

## Inoculación de estrés en la preparación al parto

José Gil Martínez  
Distest Consultores

Este programa ha sido desarrollado por el Gabinete Municipal de Psicología de Alcácer

### I. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PARTO Y EN EL POSTPARTO: ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

La inoculación de estrés es una amalgama de técnicas que enseñan a la persona a enfrentarse a situaciones difíciles de estrés y a comprobar qué técnicas se ajustan mejor para enfrentarse y resolver un problema. La inoculación de estrés ha sido utilizada en la solución de enfrentamiento de diferentes tipos de problemas, como son las fobias, la ansiedad, el dolor, la cólera, los traumas después de una violación, el abuso de alcohol, víctimas de ataques terroristas, etc. La técnica se ha empleado con diversas poblaciones (policías, militares, trabajos estresantes, etc.), y los entrenadores han sido un amplio rango de profesionales (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, médicos, trabajadores sociales, etc.) (Meichenbaum, 1985).

Dentro de los problemas médicos y de salud, la inoculación de estrés ha demostrado ser una técnica eficaz en la preparación de pacientes cardíacos para intervenciones a corazón abierto (Erdahl y Blythe, 1984), en la preparación de pacientes adultos en la caterización cardíaca o coronariografía (Kendall, 1983), en la preparación para operaciones en general (Langer, Janis y Wolferm, 1975), en la preparación a niños para exámenes e intervenciones dentales (Melamed, 1982; Melamed y Siegel, 1975; Siegel y Peterson, 1980), en pacientes con problemas de dolor (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983), personas con cáncer, tanto adultos como niños (Moore y

Altamaier, 1981), artritis reumática (Randich, 1982), cefaleas de tensión crónicas (Holroyd y Andrasik, 1978; Holroyd y cols., 1977), pacientes con quemaduras (Wernick, 1983; Wernick y cols., 1981), hipertensión esencial (Jorgensen y cols., 1981), mujeres con dismenorreas (Quillen y Denney, 1982), dolor dental (Klepac y cols., 1981).

En preparación al parto se ha utilizado la anticipación de información como método de preparación al estrés del parto combinado con gran variedad de sugerencias de enfrentamiento.

Ha sido investigado durante varias décadas aplicándolo a miles de mujeres (Breen, 1975; Dick-Read, 1959; Dvering y Entwhistle, 1975; Huttel y cols., 1972; Lemaze, 1985; Levy y Mc Gee, 1975). Los resultados obtenidos en general, han sido buenos, e indican que la mera información puede inocular a las mujeres a enfrentarse al parto y otros tipos de intervenciones quirúrgicas (Janis, 1983). Pero también existen algunos fracasos (Davenport-Stack y Boylan, 1974; Javert y Hardy, 1951). Esto quiere decir que la información y las sugerencias de enfrentamiento funcionan, pero no siempre. Hay que ver qué componentes son eficaces y cuáles no (Janis, 1983) y ver cómo puede aumentarse la eficacia. Vamos a ver las partes en que consta la Inoculación de Estrés en General.

#### 1.1. Fases del entrenamiento en inoculación de estrés

##### 1.1.1 Fase de conceptualización y educación

Durante esta fase se recogen los datos referentes a la situación por la que tiene que pasar la persona, las

conductas que tiene o ha tenido en situaciones similares, los pensamientos que han aparecido y las respuestas psicológicas que han presentado. De este modo se realiza un análisis funcional donde se integran todas las variables que van a entrar en juego en la situación problemática. La recogida de datos se hace por medio de entrevistas, reconstrucción imaginativa, autorregistros, observación directa, autoinformes, etc., de tal forma que se especifican los cambios que han de darse y se analizan para producir respuestas adecuadas en cada situación.

Una vez realizada la recogida de datos, se presenta un modelo conceptual o una reconceptualización que especifique las variables del problema, su interacción y la relación con la situación. Depende del tipo de situación y de problema será más adecuado un modelo u otro (Meichenbaum y Cameron, 1983). En casos de ansiedad se recomienda el modelo de Schachter (1966); para problemas relacionados con el dolor, la teoría de la puerta del dolor de Melzak (1979) o Melzack y Wall (1965), con miedos, el modelo tripartito de Lang (1968); para problemas de estrés, el modelo transaccional de Lazarus (1981); en problemas de habilidades sociales, el modelo de autoeficacia de Bandura (1977).

La conceptualización tiene como funciones destacar las dimensiones, las probables respuestas erróneas dadas, el grado de amenaza real y tranquilizar a la persona sobre la situación, además de enseñarle a utilizar los datos de su propia experiencia para poner a prueba el modelo. Dentro de la reconceptualización se le enseña a ver que la situación pro-

blemática no funciona como un todo, sino que el problema y la persona van pasando por una serie de fases, mediante las cuales se enfrenta correctamente al problema. Estas pueden ser:

- De *preparación* o anterior al enfrentamiento a la situación.
- Momento de *confrontación* con la situación.
- Momento de malestar máximo donde hay posibilidades de *desbordamiento*.
- Conclusión de la situación y *autorrefuerzo*.

### 1.1.2. Fase de adquisición de estrategias y ensayo

Las estrategias a utilizar se incluyen dentro de lo que Lazarus y Launier (1978) llamaron instrumentales (enfocadas hacia el problema) y paliativas (reguladoras de la emoción).

*Estrategias instrumentales*, son las que sirven a la persona para enfrentarse a la situación, por ejemplo por medio de la técnica de Solución de Problemas (D'Zurrilla y Golfried, 1971; D'Zurrilla y Nezu, 1982), para cada una de las fases de preparación, confrontación, desbordamiento y autorrefuerzo.

La persona debe plantearse:

1. El problema puede superarse y resolverse.
2. Planificación de metas reales y concretas.
3. Generación de alternativas.
4. Análisis de las alternativas y sus consecuencias, selección de la alternativa más adecuada, selección de las conductas más adecuadas.
5. Ensayo de conducta en la imaginación y práctica gradual.
6. Análisis de las expectativas de fracaso y autorrefuerzo.
7. Reconsideración del problema en caso de fracaso.

Además es de gran utilidad enseñar a la persona técnicas de comunicación para que en la situación real pueda pedir información y/o expresar correctamente sensaciones.

*Estrategias paliativas*, no sirven para enfrentarse al problema directamente, sino para disminuir la sensación de estrés. Por ejemplo:

1. Visión de la situación desde una perspectiva más atractiva, sin magnificar subjetivamente la situación.
2. Observar las reacciones de un modelo adecuado en situaciones semejantes.
3. Utilizar distracciones cognitivas,

reducciones al absurdo, imágenes paradójicas, somatización del dolor, transformación del contexto de forma cubierta, etc.

4. Uso correcto de las redes de apoyo social.
5. Expresión apropiada de sentimientos.
6. Relajación muscular.

*Ensayo de las estrategias*, una vez analizadas las estrategias más adecuadas para cada uno de los momentos de la situación, se practican por medio de la simulación en situaciones artificiales para cada una de las diversas fases por las que atraviesa la situación problema. En estos ensayos se comienza a entrenar a la persona a hablarse a sí mismo, es decir, a darse autoinstrucciones. Hay que señalar que las autoinstrucciones no consisten en repetir frases sin sentido, sino que la persona debe conocer la importancia del habla privada y reconocer cuándo se habla de forma negativa y positiva. Las autoinstrucciones, dice Meichenbaum (1985), tampoco son como decía Emilio Coué (psiquiatra francés), la repetición de la frase «Cada día, en cada momento, yo me siento mejor y mejor».

Las autoinstrucciones desarrollan el proceso autorregulador de forma que aumente la probabilidad de que la persona dé respuestas activas de enfrentamiento (Meichenbaum y Cameron, 1983).

### 1.1.3. Fase de aplicación

En esta fase la persona tiene que ensayar las estrategias aprendidas y ponerlas en práctica en una situación similar a la situación-problema. Es conveniente hacer primero una desensibilización sistemática con respuestas mentales de enfrentamiento, que además sirva para identificar las señales que desencadenan el problema. Posteriormente se puede hacer una escenificación o juego de roles con una situación semejante, para ir moldeando progresivamente. Y, por último, el ensayo in vivo de las estrategias por medio de dolor inducido, películas o diapositivas desagradables o la utilización de una situación-problema que no resulte muy aversiva. Es importante anticipar los fracasos y prevenir la superación de los mismos, utilizando el modelo de recaída de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1980-1984) y ensayando respuestas a tales fracasos.

## 1.2. Descripción del problema de preparación para el parto

Hasta el sexto mes de embarazo, las mujeres son informadas sobre los hábitos de alimentación, higiene, descanso, ejercicio, control médico, etc., dándoles como material de apoyo alguna lectura o libro básico sobre el embarazo.

### 1.2.1. Fase I. Conceptualización

A partir del sexto mes se introduce a la embarazada en la dinámica del programa y se recogen los datos necesarios para la identificación y, posteriormente, estudios de evaluación del programa.

Se describe el análisis funcional de las variables de la dilatación y expulsión (Llavona y cols., 1984), así como las teorías de la puerta del dolor (Melzack, 1979) y el modelo transaccional del estrés de Lazarus (1981). Veamos a continuación las variables que se describen y que influyen en la dilatación y expulsión:

1. *Variables antecedentes*. El centro hospitalario, como un lugar de dolor y sufrimiento, la influencia de las manifestaciones de dolor de las compañeras de sala, los tactos e intervenciones médicas, las imágenes y expectativas de dolor y de peligro, así como las interpretaciones erróneas de la situación, la preocupación por el estado del niño, las expectativas sobre la expulsión. Además se informa de los motivos de ingreso, la rotura de aguas, la monitorización, el goteo, la expulsión de la placenta, etc. (Wynn, 1977).

2. *Variables consecuentes*. Formas de suavizar el dolor en la dilatación y la expulsión o estrategias paliativas (Lazarus y Launier, 1978).

3. *Variables del organismo*. Influencia del estado de salud, la elasticidad muscular, la reducción del estado de alerta y del aporte de oxígeno sobre la dilatación y expulsión.

4. *Respuestas*. Adquisición de las respuestas necesarias para que faciliten la dilatación del cuello uterino, la distensión de los tejidos de la vagina y la realización de los pujos.

### 1.2.2. Fase II. Adquisición y ensayo de estrategias

1. Relajación muscular (Bernstein y Borkovec, 1983; Cautela y Groden, 1985) para conseguir suavizar el dolor; disminuir el estado de alerta que desencadenan las variables antecedentes; para relajar los músculos perineales durante las inter-



venciones médicas, así como los músculos abdominales, de la parte inferior de la espalda, perineales y de la vagina, durante las dilataciones, de forma que el útero se contraiga y el cérvix se dilate.

2. Respiración (Aguirre de Cárcer, 1979; Lamaze, 1976; Pratte, 1973). Tipos de respiraciones a utilizar en cada contracción de la dilatación y la expulsión para conseguir el suficiente aporte de oxígeno consumido por la tensión y la dilatación muscular, además de disminuir la sensación de ansiedad, favorecer la realización de los pujos durante la expulsión y controlar las ganas de empujar durante la coronación.

3. Ejercicios de gimnasia maternal (Sebastián, 1981; Pratte, 1973), para conseguir un buen estado de salud; ejercicios que mejoren la circulación, la respiración, que alivien los dolores lumbares y pélvicos, que flexibilicen los músculos perineales y pélvicos y fortalezcan los músculos abdominales y abductores.

4. Autocontrol (Kanfer y Phillips, 1976; Kanfer, 1978). La embarazada debe conseguir la implantación de hábitos de conducta sana en alimentación, ejercicio, períodos de descanso, higiene y control médico; así como la práctica diaria de los ejercicios de relajación y respiración.

Además debe controlar los pensamientos sobre las expectativas del parto y el estado del niño. Por todo

ello es importante que consiga un buen proceso de autocontrol.

5. Autoinstrucciones (Wernick, 1983; Meichenbaum, 1985) para el control del dolor en cada una de las fases de preparación, confrontación y manejo, superación de momentos críticos y autorrefuerzo. Entrenamiento en la detención de autoinstrucciones negativas de enfrentamiento (Meichenbaum y Cameron, 1983). Estas autoinstrucciones deben cubrir diferentes momentos como el inicio del parto, la llegada a la clínica, las intervenciones médicas, las contracciones, la expulsión y el estado del niño.

6. Estrategias cognitivas (Wernick, 1983; Meichenbaum, 1985). Distracción de la atención, enfoque del pensamiento en aspectos ambientales, somatización del dolor comparando las sensaciones en diversas partes del cuerpo, transformación imaginaria del dolor, transformación imaginaria del contexto. También la reevaluación del dolor de las 4 fases señaladas (preparación, confrontación, momentos críticos, autorrefuerzo) ayuda a superar la situación (Meichenbaum, 1977). Estas estrategias sirven para disminuir la influencia de las manifestaciones de

## CONTENIDO DEL PROGRAMA DE INTERVENCION EN EL PARTO

FASES DE LA INOCULACION		CONTACTOS CON LA EMBARAZADA
CONCEPTUALIZACION I	• Recogida e integración de datos.	1
	• Descripción del programa.	2
	• Modelos de estrés y dolor.	
	• Análisis funcional de la dilatación y la expulsión.	3-4
ADQUISICION II	• Relajación muscular	
	• Respiración	
	• Gimnasia	2-3-4
	• Autocontrol	
	• Generación de Autoinstrucciones por el profesional.	
	• Generación de Autoinstrucciones por la embarazada	6-7-8
	• Estrategias cognitivas	
• Construcción de jerarquías para la desensibilización		
APLICACION III	• Modelado	
	• Habilidades sociales	
	• Reexamen de las estrategias	
	• Identificación de los estilos de enfrentamiento	9

dolor de las compañeras de sala, el estado del niño, suavizar el dolor propio, disminuir el estado de alerta y la tensión muscular.

7. Desensibilización sistemática (Wolpe, 1977, 1978). Para descondicionar el centro hospitalario como un lugar de dolor y sufrimiento y para disminuir el miedo general al parto, se prepara una jerarquía de situaciones de menor a mayor intensidad.

8. Modelado (Melamed y Siegel, 1975). Para enseñarle a la mujer todos los momentos por los que tiene que ir pasando y la conducta deseada en cada uno de ellos. Es conveniente la filmación o la presentación de un modelo de enfrentamiento al que le surjan dificultades. Más que un modelo superior de dominio que todo lo hace bien (Kazdin, 1974).

9. Habilidades sociales (Goldstein, 1985). Es importante que la parturienta aprenda a manifestar las sensaciones de dolor, a pedir ayuda al personal médico y aliento, de forma que no se convierta en un elemento aversivo para ellos.

### 1.2.3. Fase III. Aplicación de estrategias

Durante esta fase se realiza primero una Desensibilización Sistemática sobre el miedo al parto y el centro hospitalario como lugar peligroso, donde, mentalmente, se va superando la jerarquía de situaciones de menor a mayor intensidad.

Posteriormente se realiza un ensayo imaginario (Meichenbaum y Cameron, 1983; Meichenbaum, 1985) de un proceso de parto donde se van ensayando las estrategias adquiridas en la fase anterior y se va moldeando a la embarazada para la utilización de dichas estrategias en los momentos claves. Es en este ensayo cuando se expone a la persona a situaciones de fracaso para que utilice las autoinstrucciones de enfrentamiento del modelo de recaída (Marlatt y Gordon, 1980, 1984).

### 1.3. Descripción del programa de intervención postparto

#### 1.3.1. Fase I. Conceptualización

Una vez consolidada la fase II (adquisición) de la preparación al parto, introducimos el programa postparto.

El objetivo fundamental de dicho programa es la intervención sobre la depresión postparto (maternity blues). Esta depresión se considera como fruto de un proceso operante en el que la mujer se encuentra con un organismo debilitado por el sobreesfuerzo que ha representado el parto y el reajuste fisiológico del mismo, además, en ese momento aparecen unos cambios hormonales que pueden influir sobre la inestabilidad emocional. Pero en ningún caso serán factores fundamentales, sino que la aparición de conductas

depresivas dependerá de muchos más factores, que operan sobre las variables orgánicas.

Estos factores y variables se analizarán funcionalmente para que la parturienta comprenda en esta fase la importancia de la adquisición de nuevas habilidades.

Veamos el análisis funcional del postparto (Llavona y col. 1986).

#### 1. Variables del organismo.

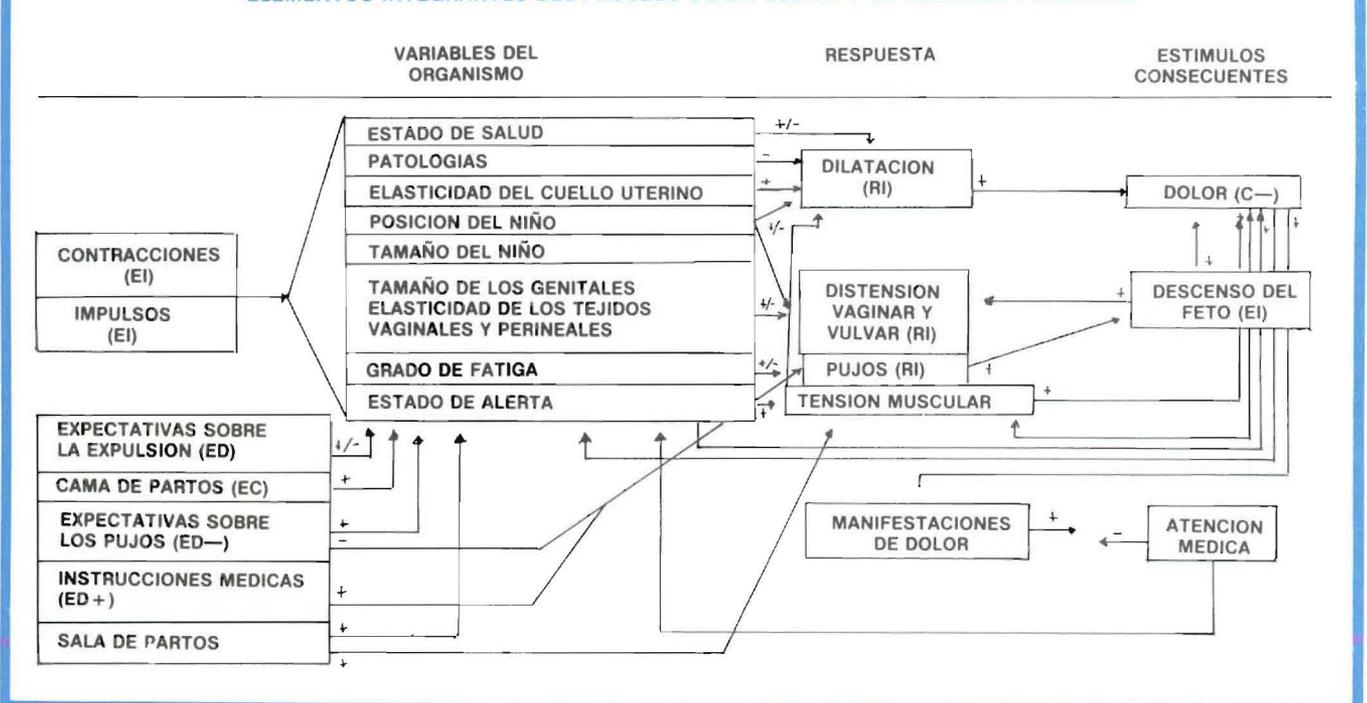
El útero involucre entre 20 y 25 veces, también lo hace la cavidad abdominal, los intestinos tardan varios días en volver a funcionar y existe una gran eliminación de orina. Además, en algunos casos aumenta la sudoración, la sensación de sed frecuente, aparece un estreñimiento, hemorroides, molestias por las intervenciones médicas en el parto, mastitis, etc.

Existe una reducción de estrógenos y progesterona iniciada al final del embarazo que llega al punto más bajo hacia el tercer día después del parto. Además se segrega prolactina y oxitocina para activar las glándulas mamarias.

También el aspecto corporal de la madre requiere un tiempo para volver a ser el mismo cuerpo de antes.

Por último, el organismo, durante este período, se encuentra más agotado debido a la mayor actividad que se realiza con el cuidado de la casa y del niño, ya que éste mantiene en

ELEMENTOS INTEGRANTES DEL PROCESO DE EXPULSION Y SU RELACION FUNCIONAL





estado de alerta a la madre, incluso durante la noche; esto desencadena un estado de fatiga y alteraciones del sueño.

## 2. Respuestas de la madre y variables consecuentes.

Este refuerzo de la madre puede no verse compensado si el niño presenta algún problema de salud o alimentación, o si el marido discrepa en cuestiones relacionadas con el cuidado del niño y/o se considera postergado en el cuidado del mismo. Mención especial merece el llanto del niño, que al no informar siempre claramente lo que se debe hacer para que cese, lleva a la madre a explorar lo que le sucede reforzando más ese llanto.

Además, durante este período se reducen las actividades de ocio y las relaciones interpersonales fuera de casa. Las relaciones sexuales también se ven afectadas, por una parte, por la no conveniencia en las últimas semanas del embarazo y primeras después del parto; por otra, por el estado de fatiga, y por otra, por la pérdida de atractivo del cuerpo de la mujer.

Finalmente, en este período la pareja tiene que afrontar nuevas situaciones en las que pueden aparecer discrepancias a la hora de tomar decisiones, modo de cuidar al niño, redistribución de las tareas de la casa, las relaciones con las respectivas familias, los gastos suplementarios.

## 1.3.2. Fase II. Adquisición y ensayo de estrategias

1. La relajación muscular aprendida para el parto servirá en el postparto como ayuda para el descanso, de forma que se le enseñará a programar períodos supletorios de sueño con práctica de relajación.

2. Ejercicios de gimnasia postparto (Pratte, 1973) que mejoran la circulación y el desplazamiento de los órganos internos, y, por supuesto, favorezcan el reajuste corporal y mejoren el atractivo físico.

3. Autocontrol (Kanfer y Phillips, 1976; Kanfer, 1978), para conseguir la implantación de hábitos de conducta en la alimentación, la programación de períodos de descanso, la realización de ejercicios físicos, higiene y cuidado personal, práctica de relajación y la mejora de habilidades sociales.

Además se le debe enseñar el uso de autorrefuerzos contingentes a ciertas actividades.

4. Modelado (Melamed y Siegel, 1975). A la madre se le enseñan los posibles problemas que pueden surgir en la preparación de biberones, amamantamiento, preparación del baño, cambio de pañales, el destete, así como las posibles causas de malestar e inquietud del niño (hambre, dolor, necesidades de cambiar pañales, etc.). Además se le muestran las posibilidades que tiene de delegar en otras personas.

5. Ensayo de conducta. Todas las tareas de crianza enumeradas tienen que ser ensayadas por la madre, enseñándole a modificar posturas incorrectas y dándole *feedback* de su correcta ejecución.

6. Habilidades sociales (Goldstein, 1981; Goldstein y cols. 1976) para mejorar el nivel de refuerzo, comunicación y solución de los problemas que puedan aparecer, se entrenará a la pareja en el incremento de refuerzos, la mejora de la comunicación y la solución de problemas.

## 1.3.3. Fase III. Aplicación de estrategias

En este período interesa sobre todo la práctica de las habilidades sociales, para ello se establecen una serie de deberes o metas para casa que la pareja debe ir ensayando. Se les entregan unas hojas para rellenar antes y después de hacer la tarea (Goldstein, 1981), donde se especifica la habilidad que se va a usar, los pasos a seguir, el lugar, el refuerzo que seguirá y lo que realmente sucedió.



## II. MATERIAL E INSTRUMENTOS

La recogida de datos se hace, la primera vez, durante la sesión inicial,

por medio de una anamnesis sobre el embarazo, el inventario de molestias de Cornell y una escala de depresión situacional (Forma A). La se-

gunda vez se realiza después del parto, antes de que transcurra un mes, a través de un cuestionario sobre los resultados de la preparación al parto, la percepción del parto y una escala de depresión situacional (Forma B).

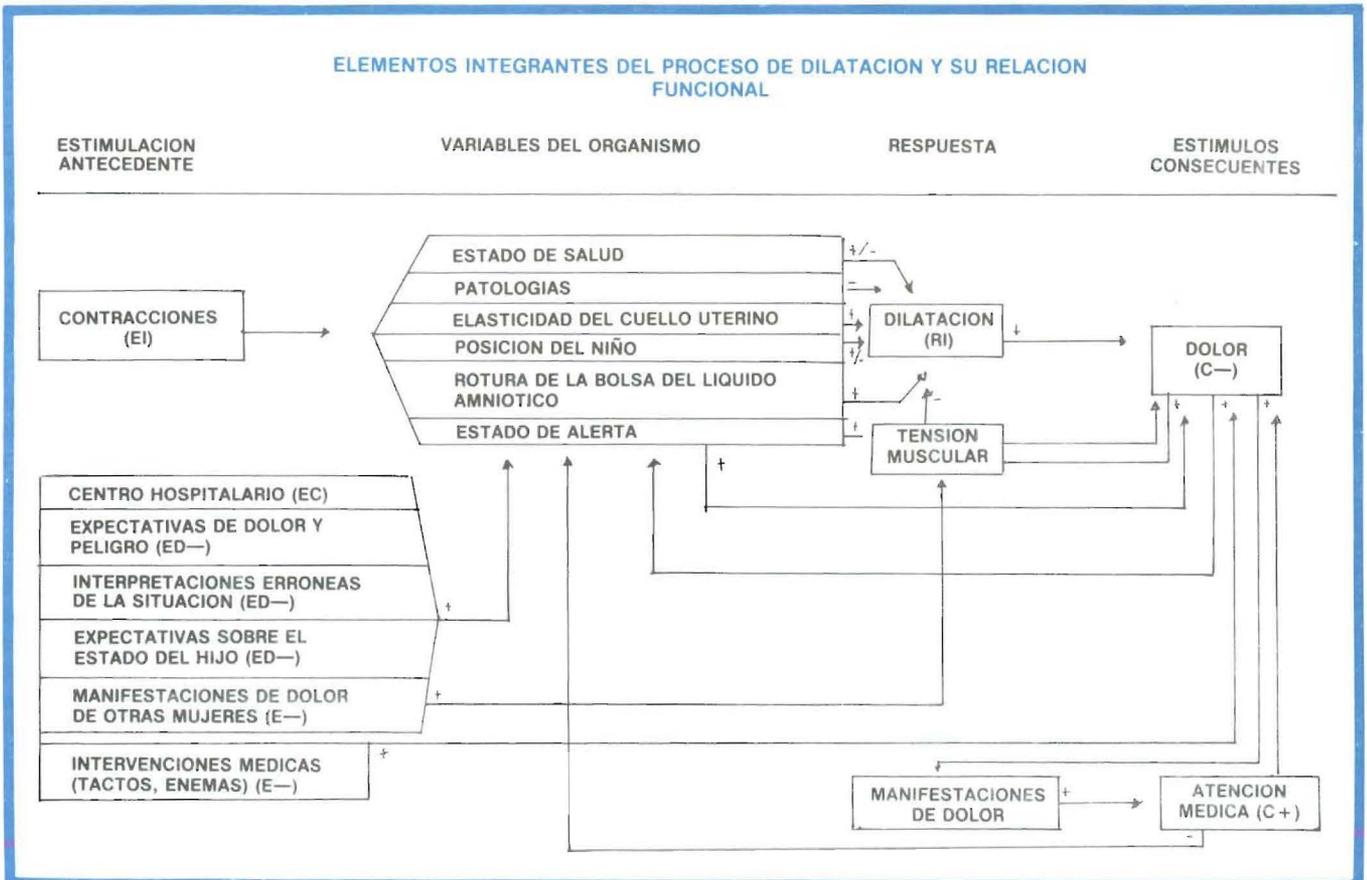
**Anamnesis.** Recoge datos de identificación, fecha prevista de parto, antecedentes obstétricos, motivación para la asistencia a la preparación al parto, miedo e ilusión del parto, vómitos durante el embarazo.

**Inventario de molestias de Cornell.** Es un instrumento que recoge molestias somáticas y psicológicas. Se ha utilizado una versión adaptada por Pelechano (1981), compuesta de 24 ítems y que aísla 2 factores: 1. (14 ítems) de un área emocional, y 2 (10 ítems) de un área de sintomatología somática. Es un inventario de elección forzado con 2 opciones (sí/no).

**Escala de depresión situacional.** Es un instrumento que discrimina los estados de humor (Pelechano, 1981), con dos formas paralelas A y B. Hay tres opciones de respuestas: sí, no, ni una cosa ni otra. Se le da el valor cero a la ausencia, uno a «ni una ni otra» y dos a la presencia.

**Cuestionario sobre los resultados de la preparación al parto.** Re-

### ELEMENTOS INTEGRANTES DEL PROCESO DE DILATACION Y SU RELACION FUNCIONAL



## CONTENIDO DEL PROGRAMA DE INTERVENCION POSTPARTO

Fases de la inoculación		Contactos con las embarazadas
Conceptualización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de los cuestionarios de molestias y depresión</li> <li>• Análisis funcional de la depresión postparto</li> </ul>	9
Adquisición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajación muscular</li> <li>• Autocontrol</li> <li>• Modelado</li> <li>• Ensayo de conducta</li> <li>• Habilidades Sociales</li> </ul>	9 10
Aplicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reexamen de las estrategias</li> <li>• Revisión de tareas</li> </ul>	11
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gimnasia postparto</li> </ul>	Después del parto

coge datos de identificación sobre el parto, asistencia y práctica en la preparación al parto, lactancia, comportamiento, sensación de dolor, influencia de los factores del curso de preparación, influencia de otros factores.

### Cuestionario sobre percepción

**del parto.** Son 24 ítems sobre la percepción de la madre sobre el parto (Pelechano, 1981). Existen tres posibilidades de respuesta, 1.º, el ítem no describe la situación; 2.º, el ítem la describe un poco; 3.º, el ítem la describe. Tiene 8 factores: (1) de-

nunca más» (ítems 8, 11, 13, 16, 22, 23), (2) evaluaciones positivas «Un acontecimiento hermoso» (ítems 1, 2, 3, 15); (3) vivencia consciente del parto (ítem 5); (4) factores emocionales en el parto (ítems 6, 17, 18); (5) control de la situación del parto (ítems 7, 10, 12); (6) impacto emocional del parto (ítems 4 y 14); (7) percepción del parto como una vivencia dolorosa (ítem 9); (8) rechazo frente al marido (ítems 19, 20, 21, 24).

**Videos:** Sobre cuidados, higiene y alimentación durante el embarazo; reproducción; métodos anticonceptivos.

**Diapositivas.** Sobre el parto.

Diverso **material impreso**, explicando el análisis del proceso de dilatación y expulsión; las diferentes formas de respiración; la relajación muscular; hojas de autocontrol, etc.

**Locales.** Centro Social Municipal de Alcácer durante un año.

**Personal.** Gabinete Municipal de Psicología y Matrona Municipal de Alcácer.

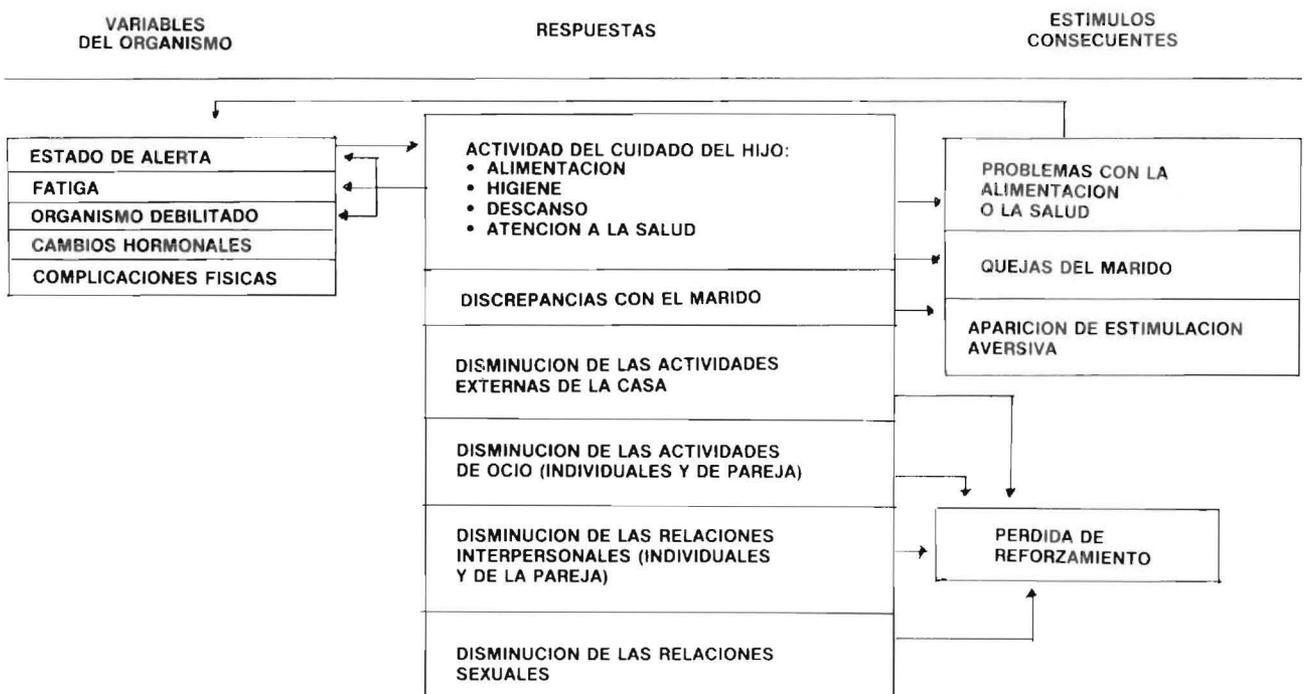
## III. RESULTADOS

### 3.1. Anamnesis

#### 3.1.1. Descripción de la población (cuadro 1)

Se han atendido 97 embarazadas

## ELEMENTOS QUE DAN LUGAR A LA DEPRESION POSTPARTO Y SU RELACION FUNCIONAL





## PROGRAMA DE PREPARACION AL PARTO

- 1.ª sesión: Recogida e integración de datos. Descripción de la dinámica del curso. Introducción general del contenido de la preparación al parto y postparto.
- 2.ª sesión: Explicación de los modelos de estrés y de dolor. Introducción a la gimnasia para el parto. Tipos de respiración (abdominal y torácica). Introducción a la relajación muscular.
- 3.ª sesión: Análisis funcional de la dilatación. Ejercicios de gimnasia. Tipos de respiración en la dilatación. Relajación muscular.
- 4.ª sesión: Análisis funcional de la expulsión. Ejercicios de gimnasia. Tipos de respiración en la expulsión. Relajación muscular.
- 5.ª sesión: Autocontrol por medio de hojas de autorregistro. Explicación de los principios básicos. Práctica de la relajación, respiración y gimnasia sin guía del profesional para empezar los ejercicios en casa.
- 6.ª sesión: Revisión de las hojas de autorregistro de los ejercicios diarios de relajación, respiración y gimnasia. Planificación de metas y submetas. Elicitación de autoinstrucciones positivas y negativas por el profesional. Práctica de la relajación, respiración y gimnasia sin guía del profesional.
- 7.ª sesión: Revisión de las hojas de autorregistro de los ejercicios diarios. Formación de autoinstrucciones y utilización por la embarazada. Descripción de estrategias cognitivas y utilización por la embarazada. Práctica de la relajación, respiración y gimnasia sin guía del profesional.
- 8.ª sesión: Revisión de las hojas de autorregistro de los ejercicios diarios. Descondicionamiento del centro hospitalario como un lugar de dolor y sufrimiento por medio de una desensibilización sistemática. Modelado a cargo de un modelo de enfrentamiento. Habilidades sociales para el parto. Práctica de la respiración y gimnasia sin guía del profesional. Aprendizaje de la relajación muscular breve.
- 9.ª sesión: Revisión de las hojas de autorregistro de los ejercicios diarios. Simulación de un parto para reexaminar las estrategias e identificar los estilos de enfrentamiento. Análisis funcional de la depresión postparto. Clase práctica de educación maternal. Práctica en casa de autocontrol de actividades.
- 10.ª sesión: Sesión con el marido. Aprendizaje de las habilidades sociales básicas dentro y fuera de la pareja.
- 11.ª sesión: Revisión de las hojas de autorregistro de los ejercicios diarios y actividades. Examen de las estrategias de prevención de la depresión postparto.

en el período de un año, en grupos de 10 personas por curso de preparación. De las 97, 63 eran primíparas, y 34 multíparas (cuadro 2A). Habiendo sido preparadas anteriormente a este curso 12 embarazadas del total (cuadro 2B). La distribución por edades fue la siguiente (cuadro 2C): Hasta 25 años, 41 mujeres; de 25 a 29, 29 embarazadas; de 30 a 34, 17; de 35 a 39, 9; de 40 o más, 1.

### 3.1.2. Motivaciones para realizar la preparación

El 47'6% de las mujeres querían participar activamente en su maternidad. El 31'7% intentaban un parto con menos dolor. Y tan sólo el 9'3% de las embarazadas acudían a la preparación al parto por indicaciones de su médico (ver cuadro 3).

En el miedo al parto, 19'1% consideraban que no tenían miedo,

54'2% ligeramente y 26'6% mucho. En cuanto a ilusión, el 91'4% tenía mucha ilusión. Por lo que se refiere a preferencias de sexo, el 9'4% prefería niño, el 30'5% prefiere niña, y el 60% no tenía ninguna inclinación. Por último, 41'5% de las embarazadas tuvieron vómitos al principio del embarazo (ver cuadro 4).

### 3.2. Cuestionario sobre resultados de la preparación

#### 3.2.1. Participación en el curso

Asistencia a clase, el 72'2% asisten a todas las clases, y el 27'7% no lo hacen. La relajación muscular y los ejercicios de respiración y gimnasia los practican en casa el

Cuadro n.º 1  
DESCRIPCION DE LA POBLACION

Categoría	N
Mujeres que comienzan el curso de preparación al parto y postparto	97
• Primíparas.....	63
• Multíparas.....	34
Mujeres que terminan el curso de preparación al parto y postparto	80
• Primíparas.....	55
• Multíparas.....	25
Mujeres entrevistadas después del parto.....	38
• Primíparas.....	22
• Multíparas.....	16

94'11% de las embarazadas, una media de 20 veces.

### 3.2.2. Datos sobre el parto

Del total de las parturientas, el 17'64% fueron partos de riñones. La duración del trabajo del parto fue de 1 hora y 30 minutos a 12 horas y 30 minutos; la duración del período de expulsión, de 10 minutos a 2 horas y 30 minutos. Al llegar a la clínica la dilatación oscilaba entre 0 y 8 centímetros, el 64'70% de las parturientas necesitó la anestesia, y el 35'29% pudo realizar el parto sin ningún tipo de anestesia. La valoración que las mujeres hicieron sobre su comportamiento en el parto fue: el 23'53% de ellas consideró su comportamiento como excelente, el 47'05% consideró su comportamiento como muy bueno, y el 29'41% como bueno, quedando las categorías regular y malo en 0. Por otra parte, la sensación de dolor alcanzada durante el parto ha sido: 12'5%, parto sin dolor; 43'75%, parto muy soportable; 25%, parto soportable; 12'5%, parto difícilmente soportable; 5'8%, parto no soportable (cuadro 5).

### 3.2.3. Influencia de los factores del curso

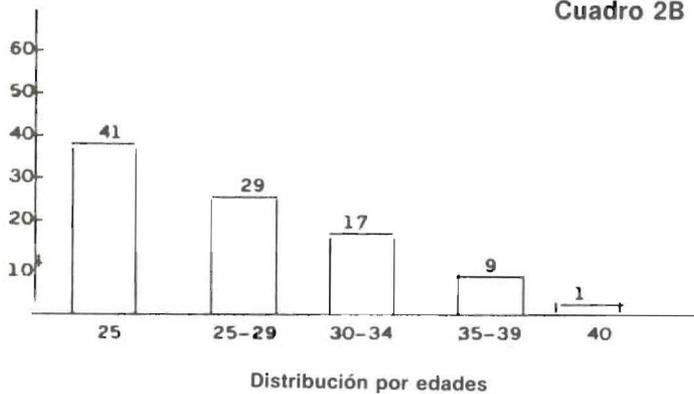
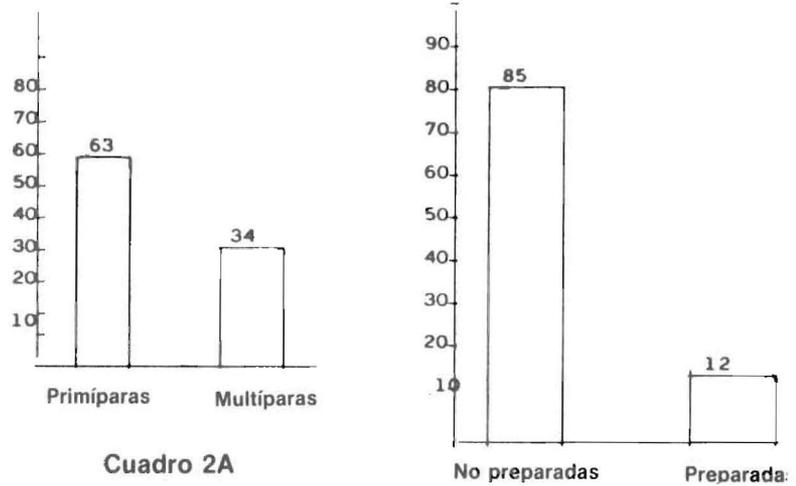
A juicio de las participantes el factor más importante en el curso es «la práctica de la respiración», seguido de «la práctica de la relajación», «los conocimientos adquiridos» y «los ejercicios musculares»; los factores menos importantes fueron «la confianza creada por el psicólogo» y «la influencia del grupo».

Respecto a otros factores que han podido influir en los resultados del parto, las embarazadas consideran que el curso de preparación y la actitud de la matrona que las vigiló durante el embarazo fue muy favorable, también lo fueron la actitud del marido, la de su familia y la del tocólogo. Siendo más indiferente la actitud de las amigas y el ambiente del centro hospitalario (cuadro 6).

### 3.2.4. Depresión postparto

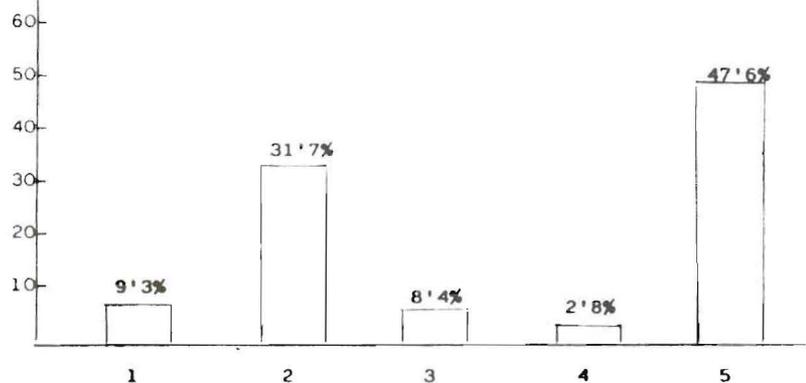
Después del parto el 27'7% de las parturientas entrevistadas manifestó los siguientes síntomas depresivos: Lloros, impotencia, impaciencia, sensación de agobio, desesperación, ganas de no ver a nadie, cansancio. El 72'3% no sintió ningún síntoma.

Cuadro n.º 2



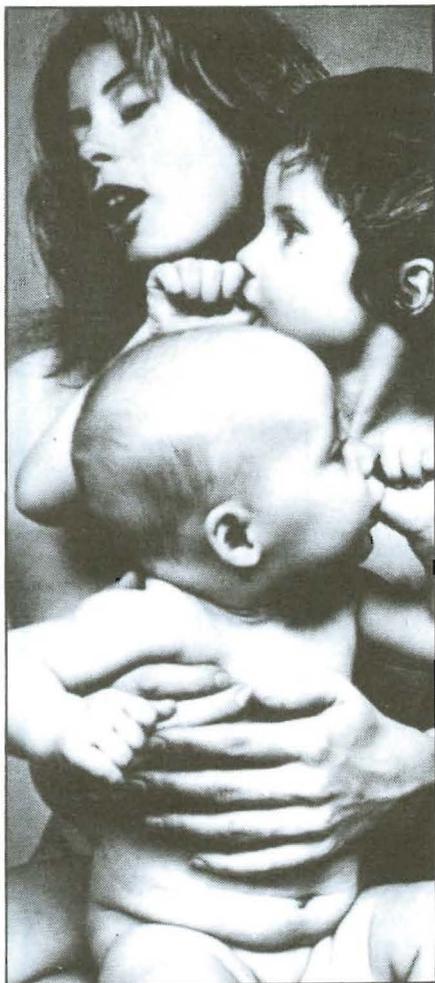
Cuadro 2C

Cuadro n.º 3



#### Motivaciones:

1. El médico me lo ha indicado.
2. Intentar conseguir un parto sin dolor o con menos dolor.
3. No concibo dar a luz sin saber a lo que voy.
4. El temor a los posibles riesgos de la anestesia.
5. Querer participar activamente en mi maternidad.

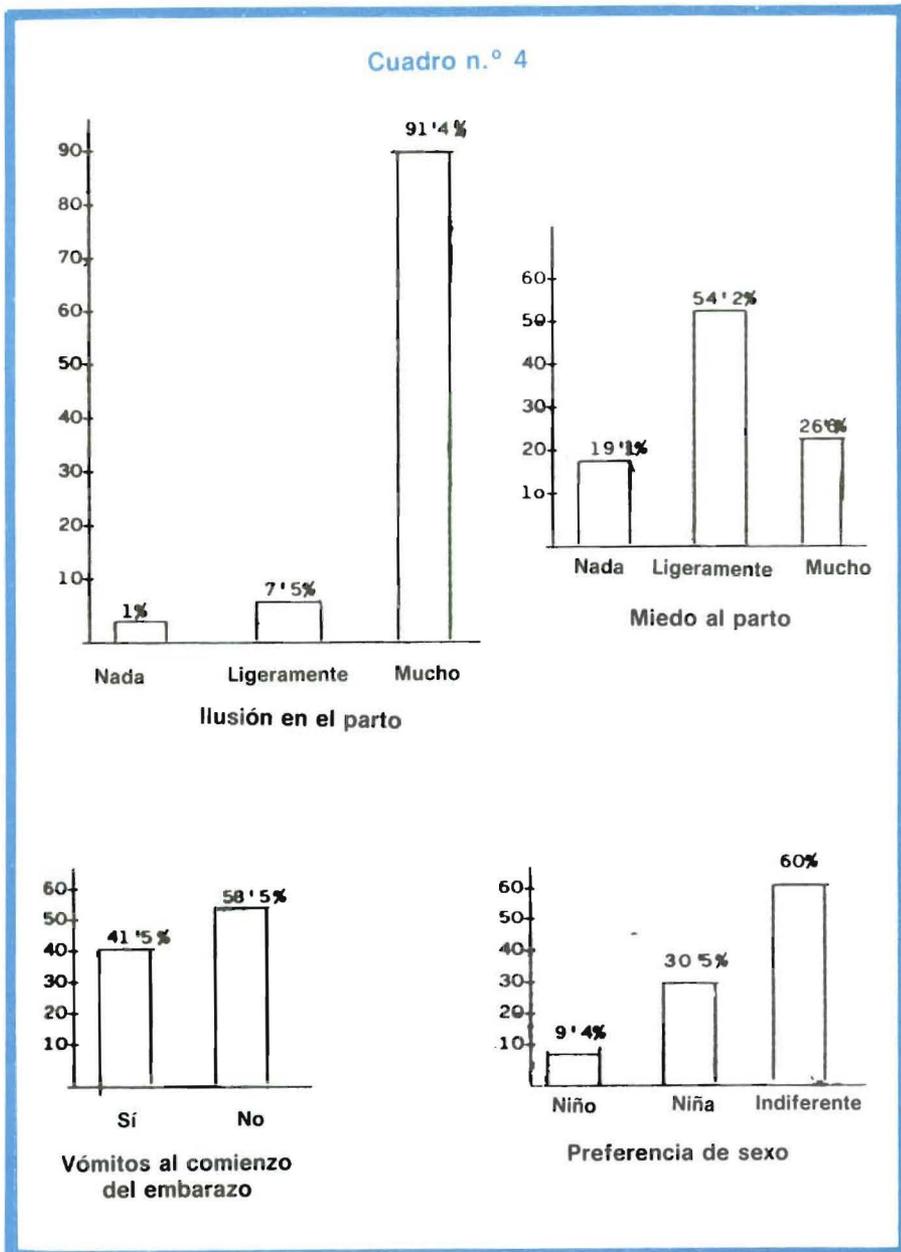


### 3.3. Inventario de molestias de Cornell

Las embarazadas sienten más molestias en los siguientes ítems: 44'3%, 6, «Me preocupo a menudo por las cosas que pasan»; 29'9%, 14, «Me altero o irrito con facilidad»; 27'8%, 1, «Me duele la espalda»; 23'7%, 5, «Tengo dificultades para dormirme o durante el sueño». Sintiendo menos molestias en los siguientes ítems: 2'06%, 17, «Me sientan mal las comidas»; 3'09%, 15, «Me asusto cuando he de salir sola o reunirme con gente»; 3'09%, 11, «Tengo tics en la cara, cabeza, hombros»; 7'2%, 19, «Tengo poco apetito»; 5'1%, 22, «Me duelen los ojos».

En general presentan más molestias psicológicas que somáticas, encontrándose diferencias significativas para una «t» de 0'30.

No existen diferencias significativas entre las puntuaciones del primer pase (al inicio del parto) y el segundo pase (finalizando el curso) (cuadro 7).



**Cuadro n.º 6**

**FACTORES QUE INFLUYERON EN EL PARTO**

Categoría	Favorable	Indiferente	Desfavorable
Curso de preparación .....	94'1	5'9	0
Actitud matrona.....	94'1	0	5'9
Actitud marido.....	88'2	11'8	0
Actitud familiares.....	82'3	11'8	5'9
Actitud tocólogo.....	76'4	11'8	11'8
Ambiente hospital.....	64'7	29'4	5'9
Actitud amigas.....	29'4	64'7	5'9

### 3.4. Escalas de depresión situacional

Se han comparado las diferencias de puntuación entre el primer pase (al inicio del curso), el segundo pase

(finalizando el curso), no encontrándose ninguna diferencia significativa.

Hay que señalar que en el Cuestionario sobre la Preparación se ha

visto que el 72'3% de las parturientas no ha experimentado depresión postparto (cuadro 7).

### 3.5. Cuestionario sobre percepción del parto

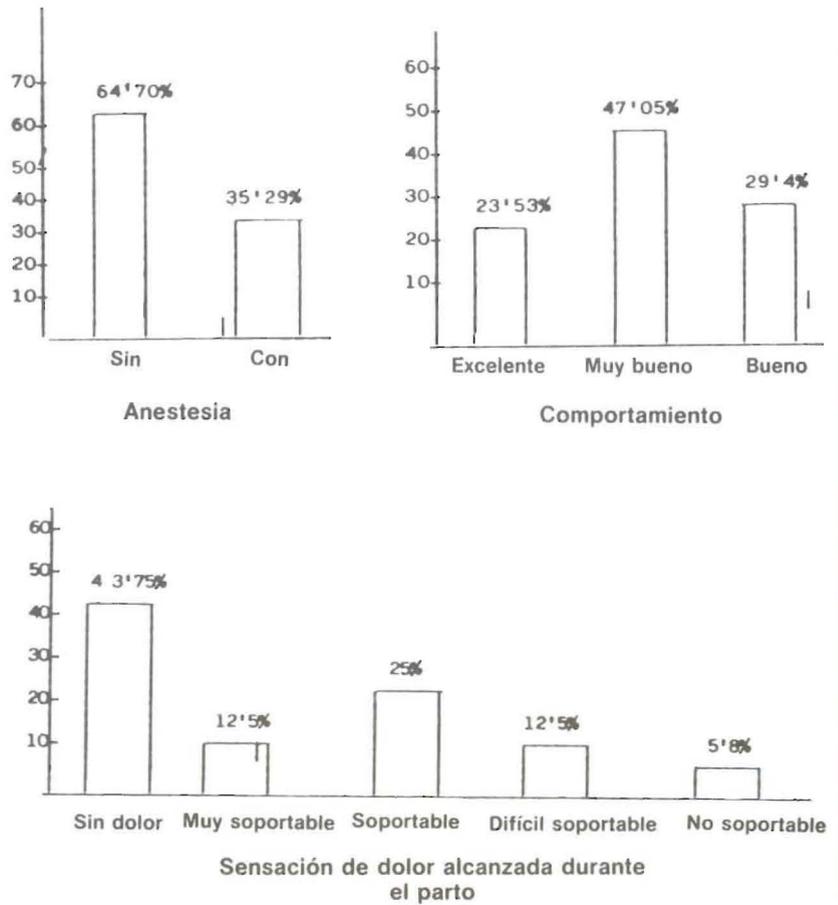
El 80'9% «evalúa positivamente» el parto, siendo la evaluación del 7'3% negativa. En el factor declaraciones negativas «una vez y nunca más», el 18'6% de las entrevistadas lo afirma. El factor vivencia consciente del parto fue puntuado por el 94'11%. El factor emotividad del parto, el 21'6% se emociona al pensar en el parto. El factor control de la situación, el 60'8% se sienten seguras. El recuerdo emocional del parto lo tienen el 64'7% de las entrevistadas. El 23'5% perciben el parto como doloroso, frente al 35'3% que no se identifican. Por último, el 16'5% rechazan al marido después del parto (cuadro 8).

### IV. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se ha presentado un análisis descriptivo de la población sometida a intervención psicológica en el parto y en el postparto, un entrenamiento en inoculación de estrés.

En general se puede decir que los primeros resultados son alentadores para seguir trabajando en este programa de intervención, de forma que podamos ir discriminando los elementos relevantes de los que no lo son.

Cuadro n.º 5  
DATOS SOBRE EL PARTO



**Cuadro n.º 7**  
**VALORES MEDIOS DE LAS ESCALAS EN LA 1.ª, 2.ª y 3.ª**  
**APLICACION Y NIVEL DE SIGNIFICACION**

Factor	Media			Significación		
	Pase 1	Pase 2	Pase 3	95%	99%	Valor «t»
Molestias de Cornell	5'28	6	X	No	No	0'57
Depresión situacional	11'95	12'5	10'4	No	No	0'11 (1 y 2) 0'33 (2 y 3)

**Cuadro n.º 8**  
**TANTOS POR CIENTO DE LOS FACTORES DE LA PERCEPCION DEL**  
**PARTO**

Factor	Mucho	Un poco	Nada
Declaraciones negativas .....	18'6	9'8	71'6
Evaluaciones positivas .....	80'9	11'8	7'3
Vivencia consciente.....	94'11	0	5'9
Emoción.....	26'6	35'3	43'1
Control de la situación.....	60'8	23'5	15'7
Impacto emocional.....	64'7	26'5	8'8
Vivencia dolorosa .....	23'5	41'2	35'3
Rechazo del marido.....	16'5	8'9	74'6

La población utilizada es joven, 72% menor de 30 años, y bastante motivada a participar en la dinámica del curso. Por otra parte, la mayoría de los embarazos son deseados, 91'4%.

La mayoría de las participantes cumplen con los ejercicios de auto-control, 94'11% hacen los ejercicios, sin embargo se observa que el 27'7% faltan a clase, por lo que sería conveniente, siendo un servicio municipal gratuito, establecer un contrato económico. Los datos sobre el parto sería conveniente compararlos con los de una población no preparada, datos que no tenemos. Además, el comportamiento, según las parturientas, fue en general bueno o muy bueno. La sensación de dolor es considerada como parto sin dolor para el 12'15% de las embarazadas, siendo un parto soportable o muy soportable para el 68'75%.

Los factores más importantes para las embarazadas son: la respiración, la relajación y los conocimientos adquiridos. Siendo poco importantes los efectos sugestivos de los profesionales que trabajan en la preparación. Por otra parte, el curso de preparación no parece tener ningún efecto desfavorable, aquí cabe señalar lo poco favorable que se percibe el ambiente hospitalario.

Tanto en el Inventario Molestias de Cornell, como en las Escalas de Depresión Situacional, se observa que no hay cambios significativos.

Por último, la percepción del parto es bastante favorable, como lo demuestra dicho cuestionario.

El 94'11% vivió el parto de forma consciente, y el 80'9% lo evalúa de forma positiva, a pesar del 64'7% lo recuerda como una vivencia dolorosa; el 25'4% de las parturientas rechazan algo o mucho al marido después del parto, siendo el 8'5% el de las mujeres que no tenían ninguna ilusión en el parto.

## BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE DE CÁRCER, A. (1979). *Educación Maternal*. Edición del autor.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying. Theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

BECK, A.; RUSH, J.; HOLLON, S. & SHAW, B. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

BERNSTEIN, D. A. y BORKOVEC, T. D. (1983). Entrenamiento en relajación

progresiva. Bilbao. Ed. D. D. B. (traducción del original en inglés: *Progressive Relaxation Training*. Research Press, 1973).

BREEN, D. (1975). The birth of a first child: Towards an understanding of femininity. London: Tavistock.

BRIAN, V. (1975). Postnatal depression. *Nurs. Mir.*, 140, 68.

CAUTELA, J. R. y GRODEN, J. (1985). *Técnicas de Relajación*. Barcelona, Martínez Roca.

DAVENPORT-SLACK, B. & BOYLAN, C. H. (1974). Psychological correlates of childbirth pain. *Psychosomatic Medicine*, 36, 215-223.

DICK-READ, G. (1933). *Natural childbirth*. Londres, W. Heinemann.

DICK-READ, G. (1959). Childbirth without tear: *The principles and practices of natural childbirth*. (2nd. ed. rev.) New York: Harper & Row.

DOERING, S. G. & ENTWHISTLE, D. R. (1975). Preparation during pregnancy and ability to cope with labor and delivery. *American Journal of Orthopsychiatry* 45, 825-837.

D'ZURRILLA, T. & GOLDFRIED, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

D'ZURRILLA, T. & NEZU, A. (1982). Social problem solving in adults. In D. Kendall (Ed.). *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (vol. 1). New York: Academic Press.

ERDAHL, J. & BLYTHE, B. (1984). *Single-case evaluation of stress inoculation training to prepare a cardiac patient for openheart surgery*. Comunicación presentada en el congreso de la National Association of Social Work Health, Washington, D. C.

GOLDSTEIN, A. P. (1981). *Psychological Skill Training: The Structured Learning Technique*. New York, Pergamon Press.

GOLDSTEIN, A. P.; SPROFKIN, R. P. & GERSHAW, N. J. (1976). *Skill training for community living*. New York, Pergamon Press.

HOLROY, K. & ANDRASIK, F. (1978). Coping and the self-control of chronic tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1.036-1.045.

HOLROY, K.; ANDRASIK, F. & WESTBROOK, T. (1977). Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 121-133.

HOMMEL, F. (1972). Twelve years experience in psychoprophylactic preparation for childbirth. En Morris, M. *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*; Basilea, Steiner.

HUTTEL, F. A.; MITCHELL, I.; FISCHER, W. M. & MEYER, A. E. (1972). A quan-

- titative evaluation of psychoprophylaxis in childbirth. *Journal of Psychomatic Research*, 16, 81.
- JANIS, I. (1983). (Ed.). *Counseling on personal decision: Theory and research on short-term helping relationships*. New Haven, Conn.; Yale University Press.
- JAVERT, C. T. & HARDY, J. D. (1951). Influence of analgesia on pain intensity during labor («with a note on natural childbirth»). *Anesthesiology*, 12, 189-215.
- JORGENSEN, R.; HOUSTON, B. & ZURAWSKI, R. (1981). Anxiety management training in the treatment of essential hypertension. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 467-474.
- KANFER, F. H. & PHILLIPS, J. S. (1976). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México, Trillas.
- KANFER, F. H. (1978). «Las múltiples caras del autocontrol, o la modificación de conducta cambia su centro atencional». *Anal. y Mod. de Conducta*, 4(5), 11-63.
- KAZDIN, A. E. (1974). Effects of covert modeling and model reinforcement on assertive behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 240-252.
- KENDALL, P. (1983). Stressful medical procedures: Cognitive-behavioral strategies for stress management and prevention. En D. Meichenbaum & M. Jaremko (Eds.). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum.
- KLEPAC, R.; HAGUE, G.; DOWLING, J. & Mc DONALD, M. (1981). Direct and generalized effects of three components of stress inoculation for increased pain tolerance. *Behavior Therapy*, 12, 417-424.
- KOGERER, H. (1923). Bemerkungen zen abeit, «Zum kapitel hypnosegeburt» vom F. Scultze-Rhonhof in 12 dieses zentralblattes. *Zent. J. Gyn.* 47, 889.
- LAMAZE, F. (1967). *Qué es el parto sin dolor por el método psicoprofiláctico: sus principios, su realización, sus resultados*. Madrid. Aguilar.
- LANG, P. (1968). Fear reduction and fear behavior. Problems in treating a construct. In J. Shlien (Ed.). *Research in Psychotherapy* (vol. 3). Washington, D. C. American Psychological Association.
- LANGER, T.; JANIS, I. & WOLFER, J. (1975). Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 155-165.
- LAZARUS, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisclorfer (Ed.), *Models for clinical psychopathology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- LAZARUS, R. & LAUNIER, R. (1978). Stress-related transactions between persons and environment. In L. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum.
- LEMAZE, F. (1958). *Painless childbirth: Psychoprophylactic method*. London: Burke.
- LEVY, J. M. & Mc. GEE, R. K. (1975). Childbirth as crisis: A test of Janis theory of communication and stress resolution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 171-179.
- LLAVONA, L.; NOGUEIRAS, B.; MURUAGA, S. (1984). «Enfoque conductual de la preparación al parto». Vol. 1, n.º 2, 67-89.
- LLAVONA, L. M.; MURUAGA, S. & NOGUEIRAS, B. (1984). «Enfoque conductual de la depresión postparto». Vol. 2, n.º 4, 193-214.
- MARLATT, A. & GORDON, J. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior advance. In Davicson P. & Davidson, S. (Eds.). *Behavior medicine: Changing health lifestyles*. New York, Brunner Mazel.
- MARLATT, A. & GORDON, J. (1984). *Relapse prevention: A self-control strategy for the maintenance of behavior change*. New York: Guilford Press.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York, Plenum Press.
- MEICHENBAUM, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. Pergamon Press. New York.
- MEICHENBAUM, D. & CAMERON, R. (1983). Stress inoculation training: toward a general paradigm for training coping skills. In Meichenbaum, D. & Jaremko, H. E. (Eds.): *Stress Reduction and Prevention*. New York, Plenum Press.
- MELAMED, B. (1982). Reduction of medical fears: An information processing analysis. En J. Boulougouris (Ed.), *Learning theory approaches to psychiatry*. New York: John Wiley.
- MELAMED, B. & SIEGEL, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- MELZACK, R. (1979). La percepción del dolor. En Thompson, R. F. *Psicología Fisiológica*. Scientific American.
- MELZACK, R. & WALL, P. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150, 971-974.
- MOORE, K. & ALTMAYER, E. (1981). Stress inoculation training with cancer patients. *Cancer Nursing*, 10, 389-393.
- NICOLAIEV, A. D. (1936). La méthode suggestive d'analgesie obstétricale. En Stalino. *Instruction sur l'analgesie obstétricale*, Chap. 8, 135-164.
- NICOLAIEV, A. D. (1926). Hypnose en obstétrique et en chirurgie. *Kazanski Med. J.*, 1, 50-54.
- PELECHANO, V. (1982). *El impacto psicológico de ser madre*. Valencia. Alfaplus.
- PITT, B. (1973). Maternity blues. *Brit. J. Psychiat.*, 122, 431-433.
- PITT, B. (1975). Psychological reactions to childbirth *Pro. Roy. Soc. Med.*, 68, 223-224.
- PLATONOV, K. I. (1927). *Sur le rôle de la suggestion et de l'hypnose en obstétrique et gynécologie*. En Travaux du 7.º Congress de l'accouchement et Gynecologies de L'URSS, Leningrado, 750-752.
- PRATTE, I. (1973). *Embarazo mas postparto*. Daimon.
- RANDICH, S. (1982). *Evaluation of stress inoculation training as a pain management program of rheumatoid arthritis*. Un published doctoral dissertation, Washington University St. Louis.
- SCHACHTER, S. (1966). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotion. In C. Spielberg (Ed.). *Anxiety and behavior*. New York: Academic-Press.
- SEBASTIAN, F. (1981). *Gimnasia maternal*. Barcelona, Diáfora.
- SIEGEL, L. & PETERSON, L. (1980). Stress reduction in young dental patients through coping skills and sensory information. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 785-787.
- TANZER, D. R. W. & BLOCK, J. L. (1972). *Why natural childbirth*. New York, Doubleday.
- TURK, D. MEICHENBAUM, D. & GENEST, M. (1983). *Pain and behavioral medicine*. New York: Guilford Press.
- VELVOSKY, I. Z.; PLATONOV, K. I.; PLOTITCHER, V. A. & CHOUGON, E. A. (1954). *Analgesie obstétrical psychoprophylactique*. Leningrado. Medguiz.
- WERNICK, R. (1983). Stress inoculation in the management of clinical pain: Applications to burn pain. In D. Meichenbaum & M. Jaremko (Eds.). *Stress reductions and prevention*. New York: Plenum.
- WERNICK, R.; JAREMKO, M. & TAYLOR, P. (1981). Pain management in severely burned adults: A test of stress inoculation. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 103-109.
- WOLPE, J. (1977). *Práctica de la Terapia de Conducta*. México. Trillas.
- WOLPE, J. (1978). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao, D. D. B.
- WOOD, D. P. (1976). Self-hypnosis as an adjunct to Lamaze training for childbirth. *Dissertation Abstracts International*, 38, 4.494.
- WYNN, R. M. (1977). *Obstetricia y Ginecologia*, Barcelona, Salvat.