

M

REVISTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS ERINDAD DE TUDELA

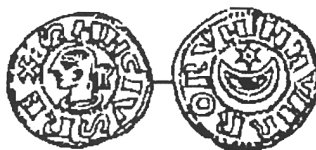
TUDELA, 2021 • NÚMERO

29



NICOLÁS ESPARZA: CONTRIBUCIONES AL ESTUDIO DE SU FIGURA Y SU OBRA EN SU 150 ANIVERSARIO. **José M^o Muruzábal del Solar** • A PROPÓSITO DE MUSKARIA, CIUDAD DE LOS VASCONES. **Jabier Sainz Pezonaga** • LA ACCIDENTADA HISTORIA DE LA ESPADAÑA DEL AYUNTAMIENTO DE TUDELA Y SUS CAMPANAS. **Maite Forcada Huguet** • “LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y OTROS FACTORES DESENCADENANTES DE ALTERACIONES EMOCIONALES EN MUJERES PRIMÍPARAS DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO”. **Francisco Xabier Soto Bermejo** • LA ALGARA DE ESTERCUEL Y LA BATALLA DE LA BARDENA, EN 975. **Serafín Olcoz Yanguas** • ¡OJO CON EL PLAN DE LOS QUE NO QUIEREN PLAN! **Jesús María Ramírez Sánchez** • LA COFRADÍA DE SANTA MARÍA MAGDALENA DE TUDELA. **Juan Manuel Garde Garde**

CENTRO DE ESTUDIOS MERINDAD DE TUDELA



CONSEJO DE REDACCIÓN
JUAN JOSÉ BIENES CALVO, JUAN MANUEL GARDE GARDE, ESTEBAN ORTA RUBIO

El consejo de redacción no se responsabiliza
de las opiniones expresadas por los colaboradores
en los artículos publicados

Fotografía de portada
Ayudando a la lectura o La lección.
(*Obra de Nicolás Esparza. Museo de Navarra*)

®REVISTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS
MERINDAD DE TUDELA

Diseño original:
CENTRO DE ESTUDIOS MERINDAD DE TUDELA

Fotocomposición:
GRÁFICAS LARRAD

Distribución:
CENTRO DE ESTUDIOS “MERINDAD DE TUDELA”
Centro Cívico Lestonnac. C/ San Marcial, 25. 31500 Tudela

D.L.: Na-491-89

ISSN: 1131-9577

Impresión:
GRÁFICAS LARRAD



REVISTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS MERINDAD DE TUDELA

29



Esta obra ha contado con una subvención del
E.P.E.L. Castel Ruiz - Tudela.

Nafarroako  **Gobierno**
Gobernua **de Navarra**

Lan honek Nafarroako Gobernuaren dirulaguntza bat izan du, Kultura, Kirol eta Gazteria Departamentuak egiten duen Argitalpenetarako Laguntzen deialdiaren bidez emana. / Esta obra ha contado con una subvención del Gobierno de Navarra concedida a través de la convocatoria de Ayudas a la Edición del Departamento de Cultura, Deporte y Juventud.

S U M A R I O

NICOLÁS ESPARZA: CONTRIBUCIONES AL ESTUDIO DE SU FIGURA Y SU OBRA EN SU 150 ANIVERSARIO José M ^a Muruzábal del Solar	7
A PROPÓSITO DE MUSKARIA, CIUDAD DE LOS VASCONES Jabier Sainz Pezonaga	31
LA ACCIDENTADA HISTORIA DE LA ESPADAÑA DEL AYUNTAMIENTO DE TUDELA Y SUS CAMPANAS Maite Forcada Huguet.....	73
“LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y OTROS FACTORES DESENCADENANTES DE ALTERACIONES EMOCIONALES EN MUJERES PRIMÍPARAS DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO” Francisco Xabier Soto Bermejo	109
LA ALGARA DE ESTERCUEL Y LA BATALLA DE LA BARDENA, EN 975 Serafín Olcoz Yanguas	131
¡OJO CON EL PLAN DE LOS QUE NO QUIEREN PLAN! Jesús María Ramírez Sánchez	141
LA COFRADÍA DE SANTA MARÍA MAGDALENA DE TUDELA Juan Manuel Garde Garde	161

**“LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y OTROS FACTORES
DESENCADENANTES DE ALTERACIONES EMOCIONALES EN
MUJERES PRIMÍPARAS DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y
PUERPERIO”**

Francisco Xabier Soto Bermejo

MARCO TEÓRICO

El proceso reproductivo humano ha permanecido invariable en miles de años, y a pesar del gran coste evolutivo que supone tener un índice craneoencefálico desproporcionado en comparación con otros mamíferos, las técnicas médicas han permitido reducir la mortalidad de madres y bebés en el parto. Cabe preguntarnos si del mismo modo que se ha mejorado la atención fisiológica lo ha hecho la atención psicológica de la mujer primípara. Esta idea germinó de los relatos de un grupo de madres gestantes encuestadas de forma informal, y que valoraban su experiencia en ocasiones, como algo traumático. La pequeña muestra proveniente de las clases de preparación al parto del Área de Salud de Tudela en 2017, Comunidad Foral de Navarra (España), sin ser representativa, mostraba factores comunes entre las entrevistadas: sensación de abandono, sentimientos de tristeza e inutilidad, ansiedad, desinformación, trato inadecuado por el personal sanitario, etc.

Numerosos estudios indican que las mujeres con frecuencia salen traumatizadas de sus partos como consecuencia de las acciones u omisiones del personal sanitario (Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., y Jackson, D, 2010). Mientras muchas mujeres experimentan algunos cambios leves en el estado de ánimo durante o después del nacimiento de un hijo/a, hasta un 20% reportan síntomas más significativos de depresión o ansiedad y no depende del nivel cultural, económico o raza de la mujer, (Postpartum Support International, 2018). Desde una perspectiva psicológica, las consecuencias de la mala gestión emocional en este periodo tan importante pueden ser múltiples. La afectación psicológica comienza incluso cuando no se produce el deseado embarazo (Ramírez, Del Castillo, y Moreno, 2015). Una vez se ha constatado el embarazo, otra evidencia de la intensidad emocional encontrada es la depresión perinatal, en adelante DPN. La DPN comprende el periodo entre el embarazo y el primer año de vida con

sintomatología que va desde la irritabilidad, sentimientos de tristeza, culpabilidad y/o vergüenza; hasta los más graves: ideaciones destructivas a sí misma o al neonato (Rodríguez, Olivares, Izquierdo, Soto, y Huynh 2016). Según indican estas autoras en nuestro país, la depresión postparto, en adelante DPP, tiene una prevalencia entre un 6% y un 8% y la depresión prenatal duplicaría estos porcentajes. Una mujer con DPP podría experimentar sentimientos de enojo, tristeza, irritabilidad, culpa, falta de interés en el bebé, cambios en los hábitos de alimentación y sueño, dificultad para concentrarse, pensamientos de desesperanza y, en ocasiones, pensamientos de hacerse daño a sí misma o al bebé. Otras patologías con menor prevalencia y relacionadas con el parto son las siguientes: en la ansiedad de postparto la mujer puede experimentar preocupaciones extremas y temores, estando éstas mayormente relacionadas a la seguridad y salud del bebé. Algunas mujeres tienen ataques de pánico, sienten dificultad para respirar, dolor en el pecho, mareos, sensación de perder el control y hormigueo o adormecimiento. El Trastorno por estrés postraumático en el postparto, a menudo causado por un parto traumático o aterrador, los síntomas pueden incluir imágenes del trauma con sentimientos de ansiedad y la necesidad de evitar las cosas relacionadas al evento. Menos frecuente es el Trastorno obsesivo compulsivo o la psicosis en el postparto que pueden cursar con alucinaciones, desconfianza de quienes les rodean, confusión y pérdida de memoria, (Postpartum Support International, 2018). Arnau, Martínez, Castaño y Nicolás (2014) concluye que las emociones en relación a la atención perinatal son un factor central, así describe las más relevantes englobadas en seis metacategorías:

- a) Miedo; dolor al parto y desajuste de expectativas.
- b) Ansiedad e Incertidumbre; enfrentándose a la amenaza del riesgo y la desinformación.
- c) Vergüenza; comprometiendo la privacidad.
- d) Ira y Desamparo; asimetría en la estructura relacional.
- e) Soledad; discontinuidad en la atención asistencial.
- f) Tranquilidad y Confianza; construyendo una interacción clínica simétrica y humanizada.

A pesar de esta descripción, resulta más alarmante si cabe y citando a Bennett e Indman: "... que apenas se hayan desarrollado programas preventivos ni se incorporen protocolos de vigilancia de la salud en el cribado y el seguimiento del riesgo de sufrir depresión perinatal, aun cuando esta enfermedad afecta a una de cada cinco mujeres (Bennett e Indman, 2016)"

Para conocer de inicio si uno de esos factores precipitantes pudiera ser la Violencia Obstétrica, en adelante VO, y si éste es un elemento innovador, en el sentido de haber sido poco estudiado, se consultaron diversas fuentes mediante metabuscadores como: Linceo+; EBSCO; GOOGLE academic; y las bases de datos PSI-

CODOC; PsycINFO, Elsevier; no habiendo encontrado trabajos realizados por profesionales de la psicología en España, que incorporen este componente.

Para poder entender qué se entiende por VO podemos parafrasear a Belli (2013), señala a la VO como una forma de violencia de género de tipo institucional, violación de los derechos humanos y derechos sexuales reproductivos. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención a la salud sexual, embarazo, parto y postparto (Belli, 2013, p. 28). La autora explica que, al no contar con una definición precisa de VO se la asocia directamente con la experiencia del parto. Sin embargo, abarca todo el campo de la salud sexual y reproductiva: anticoncepción, planificación familiar, aborto y menopausia, por nombrar los más significativos. La propia Organización Mundial para la Salud, recomienda evitar el uso inadecuado de la tecnología obstétrica bajo una declaración denominada “El nacimiento no es una enfermedad” (Benítez, 2008). El primer país que reconoció la VO como concepto legal fue Venezuela, en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, publicada el 19 de marzo de 2007 (Pérez, 2010). En un estudio realizado por Pereira, Domínguez y Toro (2015) en el entorno hospitalario de Caracas, concluyeron que la prevalencia de VO rondaba el 26,3% con predominio de la violencia psicológica. El 34,4% de las pacientes no recibió información adecuada sobre los procedimientos que les practicaron, mientras que al 65,6% les fueron realizados procedimientos médicos o quirúrgicos sin solicitarles el consentimiento informado por escrito. Otro estudio realizado en Perú encontró un porcentaje del 81,4% de VO y 67,7% de reacciones elevadas de estrés agudo. Con una correlación entre ambas altamente significativa (Lam et al, 2017).

Hipótesis de trabajo

Por todo lo anteriormente expuesto podemos concluir que, si conocemos las preocupaciones más comunes, los factores que las precipitan y cuándo se suceden, podremos articular grupos de apoyo preventivos de la DPN más eficaces, a través de las técnicas terapéuticas con mayor evidencia.

Objetivos

El objetivo inicial de este estudio fue determinar la relación entre VO y DPN. Sin embargo, las limitaciones encontradas lo imposibilitaron. Ya que según constaba en la Memoria de Salud Mental de la C.F. de Navarra 2016, no

se registra la prevalencia de DPN, debido a que esos casos se circunscriben al diagnóstico generalista de Depresión (extraído en marzo 2018 de www.navarra.es). Por lo tanto, el objetivo operativo para este trabajo, aun siendo menos ambicioso, fue identificar factores que predispongan o precipiten las alteraciones emocionales, incluyendo la VO, y en qué momentos sucede: en el embarazo, parto y/o puerperio.

Metodología

Para este estudio se estableció la encuesta como metodología de investigación correlacional de tipo cuantitativo, junto con la entrevista como metodología cualitativa. En función de los criterios de cobertura de población, objetivos y dimensión temporal, la encuesta realizada responde a las siguientes características: muestral, descriptiva y transversal respectivamente. De igual forma este estudio también se puede considerar de tipo epidemiológico al describir la prevalencia del factor VO. Como variable dependiente se estableció el grado de alteración emocional o malestar psicológico percibido en las mujeres encuestadas, medido por una escala tipo Likert. Como variables independientes los factores encontrados denominados emociones, sentimientos y preocupaciones percibidas, así como los diferentes momentos del proceso reproductivo (embarazo, parto y postparto).

Responsabilidad ética

En marzo de 2018 se solicitó el visto bueno al Comité de Bioética y Consejo de Docencia e Investigación del Área de Salud de Tudela.

Todas las participantes fueron informadas sobre el objeto de la encuesta, indicándoles su carácter investigador, anónimo y voluntario dando su consentimiento explícito para ello.

Instrumentos utilizados

Para cumplir con los objetivos propuestos se elaboró un cuestionario *ad hoc* con la denominación “Cuestionario Madres Primíparas”, en adelante CMP, véase Anexo I. En la redacción del cuestionario piloto se formularon 26 ítems que especificaban las preocupaciones sentidas, algunas de carácter retrospectivo y otras proyectadas. Tras una primera reagrupación quedaron 23 ítems más 2 de elaboración libre. Como novedad a otros cuestionarios existentes, para el CMP se incorporó una escala tipo Likert graduada de 0 a 4 con punto intermedio y se le pidió a la entrevistada que indicase el momento en que había

sentido o vivenciado una preocupación, concretando entre la primera y segunda mitad del embarazo, parto, primeros días y primer mes de puerperio. Para la validación de los ítems, el primer paso fue chequear los instrumentos existentes, la mayoría relacionados con la DPN. Así, por ejemplo, Marcos et al. (2017) utilizaron el cuestionario PHQ-9, para discriminar los casos con sintomatología depresiva moderada en el primer trimestre de gestación, para la derivación a un grupo terapéutico. Rodríguez et al. (2016) validaron para mujeres hispanas el PHQ-2, una versión abreviada del PHQ-9 que presentó alta sensibilidad y especificidad. Rodríguez et al. (2017) validaron el PDPIR que discrimina factores de riesgo biológicos, psicológicos y socioeconómicos. Otro instrumento altamente utilizado es la Escala de Edimburgo, pensada para detectar la DPP y administrado los dos primeros meses del postparto. Sin embargo, en un estudio con una muestra pequeña (n=32), similar a la estudiada en la Zona de Tudela (n=30), se utilizó la Escala de Detección Sistemática de Depresión Postparto, en adelante PDSS, de Cheryl Tatano Beck y Robert K (2015). PDSS, sirvió de modelo para la validación de los ítems del CMP. En concreto se utilizaron las tres dimensiones que tuvieron significación estadística en el estudio realizado con población hispana, “labilidad emocional, sentimientos de culpa/vergüenza y ansiedad/inseguridad”. Para reducir las variables extrañas y poder contrastarlas estadísticamente se añadieron otras dos categorías a modo de distractores, pertenecientes al mismo test, pero con menor significación.

El proceso de validación de ítems del CMP se realizó a través de un grupo de psicólogas clínicas y sanitarias mediante la técnica de prueba de jueces expertos. Para mejorar la validez interna se optó por administrar aleatoriamente entre la muestra un segundo instrumento, el Cuestionario de Violencia Obstétrica, en adelante CVO. Este instrumento construido por el Observatorio de VO de España (2016), está validado y adaptado para la investigación. El objetivo del instrumento es evaluar la percepción y experiencia de violencia durante el parto, en tres dimensiones: *desinformación, trato deshumanizado y medicalización-patologización* (Lam, Sánchez, Olivos, Castillo y Cabellos, 2018). Dado que el ítem 21 no encajaba en ninguna categoría estudiada hasta la fecha en ningún instrumento de DPN o similar se evaluó la correlación obtenida entre la puntuación del ítem 21 del CMP y la baremación del CVO.

Muestreo

En marzo de 2018 se solicitó la colaboración de las trabajadoras sociales y peditras de los Centros de Salud Tudela Este y Oeste, quienes pasaron durante dos meses los cuestionarios en las consultas. Además, se recogieron encuestas en un grupo de encuentro postparto no institucionalizado. Dada la gran difi-

cultad de acceso a una muestra tan específica, se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico, de carácter incidental de conveniencia, seleccionando los casos que están disponibles en el momento en el que se lleva a cabo el estudio. Los criterios de selección de la muestra fueron: entender español hablado y escrito, ser madre primeriza y que el neonato tuviera más de un mes. No fueron factores discriminantes el tipo de parto, edad y origen de la madre atendiendo los criterios propuestos por (Postpartum Support International, 2018). La mayoría de las encuestadas utilizaron la opción del cuestionario autoadministrado. Un grupo reducido respondió vía email a modo de bola de nieve a través de usuarias conocidas. Ninguna encuestada manifestó tener dificultad en el entendimiento de los ítems. La muestra tiene un tamaño de $n=30$. Las edades fluctuaron entre los 22 y 44 años con media 34,16 años y desviación típica 5,15. La muestra tiene un grado elevado de precisión y representatividad, dado que el número de nacimientos en el Hospital de Tudela durante los meses de marzo y abril fue de 147 niños/as representa un 20,4% de la población total (INE, 2018). De los datos $n=30$, $N=147$, y mediante la siguiente fórmula podemos deducir que la varianza sólo se ve afectada en un 10% respecto al caso en el que la población fuera infinita para la realización de inferencias poblacionales.

$$\text{Media} = E[X] = \mu$$
$$\text{Desv.típica} = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

RESULTADOS

En relación al CMP

Para la validación de ítems se utilizó una muestra estadística de contraste de proporciones. Asumiendo los siguientes parámetros: que la distribución corresponde con la normal, que la muestra es pequeña ($n=10$), que para este contraste penaliza un denominador pequeño, y fijando como cohorte la mayoría de jueces 6/10, se obtuvo una significación considerable en 6 ítems y con menor grado de significación en 10 ítems, por lo que se eliminaron 5 ítems del cuestionario. De haber utilizado una distribución probabilística binomial para muestras pequeñas, no se hubiera eliminado ningún ítem, puesto que para todos ellos se descarta la probabilidad de elección por azar con una significación del 99,9%. En la misma medida se pronunciaron la unanimidad de jueces, que

no consideraron la eliminación de ningún ítem, al entender que todos eran adecuados en contenido y forma respecto al fin al que se dirige. La eliminación de ítems que no superaron el cohorte, pretendió mejorar la validez de constructo a expensas de una muestra mayor de jueces.

Para la validación del ítem 21 del CMP, se calculó la correlación entre las puntuaciones obtenidas en este ítem y las obtenidas en el CVO. Se pueden observar en la Figura 1 del diagrama de dispersión una correlación directa y positiva entre VO y el ítem 21. Calculando el Coeficiente de Correlación de Pearson, donde ($r_{xy} = S_{xy} / S_x S_y$) se obtiene un $r_{xy} = .69$

Figura 1: Correlación entre CVO e ítem 21 del CMP. Elaboración propia

Siguiendo a Barbero (2010), los ítems del CMP cumplen con las características psicométricas de dificultad adecuada, homogeneidad de los ítems respecto al constructo que se quiere medir y al nivel de discriminación para una población general.

Datos obtenidos en la encuesta mediante el CMP

Los siguientes datos ordinales reflejan el porcentaje de encuestadas que ha seleccionado cada ítem con un grado de preocupación ≥ 1 en la escala, indicando, además, los momentos predominantes en que se han percibido (primera mitad del embarazo, segunda mitad del embarazo, parto, primeros días y primer mes del neonato y primer mes del neonato), véase Figura 2.

- 93% sufrir un aborto espontáneo, mayoritariamente en el primer trimestre del embarazo.
- 90% fallecimiento del bebé por muerte súbita, ahogamiento...; en el primer mes de vida.
- 90% tener problemas con la lactancia, no tener leche o que “no enganche” el bebé; durante todo el embarazo con mayor impacto en el primer mes de vida.
- 86% que el bebé tenga malformaciones congénitas o algún tipo de discapacidad; durante todo el proceso con especial incidencia en el embarazo.
- 83% enfermedades infecciosas graves en el bebé; durante todo el proceso con mayor incidencia en el puerperio.
- 80% se han sentido mal atendidas/incomprendidas por profesionales sanitarios en alguna ocasión; con similar impacto en todos los momentos estudiados.
- 80% les ha preocupado que el llanto del bebé les estresase; evidentemente es una sensación dominante en el puerperio y en menor medida sentida también en el embarazo.

- 76% han sentido ansiedad y sentimientos de tristeza en más de una ocasión; durante todo el proceso con mayor incidencia en los primeros días del neonato seguido del primer mes de vida.
- 70% les ha preocupado no ser fuertes o estar a la altura; durante todo el proceso con mayor incidencia en el puerperio.
- 63% les ha preocupado hacerlo mal por desconocimiento; en los primeros días.
- 60% no tener confianza en sí mismas para proporcionar los cuidados necesarios al bebé; durante los primeros días del neonato.
- 60% no recuperar la figura corporal después del embarazo; con impacto durante todo el proceso y mayor incidencia en el puerperio.
- 46% se han sentido incomprendidas por su entorno familiar; en el primer mes de vida.
- 40% han tenido sensación de abandono; en los primeros días del neonato.
- 33% han tenido sentimientos de inutilidad; en los primeros días del neonato.

Los datos anteriores son derivados de las puntuaciones directas de las encuestadas para una muestra $n=30$. El error máximo de estimación en la población es de ± 9 puntos porcentuales, asumiendo que la distribución muestral se acerca a la normal, con un nivel de significación $p < .05$.

Los momentos más críticos donde las encuestadas aglutinan el mayor número de preocupaciones, ordenados de mayor a menor impacto son: los primeros días del neonato, el primer mes del neonato, la primera mitad de embarazo, el parto y por último la segunda mitad del embarazo.

Las preocupaciones o emociones percibidas atendiendo al grado de afectación:

- *Mucho*. Sufrir un aborto espontáneo. Fallecimiento del bebé. Sentir ansiedad en alguna ocasión. Problemas con la lactancia.
- *Bastante*. Que el bebé tenga malformaciones congénitas o algún tipo de discapacidad. Enfermedades infecciosas o el fallecimiento del bebé. Hacerlo mal por desconocimiento. Tener baja confianza en sí misma para proporcionar los cuidados necesarios al bebé.
- *Algo*. Sentirse mal atendida o incomprendida por el personal sanitario. Sentirse triste y con ansiedad.
- *Poco*. El llanto del bebé. Sentirse incomprendida por su entorno familiar. No recuperar la figura corporal después del parto.

Proporciones de los momentos en que se perciben las preocupaciones. CMP

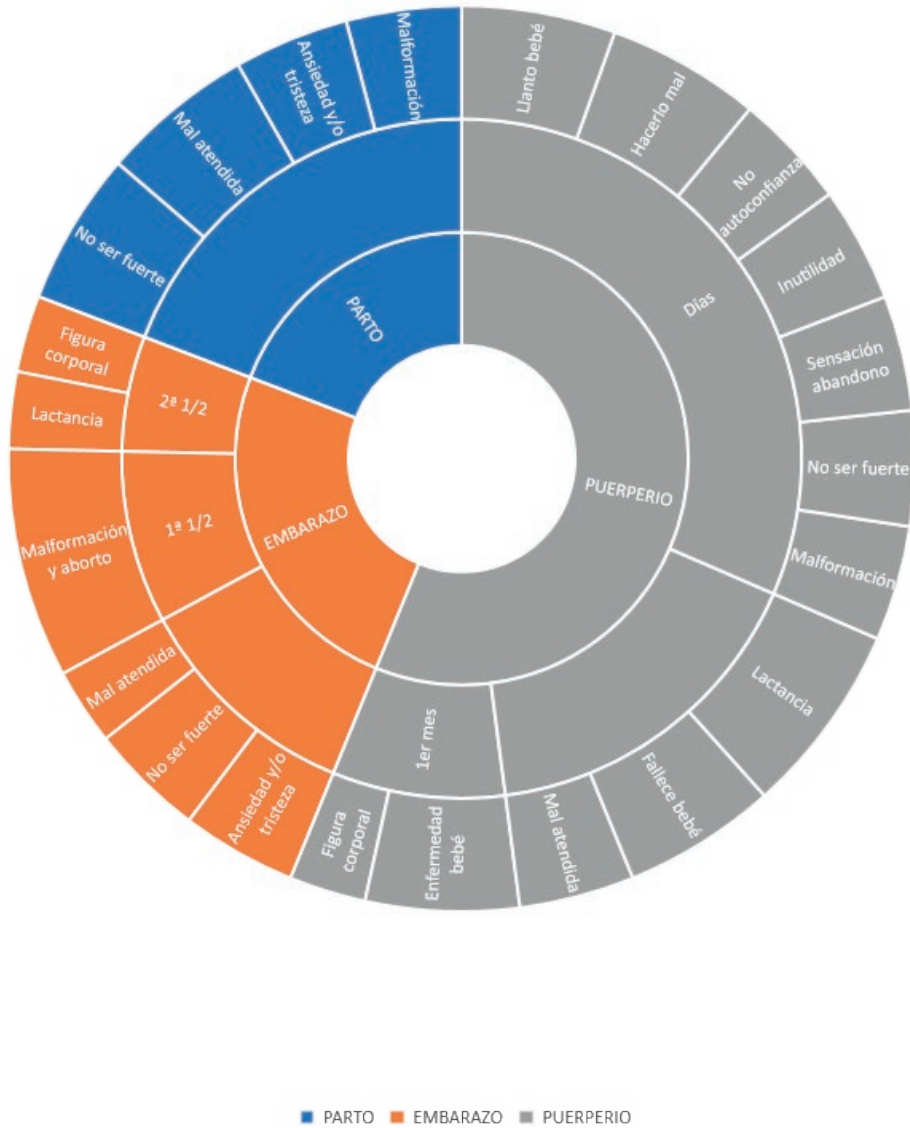


Figura 2. Resumen de datos obtenidos con el CMP. Elaboración propia

Resultados sobre la VO

En la Tabla 1, se indican los valores de la VO en sus diferentes dimensiones, medida por promedios porcentuales de los ítems. Todos los datos obtenidos con el CVO que se presentan a continuación presentan un error máximo de estimación de $\pm 8,14$ puntos porcentuales, asumiendo que la distribución poblacional se acerca a la normal y para una muestra pequeña ($n=13$), por lo que la distribución muestral de la media es la *t* de Student, con un nivel de significación $p < .05$.

VO	Dimensiones de la VO		
	Desinformación y consentimiento	Trato deshumanizado	Medicalización y patologización
SI	27%	23.25%	49.11%
NO	73%	76.75%	50.89%

Tabla 1. Distribución de la VO según sus dimensiones. Elaboración propia.

- El índice global de VO obtenido es del 33,12% $E_{max} = \pm 8.14$ $p < .05$

Ítems más relevantes según dimensión, ordenados correlativamente de mayor a menor.

Desinformación y consentimiento

- 38% no recibió información de los medicamentos que se le iban a administrar ni pudo resolver sus dudas e inquietudes.
- 30% se le impidió involucrarse en la toma de decisión sobre su atención.
- 23% apunta que el lenguaje utilizado por el personal sanitario no fue claro ni correcto en todo momento.

Trato deshumanizado

- 53% de las mujeres reportan que cada profesional que entró en la habitación no se presentó con nombre y título.
- 46% de las mujeres manifiestan que no se les facilitó el contacto piel con piel con el bebé después de nacer ni durante la primera media hora, tampoco se propició que el bebé lactase de la madre en ese periodo.

- 30% considera que su intimidad fue vulnerada durante la atención del parto y puerperio, y/o no se respetó la postura que deseaba en el expulsivo.

Medicalización y patologización

- 84% de las encuestadas, refirió que nada más ingresar se le colocó una vía endovenosa; se le colocó oxitocina para acelerar el parto.
- 61% apunta que se le pidió permanecer acostada durante el parto (sin contraindicación aparente), no considerando su deseo de deambular libremente.
- 46% se le realizó episiotomía sin ser consultada.

A la pregunta: ¿Has necesitado o crees que necesitas ayuda psicológica o terapia para superar las secuelas o malos recuerdos del parto?

- El 23% de las encuestadas opinaron “SÍ”, frente al 77% que opinaron “NO” necesitar ayuda psicológica. Existe una correlación positiva, $r_{xy} = .71$ donde a mayor VO mayor probabilidad de precisar ayuda psicológica.

Error máximo de estimación $\pm 8,14$ puntos porcentuales $p < .05$

Respecto a los datos cualitativos recogidos en las entrevistas realizadas entre marzo y abril 2018 los más significativos son los siguientes, S= sujeto/paciente.

S 1. *“El embarazo, el parto y el posparto están instrumentalizados, se deja a un lado que detrás de la “barrigota” hay una mujer con sentimientos. Como no se habla de ello, hay mucho desconocimiento, que es lo que puede que te lleve a la depresión porque no entiendes lo que te está pasando y piensas que eres la rara que se queja. Luego a todas o a casi todas les ha pasado algo similar. Pero nadie lo cuenta. Tampoco sabes qué tipo de ayuda pedir y cuando eres primeriza no sabes que quizás la atención que te están dando no es la adecuada. Durante el embarazo, parto y puerperio me he sentido mal asesorada con la lactancia y mal atendida emocionalmente.”*

S 3. *“Lo único malo era mi inexperiencia y que mi nena se pegó el primer mes sin parar de llorar y a veces yo con ella. Tuve un parto complicado que derivó en cesárea, y que siempre he pensado que me lo complicaron en la última consulta del embarazo, con la manía de mirar las aguas y meter los dedicos...”*

S 5. *“Con la lactancia no sabía nada, todo lo que recibía era que iba a ser complicado, estoy segura de que si no hubiera recibido ayuda del grupo de apoyo lo hubiera abandonado.”*

S 7. *“Poca información sobre el parto. Echo de menos protocolos que posibiliten la toma de decisiones de las madres durante el parto.”*

S 9. *“Me hubiera gustado más información sobre la lactancia, y haber practicado el método Kanguro que consiste en tener contacto piel con piel con mi bebé.”*

S 11. *“Dejar a mi bebé en la incubadora del hospital e irme a casa me producía gran ansiedad y tristeza.”*

S 14. *“La gine que me atendió en urgencias no me trató bien, al igual que la matrona de la primera revisión. Otro problema era que mi hija estaba en la incubadora y yo en la habitación compartiendo con otra parturienta, estaba ubicada cerca de la puerta y todo el mundo que entraba a ver a mi compañera me veía sacándome leche con el sacaleches y me preguntaba ¿que dónde estaba mi bebé? no existía intimidación alguna y me producía un gran malestar emocional.”*

S 16. Primera cita con la matrona. *“Me sentí algo decepcionada, la verdad. Supongo que para la matrona que me atendió son cosas de todos los días, pero para mí era algo super excepcional y esperaba...no sé algo más de miramiento, unas palabras de ánimo, de alegría, de: ya verás, todo va a ir bien..., algo así como: los profesionales que estamos aquí, te vamos a ayudar... Pero no, fue una chica joven la que me dio los panfletos, las fechas de las siguientes citas y me repitió como un lorito todo lo que me iba a pasar a mí, que principalmente soy la que voy a tener los cambios físicos. Esperaba algo más de tacto y algo menos de tecnicismos.”*

Primera revisión ginecológica. *“La doctora fue muy fría, ella se dedicó a ver lo que tenía que ver y escuchar, pero fue todo muy rápido. Cuando vi a la bebé en la eco, enseguida se me emborronó la vista por las lágrimas que no conseguía contener de la emoción. Ella no me dijo nada y además me echó una bronca por no saber que tenía un mioma que podía alterar el parto.”*

En la prueba de glucosa. *“El trato de todas las enfermeras y el enfermero, fue maravilloso. Además de sacar sangre, sabían tratar a las pacientes ya que me puse muy mala y se desvivieron en atenciones.”*

Prueba cromosómica privada. *“Un poco decepcionante el modo de enterarnos, ya que la doctora se adelantó a la lectura del informe y aunque nos dijo que todo estaba bien, que eso nos parece estupendo, se adelantó y sin preguntarnos, nos dijo. -es niña porque ha salido XX. Nos quedamos un poco ploff, porque nos debía haber preguntado al menos si queríamos saberlo en ese momento o en la intimidad.”*

Durante todo el embarazo *“No tuve dos citas con el mismo profesional, esto me produjo inseguridad e incomodidad, tenía que recordar a cada uno el tema del*

mioma y la calcificación del corazón de la bebé, esto me preocupaba muchísimo y recuerdo que estaba super sensible. Sin embargo, ellos no me comentaban nada, me parece poca delicadeza y empatía por su parte.”

En el parto. “En cuanto llegué al hospital me pusieron una vía y las correas de monitores, al rato me rompieron la bolsa de aguas. Yo hubiera preferido deambular y hacer los ejercicios que me recomendó mi fisioterapeuta. Los dolores eran muy fuertes, yo pedí la epidural y la anestésista no venía porque estaba ocupada, cuando vino pasadas tres horas, me contestó muy enfadada y de mala manera. -parir con dolor no es ninguna urgencia-. En contra posición, la matrona y el auxiliar tenían palabras de amabilidad. Cuando entré al paritorio, le dije expresamente. -no me rajes- en referencia a la episiotomía, pero la doctora no me hizo caso, ni me informó, lo hizo y punto. A la niña la sacaron con ventosa, y tampoco me informaron. Sin embargo, agradezco enormemente que en el mismo momento de nacer me la pusieran en el pecho, fue maravilloso.”

En el puerperio “La niña no paraba de llorar, y yo con ella por no saber qué hacer, entonces se la llevó una auxiliar y al rato la trajo sin llorar, cuando le pregunté qué había hecho para que callara me dijo. -que no le pasaba nada-, pero no me explicó como lo hacía. Me sentí inútil y lloré de impotencia.”

S 25. “Durante el embarazo me angustiaba que el bebé tuviera malformaciones, sólo pensar en la amniocentesis me producía terror... El parto fue una experiencia horrible, lo recuerdo con angustia cuando saltaba la alarma de la monitorización del bebé y la matrona me decía que era normal, pero aparecían corriendo la gine, la matrona y hasta un pediatra, eso no era normal. Me lo sacaron con espátulas y me hicieron una episiotomía brutal. Después lo pasé fatal con la lactancia, me acuerdo de una enfermera que apretaba la cabeza del bebé contra el pecho y me decía con tono elevado -chica que no es tan difícil que el bebé tendrá que comer-. Luego el pediatra me decía que el niño tendría alergias por mi culpa si no le daba leche materna, y mi marido también me presionaba con el tema, pero yo era incapaz por más que lo intentaba, no podía. Me sentí completamente inútil, mala madre y no hacía más que llorar.”

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Respecto al CMP, no cumple la función de detectar precozmente una DPN, para ello ya existen instrumentos testados con población española como el PDPIR, PHQ-2, PHQ-9, PDSS o la Escala de Edimburgo. Sin embargo, su principal objetivo, verificar mediante encuesta si las preocupaciones del *focus group* eran extensibles a la población en general, ha sido cumplido eficazmente y con validez significativa. El CMP, también ha servido para ofrecer una foto-

grafía de algunos factores precipitantes de alteraciones emocionales en mujeres primíparas, y su grado de afectación, discriminando diferentes periodos (gestación, parto y puerperio). Evidentemente no son todos los factores posibles. La VO se presentó como factor innovador, pocas veces estudiado en España. El índice de VO global encontrado en el Área de Tudela corresponde con un 33%. Si bien los datos se alejan de los obtenidos en Lam et al. (2017), donde el porcentaje de VO global era del 87%, con un índice de estrés agudo del 67,7 %, son más cercanos a los obtenidos en Pereira et al. (2015), donde la prevalencia de VO fue del 26,3 %. Finalmente, el 23% de las mamás sintieron la necesidad de haber precisado terapia psicológica, siendo la ansiedad, tristeza y sentimientos de culpa las alteraciones emocionales asociadas más comunes.

Implicaciones teórico-prácticas (Plan preventivo e integrador de alteraciones psicológicas en el proceso reproductivo para el Área de Salud de Tudela)

Con una perspectiva más pragmática, el presente estudio proporciona un marco de referencia para el diseño de un Plan de Intervención Psicoeducativo, basado en la identificación y minimización de los factores que desencadenan una afectación psicológica entre el embarazo y el puerperio. La sinergia de las propuestas existentes junto a las que nacen de lo descrito en este estudio, conforma una dimensión integradora.

- Línea estratégica 1. Sensibilización mediante campañas de prevención universal y selectiva de la VO y factores de riesgo basado en el modelo Biopsicosocial.
- Línea estratégica 2. Formación a profesionales sanitarios que realizan su labor en todo el proceso obstétrico para eliminar la VO.
- Línea estratégica 3. Implantación de profesionales de la salud mental en el seguimiento sanitario del proceso reproductivo (infertilidad, embarazo y puerperio).
- Línea estratégica 4. Grupo de apoyo preparto y protocolo de actuación. Los grupos de preparación al parto son adecuados pero incompletos. Una de sus fortalezas es la posibilidad de hablar con otras mujeres embarazadas y tener un grupo de personas con quienes poder intercambiar ideas e inquietudes. Algunas limitaciones son el comienzo tardío de las clases preparto que empiezan en el último trimestre de gestación. En ocasiones, generan miedos ante los tecnicismos utilizados, no resolviendo los falsos mitos y creencias de las pacientes. Este retraso tampoco permite ofrecer una información correlativa a los cambios fisiológicos y emocionales que se han ido sucediendo desde el embarazo. Por ello, se propone adelantar

su inicio al primer trimestre, para trabajar preocupaciones altamente sentidas en este periodo, como es el caso de las malformaciones congénitas del bebé. En este sentido, se realizan pruebas de cribado del Síndrome de Down y defectos del tubo neural entre las semanas 11 y 20 del embarazo, siendo un proceso largo y tedioso con un 90% de fiabilidad, generando alta ansiedad, si se precisa una amniocentesis. Una prueba alternativa y no invasiva es el análisis de sangre de la madre en la semana 10, para detectar hasta 5 veces más patologías genéticas, a partir de los residuos cromosómicos del bebé y con una fiabilidad del 99.99 %. Otra preocupación ansiosa que se precisa abordar es el peligro de aborto que durante todo el embarazo está presente. En el primer trimestre se recomienda pasar el PHQ-2, para detectar las madres que presenten rasgos moderados de depresión y ansiedad. También el PDPIR para identificar factores de riesgo biológicos, psicológicos y socioeconómicos. Una vez detectados los casos susceptibles derivar a profesionales de la salud mental para realizar terapia individual y grupal. Durante el primer trimestre la frecuencia de sesiones establecidas sería una vez al mes, dos horas la sesión, hasta el tercer trimestre que se intensificará una vez a la semana con una hora de duración. En este momento se pueden introducir el tratamiento de las preocupaciones relacionadas con la lactancia, el parto (recomendable una visita previa al paritorio para familiarizarse), el apoyo familiar, el proyecto personal hacia el nuevo rol de madres, el llanto del niño y el control del estrés. Otros contenidos a tratar, identificar las situaciones estresantes para aprender a manejar el estrés mediante autorregistros; explicitar las emociones con un termómetro del estado de ánimo; practicar actividades saludables y rodearse de personas que proporcionan apoyo positivo.

El grueso de las sesiones sería dirigido por profesionales de la educación especialistas en obstetricia y con formación complementaria en atención psicológica perinatal, con la intervención complementaria de profesionales de la psicología que podría ofrecer asesoramiento presencial y telemático mediante chat.

- Línea estratégica 5. Aproximación al modelo de parto natural institucionalizado y libre de acciones de VO.
- Línea estratégica 6. Implantación de grupos de apoyo a la lactancia y postparto.

Recordamos que los primeros días de vida del neonato y el primer mes son los que arrojan mayor preocupación por las encuestadas. Aspectos como la muerte súbita del bebé, enfermedades, la lactancia, la confianza en sí misma, etc. Un modelo funcional es el propuesto en IHAN, en Navarra representa-

da por la asociación AMAGINTZA (grupo no institucionalizado). Se propone complementar este trabajo con sesiones de psicoeducación grupal desde la atención primaria. Durante el primer mes, una vez a la semana para continuar con una sesión a los 2, 3, 6, 9 y finalizando a los 12 meses. Los contenidos: aprender los hitos evolutivos del bebé, sus necesidades y cómo gestionarlas; reducción de la ansiedad ante el llanto u otros elementos estresantes; gestión de las emociones propias a través de actividades agradables, pensamientos saludables y apoyo social positivo. La prevención es la clave de una infancia saludable.

Limitaciones del estudio

Sería de gran interés poder estudiar si la VO puede resultar un factor precipitante de la DPN. Las limitaciones de disponer acceso a pacientes con esta clínica, no han posibilitado este estudio en la presente investigación. También cobraría interés poder implantar la propuesta de Intervención Psicoeducativa y analizarla como variable independiente en una investigación experimental, con grupo control y experimental.

AGRADECIMIENTOS

El autor de este estudio quiere trasladar su agradecimiento a las trabajadoras sociales y pediatras de los Centros del Área de Salud de Tudela Este y Oeste: Carmen Pinilla, Cristina Sesma Liroz, Dra. Ana Burgaleta, Dra. Sara Viscos, a todas ellas por su estimada colaboración en la administración de los cuestionarios. A Usua Purroy Bermejo del Grupo de apoyo a la lactancia y maternidad “AMAGINTZA”. A las psicólogas que participaron en la prueba de jueces: Diana Colás, Dra. Blanca Yaniz, Pilar Larrauri, Beatriz Manero, Nerea Leunda Ibarrola, Ainara Irigaray Sandúa, Sara Donlo, entre otras. Al Equipo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género y al Servicio de Orientación Familiar de Gobierno de Navarra. A la Asociación de Salud Mental de Navarra. Al director del Área de Salud Mental de Tudela, Dr. José Antonio Gil. A Marian García, Técnica de igualdad del Ayto. de Tudela. En especial a todas aquellas madres anónimas, por su valiosa contribución en el presente estudio y a la inspiración de este trabajo, Ana Isabel Canales González.

REFERENCIAS

Arnau Sánchez, J., Martínez-Ros, T., Castaño-Molina, Á., Nicolás-Vigueras, D., y Martínez-Roche, E. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal: *Un estudio cualitativo*. *Aquichan*, 16(3), 370-381.

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/ UNESCO*, 1 (7), 25-34.

Benítez, G. (2008). Violencia obstétrica. *Rev Facul Med*, 31, 5-6

Bennett, S. y Indman, P. (2016). Más allá de la Melancolía: *Una guía para comprender y tratar la depresión y la ansiedad prenatal y posparto*. San Francisco, CA: Untreed Reads Publishing, LLC.

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., y Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x; 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x

El País.com (2018, abril 05). Así funciona la “madriguera” del parto natural que reduce las cesáreas. https://elpais.com/elpais/2018/04/12/mamas_papas/1523550361_231995.html

Gobierno de Navarra. (2018, mayo 06). Memoria de Salud Mental 2016. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/Año+2016/Memoria+de+Salud+Mental+2016.htm

Ihan.es (2018, abril 16). Qué es Ihan. <https://www.ihan.es>

INE (2018, abril, 05). Nacimientos por municipio. <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/InformacionEstadistica.aspx?R=1>

Lam Flores, S., Sanchez Romero, V., Olivos, A., Antonio, M., Castillo Vásquez, J., y Cabellos, P. (2018). Violencia obstétrica y estrés en púerperas atendidas en un hospital de Chimbote, 2017.

Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M., Izquierdo-Mendez, N., Olivares-Crespo, M. E., y Soto, C. (2017). Perinatal depression: Profitability and expectations of preventive intervention. *Clínica y Salud*, 28(2), 49-52 doi:<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>

Pereira, Carlota, Domínguez, Alexa, y Toro, Judith. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090. Recuperado en 06 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&tlng=es.

Perez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 111(3), 201-202. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002

Postpartum Support International. (2018, mayo 06). Conozca los síntomas. Recuperado de <http://www.postpartum.net/en-espanol/conozca-los-sintomas/>

Ramírez-Uclés, I., Del Castillo-Aparicio, M. y Moreno-Rosset, C. (2015). Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender. *Clinica y Salud*, 26(1), 57-63. doi: 10.1016/j.clysa.2015.01.002.

Rodríguez-Muñoz, M., Olivares, M., Izquierdo, N., Soto, C., y Huynh-Nhu, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal doi:<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001> “

Rodríguez-Muñoz, M., Vallejo Slocker, L., Olivares Crespo, M., Izquierdo Méndez, N., Soto, C., y Le, H. (2017). Propiedades psicométricas del postpartum depression predictors inventory-revised-versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. *Revista Española de Salud Pública*, 91

Tobón-Borrero, L. (2015). Predictores de depresión posparto en puerperas atendidas en la ese municipal. Villavicencio. 2014. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 12(1), 23-31.

ANEXO I
Cuestionario Madres Primíparas (CMP)

Instrucciones: El cuestionario está ideado para madres primíparas cuyo/a hijo/a tenga 1 mes o más. El objeto del mismo es la investigación científica. **Su participación es anónima y voluntaria**, solo se le pide la edad. Respecto a cada ítem la participante **señalará si en alguna ocasión ha sentido la emoción o sentimiento referido, indicando con una “X” el grado de preocupación, siendo 0 nada; 1 poco; 2 neutro; 3 bastante; 4 mucho**. Además, se le pide que señale en qué momento o momentos ha tenido esa emoción o sentimiento. En el caso en el que nunca haya sentido dicha preocupación marcará **0**. Las preguntas pueden reflejar sensaciones hipotéticas que no necesariamente se han tenido que materializar, basta con haberlas pensado en alguna ocasión **Ejemplo**; una madre refiere que: durante todo el embarazo y los primeros días de vida de mi bebé me preocupaba bastante si iba a ser buena madre. En el cuestionario se reflejaría así:

No fuese buena madre				0	1	2	X	4
1ª ½ embarazo X	2ª ½ embarazo X	Parto	Primeros días de vida X	Primer mes de vida				

DATOS PERSONALES	
EDAD:	<input type="text"/>

Grado de preocupación o emociones percibidas 0 nada; 1 poco; 2 neutro; 3 bastante; 4 mucho

1.	El bebé tenga malformaciones congénitas o algún tipo de discapacidad	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida		
2.	Sufrir un aborto espontáneo	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida		
3.	Tener baja confianza en mí misma para proporcionar los cuidados necesarios al bebé.	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida		
4.	Durante el embarazo, parto o posparto me ha preocupado enfermar	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida		
5.	Hacerlo mal por desconocimiento.	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida		
6.	He tenido sensación de abandono	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida		
7.	He tenido sentimientos de inutilidad	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida		
8.	Me preocupa tener carencias económicas	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida		

FRANCISCO XABIER SOTO BERMEJO

9. Tener que criar sola al bebé porque el padre se desentiende	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
10. Problemas con la lactancia (no tener, o que no fuera de calidad)	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
11. Problemas con la lactancia (no enganchara bien el bebé)	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
12. Me preocupaba o me preocupa que el llanto del bebé me estresase	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
13. Enfermedades infecciosas graves en el bebé	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
14. Fallecimiento del bebé por muerte súbita, ahogamiento, aplastamiento, infección, caída...	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
15. No tener apoyos familiares	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
16. He sentido ansiedad en más de una situación	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
17. Me preocupaba o preocupa no ser fuerte o estar a la altura	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
18. Me he sentido triste	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
19. Me he sentido incomprendida por mi entorno familiar	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
20. No recuperar mi figura después del embarazo	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
21. Me he sentido mal atendida o incomprendida por los/las profesionales sanitarios/as en alguna ocasión	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
22. Otras. Indicar cuál:	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	
23. Otras. Indicar cuál:	0	1	2	3	4
1ª ½ embarazo	2ª ½ embarazo	Parto	Primeros días de vida	Primer mes de vida	

xxxxxxx Ítems que no pasaron el cohorte en la prueba de jueces pero que surgieron en el focus group

FRANCISCO XABIER SOTO BERMEJO

Diplomado en Educación Social por la UNED. Graduado en Psicología con mención en Psicología de la Salud e Intervención en Trastornos Mentales y del Comportamiento por la UNED. Máster en Psicología General Sanitaria por la Universidad Internacional de Valencia. Postgrado en Terapia Familiar Breve por la UNED. Actualmente es técnico de Servicios Sociales de Atención Primaria en la C.F. de Navarra. Su carrera profesional ha estado orientada hacia la detección precoz, atención temprana y prevención en los ámbitos de la protección infantil y la atención a la diversidad. Galardonado en 2018 con el premio a la investigación ciudad de Tudela por el presente estudio, y becado por la UNED y el proyecto InovaSocial para la investigación de “Las variables psicosociales emergentes en las situaciones de desprotección infantil en la C.F. de Navarra”. Premios literarios otorgados por Gobierno de Navarra en torno a la Integración Social y la promoción de hábitos saludables 2006, 2007 y 2009.

xabi.soto@tudela.es

Navarra, 2018-2021

RESUMEN

Fundamentos: Existe un trato diferenciado entre la atención fisiológica y psicológica a la mujer, en relación a su proceso reproductivo. Este estudio realizado en el Área de Salud de Tudela, analizó factores precipitantes de alteraciones emocionales en mujeres primíparas y su grado de afectación; discriminando diferentes periodos (gestación, parto y puerperio). **Método:** descriptivo, transversal, cuantitativo y cualitativo; mediante encuesta y entrevista semiestructurada a una muestra $n=30$. Se utilizó un cuestionario *ad hoc* validado por jueces expertos, “Cuestionario de Madres Primíparas” y el “Cuestionario de Violencia Obstétrica” como factor innovador. **Resultados:** el índice global de Violencia Obstétrica presentó una prevalencia del 33% ($E_{max}: \pm 8,14$ $p < .05$) y se constató una correlación con ansiedad, tristeza y sentimientos de culpa. El resto de factores estudiados presentaron porcentajes comprendidos entre (33%-93%, $E_{max}; \pm 9$ $p < .05$). **Discusión:** el presente estudio proporciona un

marco de referencia para el diseño de un Plan de intervención psicoeducativo de corte integrador, basado en la identificación y minimización de los factores que desencadenan una afectación psicológica entre el embarazo y el puerperio.

ABSTRACT

Bases: There is a different treatment between physiological and psychological attention to women, in relation to their reproductive process. This study carried out in Tudela's Health Services analyzed precipitating factors of emotional disturbances in primiparous women and their degree of disorder; discriminating different periods (gestation, birth and puerperium). **Method:** descriptive, transversal, quantitative and qualitative; through a semi-structured survey and interview with a sample n=30. A questionnaire validated by judges were used "Primiparous Mothers' Questionnaire" and the "Obstetric Violence Questionnaire", as an innovative factor. **Results:** the global index of Obstetric Violence showed a prevalence of 33% (E_{max}: ± 8.14 p < .05) and correlation was found with anxiety, sadness and feelings of guilt. The rest of the studied factors presented percentages between (33% -93%, E_{max}, ± 9 p < .05). **Discussion:** the present study provides a frame of reference for the design of an integrating Psychoeducational Intervention Plan, based on the identification and

Palabras clave: violencia obstétrica - embarazo, parto y puerperio - afectación psicológica -intervención psicoeducativa.

Instrucciones para los autores

Los originales deberán presentarse en soporte informático y enviados por e-mail a la dirección centromerindad@ciudadtudela.com o por correo postal a la dirección Centro Civico Lestonnac, Calle San Marcial 29, 31500 Tudela (Navarra).

El texto en archivo Word estará escrito en tipo de letra Times New Roman de cuerpo 12, a doble espacio. El original contendrá un máximo de 40 páginas o 78.000 caracteres, incluyendo notas, cuadros, gráficos y anexos. Las imágenes se enviarán en formato TIF o JPEG (resolución superior a 300 pp) acompañadas de un documento Word con la indicación de los pies de página. En el texto podrán incluirse referencias –en rojo– al lugar en que la imagen debe ir colocada en la maquetación.

El artículo debe seguir un orden metodológico con el fin de contribuir eficazmente al tratamiento de la información en los Centros de Documentación y las Normas de la UNESCO y la ISO:

- Título. Debe responder de manera explícita al contenido del trabajo; su extensión no debe sobrepasar las ocho palabras, y si sucede, es preferible poner subtítulo.
- Autor/es.
- Introducción, donde se defina el tema investigado, estado de la cuestión, objetivos y material de información utilizado.
- Partes centrales. Cuerpo del texto donde se desarrolla la investigación y donde deben situarse las citas y notas.
- Partes finales: Resultados y conclusiones, bibliografía y, en su caso, apéndices.
- Resumen de unas diez líneas en castellano e inglés. Se debe adjuntar traducción del título del artículo en inglés.
- Palabras clave: entre cuatro y seis palabras en castellano e inglés.
- Un breve currículum del autor que no supere las 10 líneas.

En las transcripciones de textos, si son breves (menor de cinco líneas), se pondrán comillas. Si son largas se pondrán aparte, sin comillas, en líneas entradas o sangradas y en cuerpo menor que el texto general.

Las citas bibliográficas se aconseja realizarlas dentro del texto. Por ejemplo: ... (Martinena, 2015: 69-109), y si el nombre del autor/es citado forma parte ya del texto, deberá seguir a éste con la fecha de la publicación y las páginas dentro del paréntesis: ... Martinena (2015: 69-109).

La bibliografía debe reseñarse a continuación de la discusión o conclusiones, ordenada por orden alfabético de autor, incluyendo exclusivamente aquellas citadas en el texto, según el modelo siguiente que se propone en los ejemplos:

a) Artículos de revistas:

MARTINENA RUIZ, J.J., “El castillo de la villa de Cortes”, Rev. Centro de Estudios Merindad de Tudela, 23, 2015, pp. 69-109.

b) Libros:

FLORISTÁN SAMANES, A., La Ribera Tudelana de Navarra., Zaragoza, Institución Príncipe de Viana, 1951.

c) Capítulo en un volumen:

ORTA RUBIO, E., “Tudela durante la Guerra de la Independencia. Memorias de León Dufour (1780-1865), médico militar francés”, en MIRANDA RUBIO, F. (coord), Guerra, sociedad y política (1808-1814), Vol. II, Pamplona, Institución Príncipe de Viana, 2008, pp. 1051-1066.

El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los artículos que a su juicio no respondan al rigor que se desea tenga el volumen, o de posponer su edición a otros números, en función de los originales recibidos. Se entregará a cada autor cinco ejemplares de la revista en la que se publica el artículo y un pdf del mismo.



REVISTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS
MERINDAD DE TUDELA

29



TUDELA - CULTURA

Nafarroako
Gobernua



Gobierno
de Navarra