

EL GRADO DE PARTICIPACION COMO ESTRATEGIA DE MODULACION EN UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO CON PARTURIENTAS HOSPITALIZADAS

M. Consuelo Roldan (1)
Universidad da Valencia

RESUMEN

Una práctica común en nuestra actual sociedad es el parto en el hospital. Mucho se ha escrito acerca de los beneficios y costes que supone tal tipo de experiencia para la mujer y para el hijo recién nacido. En este trabajo, presentamos resultados correspondientes a un estudio de seguimiento de unos seis meses de duración llevado a cabo con parturientas hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Valencia. Los resultados son analizados en función del grado de colaboración materna en el estudio: primero, comparación intergrupar, en segundo lugar, análisis longitudinal. Con este tipo de estrategia de análisis obtenemos resultados sugerentes de las madres más necesitadas de asesoramiento psicológico las que presentan menores índices de colaboración, así como también de que el parto constituye una experiencia stressante para la mujer, cuya calidad de vivencia, hasta el momento, no es tenido suficientemente en consideración en la mayoría de los settings hospitalarios.

PALABRAS CLAVES: *Depresión post-parto, Psicología de maternidad y hospitalización.*

SUMMARY

Hospital deliveries are common practice in our society. The benefits and costs of such an experience for mother and newborn have been extensively reviewed. A study with hospitalized women in the Department of Obstetrics and Gynecology of the University Hospital of Valencia after a mean follow-up of six months, has been performed. An analysis is made depending on mother's collaboration in the study: first, interindividual comparison; and second, longitudinal analysis. This analysis allow us to assume that mothers with high need of psychological counselling present with a lower collaboration index and that birth is a stressful experience for woman, up to now, the quality of experience has not been considered deep enough in most of hospital setting.

KEY WORDS: *Depression post-partum, Psicology of hospitalization*

PRESENTACION

El objetivo de este trabajo consiste en presentar los resultados alcanzados en un estudio de seguimiento llevado a cabo con madres durante el postparto hospitalario, que cubre aproximadamente los seis primeros meses de vida extrauterina del hijo, con el fin de detectar posibles cambios operados durante dicho intervalo temporal. El estudio se mueve a un nivel descriptivo y siendo un trabajo exploratorio sobre el tema, las áreas, objeto de estudio, que hemos incluido han sido muy diversas, pero todas ellas, creemos, que de especial interés en el estudio de la psicología de las parturientas. Así, hemos realizado fundamentalmente exploraciones sobre el modo en que las madres tienden a percibirse a sí mismas en su papel de madres, y a sus hijos, primero en un ambiente hospitalario como, posteriormente hasta los seis primeros meses de vida del hijo, cuando la madre se encuentra ya residiendo en su propio hogar.

PROCEDIMIENTO Y SUJETOS

El estudio de seguimiento cubre aproximadamente seis meses de duración (media de cinco meses y rango entre cuatro y seis meses). Hemos obtenido respuestas de las madres en tres estadios cronológicamente distintos: 1º) En un momento muy cercano al parto (durante la hospitalización postparto: en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de Valencia); 2º) Durante el primer mes postparto (en el propio domicilio de la madre); 3º) Durante el quinto mes postparto (también en el propio domicilio materno). Una descripción de las características demográficas y obstétricas definitivas de las mujeres que han tomado parte en las sucesivas fases del estudio se encuentra recogida en el cuadro número 1.

Señalar que en la muestra predominan las mujeres de menos de 30 años y casi todas están casadas, estando más equilibradas por lo que respecta al desempeño de una profesión dentro o fuera del hogar, y a la paridad. Por lo que respecta a una serie de "datos médicos" extraídos del historial clínico existe un claro predominio de mujeres con una edad gestacional mayor a las 37 semanas y

CUADRO Nº 1: DATOS DESCRIPTIVOS DEL GRUPO DE PARTURIENTAS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL ESTUDIO.

Datos descriptivos	Parturientas hospitalizadas % (N = 144)	Primer seguimiento % (N = 67)	Segundo seguimiento % (N = 27)
Datos demográficos			
Menos de 30 años	82%	89%	93%
Casadas	95%	95%	96%
Amas de casa	57%	51%	42%
Datos médicos			
Historia con anomalías obstétricas graves ...	31%	21%	18%
Edad gestacional entre 35 y 37 semanas	10%	11%	15%
Presencia de náuseas, vómitos y/o cefaleas..	60%	68%	54%
Datos parto			
Preparación psicofísicas	8%	18%	15%
Administración de analgésicos	67%	71%	65%
Administración de anestésicos	91%	91%	81%
Duración parto menor de 1 hora	23%	23%	25%
Complicaciones durante el parto	15%	14%	15%
Otros datos			
Lactancia materna	61%	57%	58%
Entrevista después de las 24 horas post-parto	89%	82%	78%

sin historia de anomalías graves (abortos y cesáreas). Aproximadamente poco más de la mitad han padecido durante los tres primeros meses de gestación náuseas, vómitos y/o cefaleas en diferente intensidad. En lo referente al actual parto (motivo por el cual se encuentran hospitalizadas) según el historial médico, a casi la totalidad de la muestra le han sido administrados durante el parto anestésicos y analgésicos, aunque en este último caso aparecen en menor número. Estos datos que revelan una gran cantidad de mujeres que reciben medicación en el parto están en consonancia con las prácticas obstétricas al uso referentes a la utilización de medicación como medio de facilitación del parto. El número de mujeres que han tenido una preparación psicofísica para el parto es, sin embargo, escaso: solo el 8 por 100 de la muestra presenta tal preparación.

Un punto a comentar y que nos llama la atención es que de todas las variables descriptivas la que menos lo es, es la existencia de tal preparación psicofísica para el parto, característica que se halla con una baja representatividad muestral. Lo que nos llama la atención es su desigualdad representativa a lo largo del estudio. Si en un primer momento su representatividad es escasa, ésta aumenta en progresivas fases del estudio de seguimiento, con respecto a las mujeres que no han seguido tal preparación.

En las sucesivas fases del estudio las mujeres han ido cumplimentando una serie de instrumentos psicológicos que, a grandes rasgos, indagan las siguientes parcelas comportamentales: 1) Percepción materna del parto como hecho comportamental; 2) Comportamientos maternos durante la realización de la lactancia; 3) Comportamiento social de la madre durante la hospitalización postparto y fuera de la situación de internamiento; 4) Cambios y alteraciones percibidos por la madre en su vida familiar y de relación, atribuidos al nacimiento del hijo; 6) Dimensiones básicas de personalidad así como motivación y reactividad situacional(2).

Señalar que el estudio se ha realizado en sesión de entrevista individual a través de la cumplimentación de los instrumentos que exploran las áreas ya mencionadas, y siendo la participación materna en las sucesivas fases del estudio totalmente voluntaria.

El modo de actuación seguido consistió, en un primer momento, en la toma de contacto con la recién-madre en el propio centro hospitalario con el fin de realizar una serie de pruebas así como pedir su colaboración para llevar a cabo un estudio de seguimiento al cabo de un mes, una vez dada el alta hospitalaria y encontrándose la madre en el propio hogar; se le pedía su dirección así como número telefónico y se le decía que al cabo de ese mes se contactaría con ella con el fin de realizar una primera visita a su propio hogar durante la cual cumplimentaría una serie de pruebas relacionadas con las que ya había contestado y por tanto

conocidas para ella. Una vez cumplimentada esta primera visita, que constituye la primera fase del seguimiento del estudio, se volvió a recabar su colaboración para realizar una segunda visita, en las mismas condiciones que la primera, (constituyéndose así la segunda fase del seguimiento) tras cuya cumplimentación se daba por finalizado el estudio.

RESULTADOS

Como era de esperar en este tipo de estudios, ha habido una mortalidad creciente a medida que el estudio progresaba temporalmente y exigía de las madres una mayor colaboración (en concreto, del orden de un 53 por 100 de mortalidad durante el primer seguimiento y de un 82 por 100 durante el segundo seguimiento, con respecto a la fase de hospitalización, que constituye el punto de partida del estudio). Sabido que tal mortalidad es selectiva y que este hecho plantea una serie de problemas a la hora de cuestionar la representatividad y valor de generalización de los resultados obtenidos (de las puntuaciones obtenidas en las sucesivas fases del estudio, cuya equivalencia se cuestiona).

En este sentido hemos realizado un reanálisis de los resultados en función de la fase alcanzada por el sujeto en el estudio, y por tanto de su nivel de participación en el seguimiento. En primer lugar, comparación intergrupar de las respuestas maternas según el grado de participación en el estudio; en segundo lugar, análisis longitudinal de los resultados modulado por el grado de participación materna.

Revisamos, a continuación, los resultados obtenidos según las estrategias de análisis señaladas(3):

1º El grado de participación materno en el estudio de seguimiento como criterio diferenciador de los resultados

Tal y como hemos señalado tenemos una cierta gradación en cuanto a participación materna en el estudio: 1º) Madres con máxima participación: han cumplimentado las tres fases del estudio (hospitalización-primer seguimiento-segundo seguimiento) y constituyen un número de 27 sujetos; 2º) Madres con mediana participación: han cumplimentado dos fases del estudio (hospitalización-primer seguimiento) y representan un número de 67; 3º) Madres con mínima participación: han cumplimentado solo la primera fase del estudio (hospitalización). Su número oscila entre 70 y 42 dependiendo ello del volumen de pruebas completadas en esta fase (solo hay 42 madres con todas las pruebas contestadas y a medida que el volumen exigido era menor el número ha aumentado hasta llegar a 70 madres que al menos han cumplimentado una de las pruebas exigidas en el estudio).

La lógica seguida al realizar las comparaciones ha sido la siguiente: 1) Comparación de las madres de mayor participación con el resto de las madres que han tomado parte en el estudio, en mayor o menor medida (cumplimentación de las fases de hospitalización y primer seguimiento -grupo de mediana participación- y cumplimentación de solo hospitalización -grupo de mínima participación-). Se analizan los resultados diferenciales alcanzados en las fases de hospitalización y primer seguimiento (consultar cuadro número 2.); 2) Comparación de las madres de mediana partici-

CUADRO Nº 2: EL GRADO DE PARTICIPACION DE LAS MADRES EN EL ESTUDIO. La explicación en el texto.

	Participación mayor			Participación menor			n.s.
	\bar{X}	D.T.	N	\bar{X}	D.T.	N	
Depresión situacional	9.70	6.78	27	13.45	8.64	109	-0.05
Percepción parto							
1. Declaraciones negativas	4.55	3.10	27	5.70	2.88	106	-0.10
2. Declaraciones positivas	7.25	1.07	27	6.82	1.61	106	0.10
7. Percepción dolorosa	1.33	0.73	27	1.68	0.59	106	-0.05
Necesidad contacto social							
3. Rechazo conocidos	0.48	0.84	27	0.95	1.69	102	-0.05
4. Rechazo compañeras	0.74	1.09	27	1.13	1.21	102	-0.10
5. Nostalgia pasado	1.14	0.53	27	0.52	0.87	102	-0.002
Espectativas futuras							
1. Relaciones sociales con cónyuge	0.59	1.21	27	1.05	1.44	96	-0.10
Inventario de molestias psicológicas							
	3.07	2.51	27	4.17	2.96	98	-0.05
Percepción parto							
7. Percepción dolorosa	1.03	0.85	27	1.40	0.78	40	-0.10
8. Rechazo marido	1.14	1.58	27	3.37	8.95	40	-0.002
Alimentación bebé							
3. Nerviosismo	1.76	1.81	25	2.82	2.96	39	-0.10

NOTA: Participación mayor = Grupo de madres que ha cumplimentado hospitalización, primer y segundo seguimiento (máxima participación en el estudio); Participación menor = Grupo de madres que no ha cumplimentado el segundo seguimiento. Parte superior del cuadro, corresponde a las puntuaciones durante la hospitalización. Parte inferior, a las del primer seguimiento. \bar{X} = media; D.T. = desviación típica; N = número de sujetos; n.s. = nivel de significación. El signo indica el sentido de la comparación.

pación con solo las madres de mínima participación. Se analizan los resultados diferenciales alcanzados durante la fase de hospitalización (cuadro número 3).

CUADRO Nº 3: EL GRADO DE PARTICIPACION DE LAS MADRES EN EL ESTUDIO. La explicación en el texto.

	Participación mayor			Participación menos			n.s.
	\bar{X}	D.T.	N	\bar{X}	D.T.	N	
Depresión situacional	11.10	7.44	66	14.25	8.97	70	-0.05
Alimentación bebé							
3. Nerviosismo	1.79	2.21	59	2.56	2.81	56	-0.10
6. Bebé estimulante lactancia	3.07	1.05	59	3.60	0.75	56	-0.002
Necesidad contacto social							
1. Búsqueda conocidos	5.94	2.27	67	6.75	1.59	61	-0.05
5. Nostalgia pasado	0.23	0.64	67	0.63	0.92	62	-0.01
Emocionalidad situacional	16.43	6.58	57	18.79	4.28	53	-0.05
Inventario de molestias							
Psicológicas	3.50	2.67	67	4.41	3.09	58	-0.10
Rigidez							
RI	4.25	1.86	63	5.23	1.76	42	-0.002
RII	6.35	3.42	63	8.28	3.78	42	-0.01

NOTA: Participación mayor = Grupo de madres que ha cumplimentado hospitalización y primer seguimiento (mediana participación en el estudio); Participación menor = Grupo de madres que sólo ha cumplimentado hospitalización (mínima participación en el estudio). Puntuaciones correspondientes al período de hospitalización. \bar{X} = media; D.T. = desviación típica; N = número de sujetos; n.s. = nivel de significación. El signo indica el sentido de la comparación.

Los resultados obtenidos muestran que:

1) Por lo que respecta a respuestas comprometidas con reactividad situacional (depresión, emocionalidad situacional) en el setting hospitalario, la tendencia general observada es la de una mayor reactividad en el grupo de madres con menor participación en el estudio.

2) En lo que respecta al comportamiento social de la parturienta, expresado en la necesidad de contactos sociales en el setting hospitalario, las madres de menor participación también acusan un mayor impacto ejercido por la experiencia de la hospitalización, que en un caso (caso de compararlas con las madres de mayor participación) presentan un mayor rechazo de toda fuente de estimulación social, tanto de conocidos como de compañeras de habitación y en otro, (caso de compararlas con las de mediana participación) se presentan con una mayor necesidad de contactos familiares cuya ausencia acusan en mayor medida, y en ambos casos se muestran añorando el período anterior a la hospitalización.

3) Por lo que al parto se refiere, las madres que han colaborado menos en el estudio con respecto a las de máxima colaboración evalúan más negativamente el parto, realizan menos declaraciones positivas acerca de él, así como asocian lo sucedido a más dolor.

4) En cuanto a las expectativas de futuro, se observa una ligera tendencia ($p < 0.10$) en las madres de mínima participación a realacionar la llegada del hijo con una mayor alteración de la vivencia conyugal.

5) En la alimentación del bebé, las madres de mínima participación presentan problemas: dicen estar más nerviosas durante la realización de la lactancia, aunque como factor positivo perciben en mayor medida ($p < 0.002$), a su hijo recién nacido como agente más estimulante en la realización de la lactancia.

Al cabo de un mes, durante el primer seguimiento, las madres que menos han colaborado en el estudio siguen presentando áreas problemáticas tanto por lo que al parto se refiere (mayor vivenciación dolorosa, así como mayor rechazo del cónyuge a consecuencia del mismo) como en el área de la alimentación del bebé (se siguen mostrando más nerviosos).

En suma, en este estudio la variable "grado de participación" se presenta como un criterio diferenciador que arroja un volumen de resultados diferenciales nada despreciable. En todas las áreas exploradas se han detectado diferencias y éstas a favor (en cuanto a volumen y cuantía) de las madres cuya participación en el estudio ha sido menor. Aparecen áreas comunes (depresión, necesidad de contactos sociales, y molestias de tipo psicológico) en los dos tipos de comparaciones efectuadas y áreas específicas para cada comparación (comportamientos maternos durante la alimentación del bebé y rigidez solo en el caso de comparar "mínimo-media" participación, mientras que percepción del parto y expectativas de futuro se presentan solo en el caso de comparar "mínima-máxima" participación).

2º Análisis longitudinal modulado por el grado de colaboración materna en el estudio

Hemos realizado dos tipos de análisis longitudinales en función del grado de participación habido en el estudio: el primero, realizado con las madres de mediana participación, alcanzando solo hasta el primer seguimiento; el segundo, realizado con las madres de máxima participación y que han llegado hasta el final del estudio, hasta el segundo seguimiento. Se analizan las respuestas de ambos grupos de madres a través de los sucesivos momentos del estudio. En el primer caso, se analizan las diferencias entre las respuestas emitidas durante la hospitalización y un mes después. En el segundo caso, el intervalo temporal se amplía hasta el quinto mes postparto. Los resultados obtenidos en ambos casos se encuentran recogidos en los cuadros número 4 y 5, respectivamente.

CUADRO Nº 4: ANALISIS EVOLUTIVO DE LAS PARTURIENTAS. PUNTUACIONES ALCANZADAS POR EL GRUPO DE MADRES QUE HA TENIDO UNA MEDIANA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO. (N = 67). La explicación en el texto.

	(A)		(B)		A-D
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
Depresión situacional	11.10	7.44	8.47	7.71	0.05
Percepción parto					
1. Declaraciones negativas	5.13	3.22	4.04	2.71	0.05
2. Vivencia consciente	1.50	0.72	1.75	0.65	-0.05
4. Factores emocionales	3.19	1.72	2.55	1.84	0.05
5. Capacidad de control	3.18	1.77	3.73	1.66	-0.05
6. Recuerdo del parto	2.23	1.35	1.89	1.31	0.10
7. Percepción dolorosa	1.55	0.65	1.25	0.81	0.05
Alimentación bebé					
2. No colaboración bebé	1.15	1.65	0.35	1.07	0.002
5. Falta de control	0.41	0.87	0.15	0.54	0.05
6. Bebé estimulante lactancia	3.07	1.05	3.41	1.16	-0.10
Impacto bebé en vida madre					
2. Relaciones sexuales	0.22	0.57	0.40	0.65	-0.05
3. Relaciones sociales madre	0.42	0.80	0.75	0.87	-0.05
4. Desorganización rutina	0.42	0.80	0.65	0.75	-0.10
5. Problemas económicos	0.90	0.92	0.46	0.61	0.002

NOTA: (A) = puntuaciones correspondientes a la hospitalización; (B) = puntuaciones correspondientes al primer seguimiento (primer mes postparto). \bar{X} = media; D.T. = desviación típica. El signo indica el sentido de la comparación.

CUADRO Nº 5: ANALISIS EVOLUTIVO DE LAS PARTURIENTAS. PUNTUACIONES ALCANZADAS POR EL GRUPO DE MADRES QUE HAN TENIDO UNA MAXIMA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO. (N = 27). La explicación en el texto.

	GRUPOS						COMPARACIONES			
	(A)		(B)		(C)		A-B	A-C	B-C	
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.				
Depresión situacional	9.44	6.94	7.66	7.91	6.74	5.15	-	0.10	-	
Percepción parto										
5. Capacidad de control	3.11	1.97	3.88	1.60	4.40	1.39	-0.10	-0.002	-	
6. Recuerdo parto	2.22	1.34	1.66	1.35	1.85	1.09	0.10	-	-	
Alimentación bebé										
1. Situaciones perturbadoras	2.36	2.43	1.56	2.08	1.27	2.11	-	0.10	-	
2. No colaboración bebé	0.80	1.55	0.16	0.80	0.61	1.26	0.10	-	-0.10	
4. Autodevaluación	2.08	3.41	0.76	1.48	0.46	1.17	0.10	0.05	-	
6. Bebé estimulante lactancia	3.28	0.93	3.56	1.22	2.92	1.39	-	-	0.05	
Impacto bebé en madre										
2. Relaciones sexuales	0.11	0.32	0.51(1.96)	0.70(2.32)	0.11(0.22)	0.32(0.51)	-0.01	-	(0.002)	
4. Desorganización rutina	0.33	0.73	0.66(3.59)	0.68(2.62)	0.40(2.42)	0.74(2.42)	-0.10	-	(0.10)	
5. Problemas económicos	0.88	0.98	0.44(0.48)	0.50(0.58)	0.55(0.66)	0.64(0.92)	0.01	-	(-)	

NOTA: (A) = puntuaciones correspondientes a la hospitalización; (B) = puntuaciones correspondientes al primer seguimiento (primer mes postparto); (C) = puntuaciones correspondientes al segundo seguimiento (quinto mes postparto). \bar{X} = media; D.T. = desviación típica. En las comparaciones no significativas se ha puesto un guión. El signo indica el sentido de la comparación. Los niveles de significación entre paréntesis resultan de las comparaciones efectuadas con las puntuaciones que se encuentran también entre paréntesis.

De los resultados se desprende que:

1) En cuanto a depresión situacional la tendencia observada es la de una mayor reactividad materna en los momentos más cercanos al parto, de modo que cuando se abandona el setting hospitalario, bien al primer mes (caso de las madres de mediana participación) o al quinto mes de acaecer esto (caso de las de máxima participación), se registran disminuciones significativas en este factor.

2) En la percepción del parto el volumen de factores en los que se localizan las diferencias significativas varía según sea el grupo de sujetos analizados. Se detecta un mayor volumen de diferencias (seis de los ocho factores aislados por este instrumento han resultado significativos) en el caso del análisis de las madres de mediana participación, y menor (tan solo dos factores) en el caso de las de máxima participación. En cuanto a resultados concretos se observan las siguientes tendencias generales:

- Durante la fase de hospitalización, con respecto al primer mes, se están realizando un mayor volumen de declaraciones negativas, se experimenta de modo más emocional el parto, y se asocia su vivencia a más dolor. Al cabo de un mes se observan disminuciones apreciables en los mencionados factores.
- También durante la hospitalización, el parto se recuerda con mayor frecuencia y viveza de modo que, en el primer mes post parto se detecta una ligera disminución en este factor. La situación no parece cambiar sustancialmente a partir de este momento.
- Conforme nos alejamos temporalmente de los momentos más próximos al parto (de la hospitalización), éste se percibe como un fenómeno en el que la madre reconoce un mayor control así como un papel más activo en su desenlace. La relación observada es lineal: tanto en el primero como en el segundo corte del seguimiento se registran aumentos con respecto al momento inicial del estudio.

3) En los comportamientos maternos durante la realización de la lactancia se registran los siguientes resultados:

- Se observan mayores efectos perturbadores en la madre a consecuencia de la presencia de personas ajenas a la realización de esta tarea, durante el primer seguimiento con respecto a la hospitalización. Este momento solo se detecta en el análisis realizado con las madres de mayor participación y su intensidad en más bien débil ($p < 0.10$).
- Con respecto a la percepción materna de la conducta colabora

dora del hijo en la lactancia, lo que se observa es una mayor colaboración en el primer mes volviéndose a mostrar menor al quinto mes; de modo que, el recién nacido de pocos días de vida no se diferenciaría (según opinión materna), en este aspecto, del bebé de unos cinco meses de edad (aunque cabe suponer que los motivos que explicarían esta igualación serían diferentes en los distintos cortes del estudio: "pasividad" del recién nacido de pocos días, que aún no ha logrado establecer un comportamiento condicionado; a los cinco meses de vida, cabría apelar más que a la pasividad a la aparición de comportamientos en el bebé que de un modo activo estarían interfiriendo con el "curso" de la lactancia -entendido este "curso" como una serie de rutinas comportamentales de la madre y ante las cuales la "espontaneidad" del niño se presenta como una variable perturbadora-).

- En la capacidad de control que la madre dice ejercer sobre esta tarea, ésta se percibe como mayor durante el primer mes con respecto a los primeros momentos, cuando el recién nacido cuenta tan solo con pocos días de vida. Y con respecto a expresiones autoafirmativas que cuestionan la propia capacidad materna para llevar a cabo esta tarea, la tendencia observada es la de una mayor autoafirmación en progresivas fases del estudio con respecto a los momentos iniciales. La relación observada, en este último caso, es lineal de modo que a medida que se "practica" más esta tarea, la madre se siente más segura de sí misma y ejerce un mayor dominio de la situación.
- y, por último, por lo que respecta a la percepción materna del bebé como agente estimulante de la lactancia, la tendencia general observada es la de una percepción del mismo como un ser más activo durante el primer mes. A los cinco meses, el bebé ha dejado de percibirse como tal, apreciándose una disminución y volviéndose a la percepción de los momentos iniciales del estudio.

Probablemente las razones que estén justificando esta igual percepción, en momentos tan cronológicamente distantes, sean totalmente diferentes. así, durante los primeros momentos de vida del recién nacido, madre e hijo están empezando aún a acoplarse mutuamente a la realización de la lactancia, de modo que la percepción materna del hijo recién nacido es aún vaga y difusa al respecto. A los cinco meses cabría apelar, más que a la falta de percepción materna de dichos comportamientos en el bebé, a la desaparición de éstos que progresivamente va teniendo en estos momentos (su mera presencia física y el llanto ya no son razones suficientes y de peso en este momento evolutivo, para que la madre se sienta estimulada a dar la lactancia). Serían otro tipo de comportamientos y situaciones los que, en estos momentos, ejerce-

rían un efecto positivo en la madre, y que en este trabajo no se han evaluado.

4) En el impacto ejercido por el bebé en la vida de la madre, en general, se acusa un mayor impacto durante el primer mes de vida del hijo: las relaciones sexuales y sociales de la madre así como la rutina diaria se encuentran más alteradas en estos momentos del estudio. Las puntuaciones referentes a los dos últimos aspectos muestran forma de U invertida de modo que, hospitalización y segundo seguimiento se presentan como momentos funcionalmente equivalentes entre sí, siendo durante el primer mes cuando se aprecian diferencias significativas con respecto a los otros dos cortes del estudio.

Esta tendencia general de un mayor impacto en la vida de la madre durante el primer mes de vida del hijo no se da en el caso de percepción de problemas de tipo económico: ésta es mayor en los momentos más cercanos al parto con respecto a un mes después de haber dado a luz, momento a partir del cual no se registran cambios significativamente apreciables.

En resumen, el período temporal que se presenta conllevando mayores cambios es el comprendido entre los momentos inmediatos al parto y el primer mes después del mismo. Se acusa un mayor impacto en los primeros momentos y a partir de aquí, los resultados tienden a diluirse en las progresivas fases del estudio. Esta tendencia general, se ha observado en áreas comprometidas con reactividad situacional, percepción materna del fenómeno del parto, así como comportamientos durante la realización de la lactancia. En este sentido, conforme nos hallamos más próximos al parto, la madre parece acusar en mayor medida la proximidad temporal de este fenómeno y/o la situación en que se ha vivido (encontramos mayor depresión, parto vivenciado de modo más negativo con concomitantes que revelan la proximidad temporal de un fenómeno que ha producido un fuerte impacto emocional en la madre, y asimismo ésta se presenta como menos experta en las tareas de crianza del hijo). Sin embargo, esta tendencia general no se observa en el núcleo que cubre el impacto ejercido por el bebé en la vida de la madre, donde parece darse una mayor alteración durante el primer mes de vida del hijo.

DISCUSION

Hemos presentado resultados correspondientes a un estudio de seguimiento (de corta duración) llevado a cabo con parturientas hospitalizadas en un Servicio de Maternidad, resultados que han sido modulados por el grado de participación materna habida en el estudio. De los resultados entresacamos los siguientes puntos de interés:

En primer lugar, se han registrado diferencias significativas entre las respuestas dadas por las madres que sí han colaborado en el estudio de seguimiento y las que no han colaborado. Las madres con menor participación en contraposición a las de mayor participación (sea esta mediana o máxima) muestran un patrón de comportamientos más alterado, patrón que parece mantenerse al menos hasta un mes después del parto. Estos resultados estarían sugiriendo que, al menos con la muestra de sujetos aquí estudiada, precisamente son las madres con una mayor problemática personal las que rehúsan manifestar abiertamente su opinión al respecto. Lo cual sugeriría la necesidad por gestar estrategias distintas a las utilizadas en este trabajo caso de desear recoger información de este grupo de mujeres. Y ello con el fin de poder detectarlas precozmente puesto que no podemos acceder a ellas una vez son dadas de alta y abandonan el hospital y ello (precisamente debido a su "negativa") hace difícil su posterior localización. Hecho este que estaría imposibilitando el ofertarles servicios asistenciales que estarían redundando en beneficio no solo de la propia madre sino también, y creemos que tan importante, en la salud psicofísica del hijo recién nacido.

En segundo lugar, se han detectado cambios significativos en las respuestas habidas en los tres cortes del estudio, de modo que podemos hablar de un mayor impacto ocasionado en la madre correlativamente al nacimiento del hijo: a) en los momentos más cercanos al parto en áreas tales como depresión, vivenciación del parto, lactancia, comportamiento social de la parturienta; b) durante el primer mes de vida del hijo en la dinámica familiar y vida de relación de la madre, áreas que parecen encontrarse más alteradas en estos momentos evolutivos. No sabemos hasta qué punto atribuir tales resultados a la hospitalización, al parto, o a una interacción de ambas experiencias que en este estudio se presentan como indisolubles.

En último lugar, queremos apuntar una reflexión. Mucho es lo que se ha hablado y escrito respecto del "lugar del nacimiento" de las ventajas y de los costes del "parto hospitalario" y del "parto en el hogar", respectivamente. Se han evaluado sus efectos con criterios muy heterogéneos, situación que parece hacer difícil el poder adherirse a una postura sin detrimento de la otra. Son complejos y de diversa índole los factores (sociales, económicos, médicos, entre otros) a los que se ha apelado como explicativos de la existencia de una política sanitaria que fomenta el crecimiento del "parto en clínica" y de la correlativa disminución (más bien, desaparición) del "parto en el hogar". Es nuestra opinión que si existe un argumento justificativo de la existencia del "parto hospitalario" este consiste en que el hospital se constituye como el lugar idóneo, de confluencia de profesionales de muy diversas disciplinas, a través de los cuales se puede hacer una más rápida y eficaz identificación de aquellas mujeres con

problemas no solo de índole médica sino también psicosocial, pudiéndoles ofertar así ayuda y asesoramiento adecuados. A pesar de ello, la mayoría de los centros hospitalarios tienden a considerar la existencia de trastornos comportamentales durante el postparto como parte natural del proceso del alumbramiento. Cuando la mujer abandona el hospital pueden seguir existiendo tales complicaciones y así interferir en la interacción materna mantenida con el hijo.

Es por ello, que proponemos que como parte de toda rutina hospitalaria, se lleven a cabo paralelamente evaluaciones psicológicas de la mujer que acaba de dar a luz con el fin de que puedan verse beneficiadas no solamente de las ventajas de una moderna y tecnificada obstetricia sino además, de la prestación de servicios de asesoramiento psicológico que les ayude a superar los desajustes que el nacimiento del hijo pueda acarrear en sus vidas.

NOTAS

- (1) Agradezco desde aquí, al Dr. Pelechano la dirección y supervisión del presente trabajo.
- (2) Para una descripción más detallada de la instrumentación utilizada puede consultarse, V. PELECHANO: El impacto psicológico de ser madre. Ed. Alfaplús, 1981; o bien, M.C. ROLDAN: Una aproximación a la psicología de las parturientas. Tesis licenciatura. Univ. Literaria de Valencia. Memeo. 1982.
- (3) Hemos de hacer unas precisiones en cuanto a la elaboración de los resultados: en primer lugar, la elaboración estadística de los resultados se restringe a pruebas de diferencias en medidas de tendencia central. Según el volúmen de sujetos hemos usado "t" de Student o "U" de Mann-Whitney. En segundo lugar, dadas las características exploratorias del trabajo el nivel mínimo de significación exigido es de 0.10. En último lugar, los cuadros de presentación de los resultados solo contienen aquellos factores que hayan resultado ser significativos.