazadas para la Encuesta para embarazadas con doble medida pre y posparto. Esto le quita validez ecológica, y para confirmar la hipótesis, o en su defecto rechazarlo, haría falta una muestra mucho más grande, aparte de revisar las dimensiones para asegurarse de que realmente están midiendo lo que deberían medir. También haría falta un análisis estadístico de los datos más exhaustivo para concluir que los resultados sean significativamente importantes.

Aun así, los datos tanto en la Encuesta general como en la Encuesta para embarazadas con doble medida, parecen transmitirnos que de hecho las creencias previas al parto son como una profecía que se auto cumple con el parto, como indicaban Alan Baron y Mark Galizio en el artículo *Control de la conducta operante humana por medio de instrucciones*.

Entonces, ¿no sería de gran interés que las mujeres embarazadas tuvieron una visión más positiva del parto, confianza en sus propios cuerpos y sentirse más abiertas a otras sensaciones que no sean sólo dolor y miedo? Porque parece ser una buena vacuna para los partos "malos" que inunda nuestra cultura. Por ejemplo, ¿no sería interesante implantar una preparación al parto del estilo psicoprofilaxis para así crear unas condiciones psicológicas óptimas para la mujer para dar a luz? La preparación psicoprofiláctica es un conjunto de técnicas educativas que se aplican a embarazadas a partir de la semana 28 de gestación, donde el objetivo principal es preparar a la mujer para enfrentarse al parto sin miedo, cambiar los pensamientos alrededor del parto y conocer todas sus facetas fisiológicas. La base está en cambiar esas creencias previas llenos de ansiedad y temor, para poder vivir el parto de manera positiva e incluso sin dolor o con dolor reducido. (Ruiz, 1986) Sería muy interesante e importante para la psicología obstétrica realizar un futuro estudio de investigación con embarazadas con un programa de preparación psicoprofiláctica para comprobar su eficacia a lo largo del embarazo y los resultados después del parto.

¿Sería posible implantar en nuestra cultura una visión más positiva y lleno de confianza en el proceso natural del parto? Para ello, desde la psicología de la obstetricia tienen que, según mi visión personal, entender que la seguridad y los avances médicos no van en contra de la confianza en el proceso natural del parto. Es conocido que en países como Reino Unido y Holanda los partos en casa son muy comunes, y el hospital está reservado para los casos de riesgo alto o cuando algo no va bien. No sólo la visión del parto es más positiva y la confianza en el propio cuerpo mayor, y por ello los nacimientos más naturales, si no que los partos no son ni un negocio para los hospitales privados ni un gasto para la seguridad social (Smulders, Croon 2009).

6. Bibliografía

Barón, A. & Galizio, M. (1990). Control de la conducta operante humana por medio de instrucciones. En E. Ribes y P. Harzem (Comps.), Lenguaje y Conducta (pp. 123-168). México: Trillas.

Fernández del Castillo, I. (2008) La revolución del Nacimiento. Partos respetados. Nacimientos más seguros

Odent, M. (2005) Nacimiento renacido

Odent, M. (2007) El bebé es un mamífero

Odent, M. (2007) La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad

Ruiz, C. (1955) Parto sin dolor

Ruiz, C. (1986) Cómo se hace la preparación psicoprofiláctica del parto sin dolor

Ruiz, C. (2009) Parir sin Miedo. El legado de Consuelo Ruiz Vélez-Frías

Smulders, B. y Croon, M (2009) Parto Seguro

Stahl, S.M. (2008) Psicofarmacología Esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. (3ª edición)