

**"EFECTIVIDAD DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA<sup>1</sup>;  
UNA EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA Y CIUDAD DE ZAMORA"**

*Jiménez, F.; Merino, V.; y Sánchez, G. (Universidad de Salamanca)*

*Resumen.* En este trabajo se investigó el efecto de la preparación al parto en una muestra de 864 mujeres, dos meses antes del parto. Todas ellas participaron en un Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.). Este curso de entrenamiento incluye información sobre el embarazo y parto, técnicas de respiración y relajación y habilidades de control. La P.P.O. se completó con una batería de tests en la que se incluían el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger y otros, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI) y una Escala de Información Psicoprofiláctica (EIP). El objetivo era controlar y disminuir el nivel de ansiedad y dolor para prevenir sus efectos negativos al final del embarazo y durante el parto. Los resultados obtenidos indican que el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica fue beneficioso para la salud de las mujeres.

*Summary.* The present paper investigated the effect of preparation for childbirth on 864 women, 2 months before the birth. These women who participated in a Psychoprophylaxis Obstetric Program (P.O.P.). This Program of training included obstetric informations, respiration and relaxation techniques and skills of control. The Program Psychoprophylaxis Obstetric completed a testing that included the Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI) of Spielberger and cols., Eysenck Personality Inventory (EPI) and Scale for Information Psychoprophylaxis Obstetric (EIP). The objective was to decrease the anxiety and pain level and to prevent their negative effects on the end of the pregnancy and during birth. Results indicate that the Psychoprophylaxis Obstetric Program (P.O.P.) was benefited to the health on the women.

---

<sup>1</sup> Hemos de expresar nuestro agradecimiento a la colaboración prestada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) de Zamora, al Equipo de Campo compuesto por las Matronas de Asistencia Publica Domiciliaria Dña. Mercedes Mangas Fernández, Dña. Isabel Urbano Villanueva, Dña. Purificación Fraile García, Dña. Leonor Gonzalez Cadenas, Dña. Rosa M<sup>a</sup>. Córdoba Pérez, Dña. M<sup>a</sup>. Jesús Rodr[iguez González, Dña. Rosa M<sup>a</sup>. Pascual Maté, Dña. Isabel García Palacios y Dña. Angela pertenecientes al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) de Zamora, sin la cual dicho trabajo no se hubiera podido realizar.

## Introducción

El interés manifestado por preservar la salud ha sido puesto de manifiesto desde el mismo momento de la existencia humana y todas las investigaciones llevadas a cabo desde los distintos organismos mundiales de planificación e investigación poseen como objetivo fundamental, latente o manifiesto, el bienestar de la persona desde la diversidad de su vivencia y existencia humana.

La definición del concepto de salud expresada por la O.M.S. en su Carta Magna o Carta Constitucional de 1946 fue más tarde revisada, desde una perspectiva más operativa, por Terris (1980) y posteriormente es Salleras (1985) quien trata de definir el concepto de salud desde una perspectiva más dinámica. Salleras define la salud como "el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad".

Todos los humanos necesitamos de este bienestar físico, mental y social, pero hay una característica genética que nos diferencia a los hombres de las mujeres: la gestación de la nueva persona que va a nacer. Es la mujer objeto de especial atención en este período por cuanto necesita de unos cuidados y atenciones particulares, no solamente en el embarazo, sino también en el parto y en el puerperio.

Histórica y culturalmente se ha considerado el parto como un trance difícil y doloroso en el cual la mujer tendía a mantener un papel pasivo, permitiendo que fuese el elemento biológico del organismo quien dirigiese todo el proceso del parto. En la actualidad se tiende a una transformación de esta realidad, ya que se considera que el embarazo y parto son hechos naturales y no pueden ser catalogados como enfermedades. Por otra parte, es evidente que cada vez son más numerosas las mujeres que deciden adoptar una actitud directiva ante su propio parto, para lo cual es necesario todo un programa de preparación y educación antes de que tal acontecimiento llegue a manifestarse.

Cuando la mujer embarazada alcanza los 24-28 semanas de gestación es el momento idóneo de plantearle un conjunto de técnicas de tipo teórico-práctico orientadas al conocimiento, educación y obtención de las habilidades necesarias para afrontar el parto y el puerperio sin traumas físicos y/o psíquicos.

Bajo el nombre de **Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.)** García Moreno (1985) entiende un conjunto de técnicas educativas, teórico-prácticas, que se aplican a las mujeres embarazadas a partir del sexto mes de gestación, con el objeto de que aborde el proceso del parto sin temor, con la suficiente información, habilidades técnicas y recursos personales, a través de un adecuado conocimiento de anatomía, fisiología del embarazo y parto, junto con una información de la psicología de la gestante y de la

pareja, a la par que se le entrena, por un lado, en el conocimiento de las situaciones nuevas por las que la mujer tiene que pasar durante el proceso de dilatación-parto, y por otro, en ejercicios prácticos, de tipo obstétrico (respiración, relajación abdominal y perineal y pujes) y de tipo psicológico (relajación, autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades de encarar situaciones ansiógenas -desensibilización sistemática, inundación, inoculación del estrés- y habilidades sociales en el ámbito hospitalario).

El objetivo fundamental de la Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.) no es solamente que la mujer participe activamente y que sea la propia protagonista de su mismo parto al colaborar en la habilidades necesarias para dar a luz "con toda naturalidad", sino también que la misma P.P.O. sea fuente de salud no sólo para la madre sino también para el hijo y el padre.

Este cambio radical operado en nuestra sociedad sobre el rol dinámico participativo asignado a la mujer en su embarazo y parto, así como la aceptación por parte del sistema sanitario público de la necesidad de ofertar dichas prestaciones a todos sus beneficiarios tiene, a nuestro entender, su base en el enriquecimiento operado en el concepto de salud ya anteriormente mencionado. Aplicado este concepto a la mujer embarazada va a permitir de manera sistemática tratar de modificar los factores sociales reforzantes, así como evaluar y controlar desde un punto de vista psicológico la ansiedad y sus diversas implicaciones en el embarazo, parto y puerperio de la mujer.

## **ANTECEDENTES HISTORICOS:**

Siguiendo a García Moreno (1985) es el tocólogo inglés Grantly Dick Read quien desde 1919 comienza a estudiar lo que él mismo llamaría "el problema del progreso" a partir de las aportaciones respecto al tormento, mutilación y muerte en los partos que les hicieron los doctores Simpson, Semelweis, Lissner, Pasteur y Ballantyne, ya que la misma mujer, bajo anestesia para aliviarle el dolor, le privaban de la misma consciencia y de la emoción que toda mujer siente al dar a luz a su propio hijo.

El mismo G.D. Read, siendo residente en el Hospital de Londres en 1929 escribió múltiples experiencias en hogares y en Hospital sobre mujeres que habían aprendido siguiendo el método fisiológico del parto, y que en un 90 % habían logrado tener un parto natural. En 1932 logra que le publiquen su obra "Natural Childbirth" ("Parto natural"), diez años después publica "The Revelation of Childbirth" ("La revelación sobre el parto"), y en 1944 "Childbirth Without Fear" ("Parto sin miedo"). En sus escritos G.D. Read entiende que el parto es un fenómeno fisiológico al igual que otras grandes funciones de nuestro organismo y que el dolor es un producto de impulsos nerviosos y no fisiológicos. Después de sus observaciones en Zoología, Biología y Fisiología, Read expresa que ninguna ley natural puede justificar el dolor en el parto y

mantiene que la relación triangular de Miedo-Tensión-Dolor es causa del dolor. Para ello propugna, por una parte, eliminar el miedo o temor con la confianza y el conocimiento; y por otra, eliminar la tensión intentando controlarla con la respiración y los ejercicios musculares de modo que se ablanden las fibras circulares y longitudinales del cuello del útero.

Casi al mismo tiempo (1919) en la URSS, Velvoski, Platonov, Ploticher y Smugon investigan , sobre la base de los estudios Paulovianos, acerca del dolor en el parto concluyendo que el dolor es una reacción condicionada por dos tipos de estímulos, los sociológicos y los religioso-culturales. El estímulo incondicionado viene expresado por las contracciones uterinas y éstas tienen como resultado los procesos de dilatación y expulsión, de tal manera que si al estímulo incondicionado se le asocian situaciones, ideas o leyendas de dolor, la respuesta será ya condicionada; es decir, se darán contracciones dolorosas. De esta manera era fácil colegir que habría que buscar determinadas técnicas que descondicionarán y que trataran de disociar el miedo al parto de las contracciones, a base de inculcar ideas positivas y de exaltación de la maternidad juntamente con ofrecer simultáneamente información fisiológica y obstétrica. Al mismo tiempo, estos autores observan que la pasividad se encuentra asociada a las ideas de miedo y consecuentemente con el dolor. De aquí que sea necesario buscara el descondicionamiento de ambas a base de ejercicios respiratorios y musculares para que la mujer se sienta activa.

Es en 1952 cuando el tocólogo francés F. Lamaze (1958) presenta, en la Policlínica de los Metalúrgicos de París, el primer caso de parto sin dolor, llevando a cabo un programa de educación al parto a través de seis sesiones de dos horas con 15 mujeres y basado fundamentalmente en la información fisiológica y en diversas técnicas de control de estímulos.

En 1975 el porcentaje de mujeres gestantes que utilizaban este tipo de prácticas es superior al 6-7 %, programa llevado a cabo bajo el nombre de "Prepared Childbirth" asumido por la "American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics".

Es en el Primer Congreso Nacional de Matronas celebrado en Madrid (1955), cuando presenta Ruiz Elvira el primer libro publicado en español "El parto sin dolor". Este mismo año el Doctor Aguirre de Cárcer publica otro libro y el Colegio de Matronas organiza cursillos y conferencias sobre la preparación al parto a la vez que se presentan publicaciones en la revista de la Escuela de Matronas. En 1959, el Seguro Obligatorio de Enfermedad recomienda al Doctor Aguirre de Cárcer una preparación al parto que denomina "Educación maternal". Por último cabe mencionar que será la Delegación de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid y de otros muchos Ayuntamientos surgidos de las primeras elecciones democráticas quienes a través de los equipos multidisciplinares

organizan en los Centros de Promoción de la Salud dichos cursos, dentro de los programas de salud materno-infantil. Muestra de este auge de la P.P.O. en España son las "Jornadas de estudios sobre P.P.O." organizadas por el Colegio Oficial de Psicólogos de Barcelona en noviembre de 1981. Será en 1982 cuando la Asociación Española de P.P.O. junto con el Ayuntamiento de Madrid, quienes celebren el primer curso para posgraduados sobre P.P.O.. En Junio de este mismo año, estas mismas entidades, organizarán unas jornadas a las que asiste el presidente de la Asociación Internacional de P.P.O., Doctor Pierre Vellay, el Doctor J.A. Hernández, otro de los pioneros en España, y el Doctor Aguirre de Cárcer.

En el momento actual la demanda en España de P.P.O. va en aumento por la presión de las Asociaciones ciudadanas, colectivos feministas, por la propia cultura y difusión personal que tienen estos servicios. A nivel sanitario, además de lo anteriormente indicado, el auge de la P.P.O., viene dado por el nuevo concepto de salud (bienestar físico, psíquico y social) y por la implantación de esta filosofía en la Atención Primaria de Salud que lleva a cabo el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) que, entre otros objetivos prioritarios, está la salud preventiva, ámbito en la cual podemos situar a la mujer embarazada.

### **LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN LA PROVINCIA DE ZAMORA:**

La P.P.O. en la provincia de Zamora comienza en el primer trimestre de 1986 por medio del Centro de Salud "Diego Losada"<sup>2</sup> Se asigna la realización de dicho programa a una de las A.T.S. de plantilla que reúne al mismo tiempo la profesión de Matrona.

Basándonos en el último censo, cuyos datos fueron facilitados por el Exmo. Ayuntamiento de la ciudad, la población urbana femenina en edad fértil era en esas fechas de 4.030 mujeres. Por otra parte, según los datos obtenidos del Registro Civil, la natalidad de la zona en el año de 1985 fue aproximadamente de 300 nacimientos. Según datos referidos al año de 1984 del Hospital "Virgen de la Concha", extraídos del Diagnóstico de Salud, el número de partos eutócicos supone el 88,07 % y distócicos el 8,17 %.

Asimismo, considerando los factores sociales, era destacable que la zona estaba constituida por siete barrios, diferenciados en sus características fundamentalmente por la ubicación geográfica de cada uno de ellos, siendo la más definida la situación en la margen derecha del río Duero, que implica también una división económica y cultural. En todo el contexto urbano cabe significar de una forma generalizada la falta de

---

<sup>2</sup> Actual denominación "Virgen de la Concha".

preparación y educación para el cuidado de la salud y la carencia de grupos organizados de participación.

Debido a que la comunidad que acogía el Centro se hallaba muy extendida, nos encontramos con pequeños núcleos de población con características rurales en su forma de vida, profesión (agricultura y ganadería) y nivel cultural. Núcleos de población marginada, con escasos recursos y medios para cubrir sus necesidades, siendo sus condiciones de vida muy precarias. Igualmente era muy destacable el ingente número de familias en las que alguno de sus miembros se hallaba en situación de paro "crónico" o desempleo, o bien el cabeza de familia percibía las prestaciones del Instituto Nacional de Empleo (INEM) como única fuente de ingresos.

De forma generalizada se percibía una baja consideración del rol de la mujer, con escasa participación de ésta en los grupos organizados.

Se detectaba, además, un bajo nivel cultural generalizado, sobre todo en la población ubicada en la margen izquierda del río Duero que también era la más deprimida económicamente. En general su inquietud e interés por alcanzar un mayor bienestar social y sanitario era escaso. Sus preocupaciones estaban basadas esencialmente en el ámbito de la subsistencia.

En este contexto de pobreza y escasez de recursos que se describe en el Diagnóstico de Salud de la zona, se puso de manifiesto la carencia total de recursos públicos orientados a la educación maternal y la preparación al parto, estando los mismos dentro de las preferencias manifestadas por la población en la encuesta previa que se llevó a cabo.

De toda esta situación se concluyó que, en general, era necesario crear un mecanismo que subsanase esta deficiencia educativo-sanitaria y, en particular, desarrollar programas específicos dentro del campo de la mujer. En este contexto se puso en marcha el programa de la mujer orientado a la preparación al parto.

## **OBJETIVOS:**

### **- Objetivos generales:**

- Conocer el nivel de salud de las embarazadas de la zona
- Garantizar la continuidad de la atención
- Fomentar las relaciones con la población de la zona adscrita al Centro de Salud.
- Establecer mejores relaciones y coordinación con las instituciones, profesionales y servicios relacionados con la gestante.

- Favorecer la formación continuada de todos los miembros del Equipo de Atención Primaria de Salud.

- Fomentar la participación de la comunidad a través de Asociaciones de Vecinos, Consejo de Salud, etc.

### **- Objetivos específicos:**

- Conseguir un mejor control de la embarazada

- Mejorar las condiciones físicas de la gestante

- Combatir el reflejo que vincula dolor y parto, que a su vez provoca tensión y conduce a la pérdida del autocontrol.

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de la embarazada

- Realizar una educación sanitaria con el fin de aumentar sus conocimientos generales sobre el período de gestación, parto y puerperio, y sobre el niño.

- Promover la lactancia materna.

- Informar sobre los servicios sanitarios y no sanitarios que tienen a su disposición y la forma correcta de utilizarlos: Trabajador social, Orientación Familiar, etc.

- Fomentar la educación y relación entre las participantes y con sus familias.

### **Objetivo de este trabajo:**

Después de 6 años de obtener las muestras necesarias para poder analizar y tratar empíricamente los datos, intentamos

- detectar hasta qué punto se ha podido lograr una adecuada participación y preparación del curso

- apreciar si han sido modificados y reestructurados de manera cognitiva los conceptos negativos que pudiese haber tenido sobre el parto,

- si hemos creado los adecuados refuerzos positivos en su entorno familiar.

- apreciar cuál ha sido su disposición y participación activa durante toda la dilatación y el parto

- valorar la sensación de miedo y dolor durante el parto.

- valoración del trato recibido por el personal sanitario.

### **Participantes**

La muestra fue obtenida a través de distintos Centros de Salud que el INSALUD posee en la capital y provincia de Zamora. El total de mujeres embarazadas de 7 meses fue de 1193. A partir de aquí se les hizo un seguimiento que finalizaba cuando a los pocos días de dar a luz era dada de alta por el facultativo.

Para este estudio y por diferentes circunstancias (no todas las mujeres deseaban asistir al curso de P.P.O.; otras ya lo habían hecho en el embarazo y parto anterior; los

cuestionarios empleados no fueron considerados como fiables, etc.) se tuvieron que anular de la muestra total 329 mujeres, quedándose el total de la muestra para nuestro estudio en 864, siendo su edad media de 26 años y 7 meses. La edad mínima de embarazo se encontraba situada en los 15 años y la máxima en los 45 años. La muestra fue obtenida en los siguientes Centros de Salud:

**- ZAMORA CAPITAL:**

- "Virgen de la Concha".
- "Parada del Molino".
- "Diego de Losada".
- "Dr. Fleming".
- "Zamora Norte".
- "Zamora Sur".

**- ZAMORA PROVINCIA:**

- Centro de Salud Benavente Urbano y Semiurbano. Lugar de ubicación: Benavente. Comarca: Benavente.
- Centro de Salud de Villalpando. Lugar de ubicación: Villalpando. Comarca: Campos-Pan.
- Centro de Salud de Toro. Lugar de ubicación: Toro. Comarca: Bajo Duero.
- Centro de Salud de Fuentesauco: Lugar de ubicación: Fuentesauco. Comarca: Bajo Duero.

## **MATERIAL UTILIZADO: INSTRUMENTOS DE EVALUACION:**

Los instrumentos de evaluación empleados en este estudio fueron los siguientes:

- **Cuestionario de Personalidad de Eysenck H.J. y Eysenck, S.B.G. (EPI).** Objetivo: Nos permite conocer cuáles son en este momento las características generales de personalidad de cada mujer que, unido a otras pruebas nos permitirán apreciar si dicha persona tendrá una buena asimilación del curso P.P.O., o si, por el contrario, sería necesaria una intervención individualizada.
- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (STAI).** Objetivo: Nos interesaba apreciar el grado de ansiedad de la embarazada, en sus dos modalidades de "Estado" y "Rasgo" a los siete meses de gestación y poder llevar a cabo una atención más personal e individualizada en caso de que los valores apreciados mediante esta técnica fuesen considerados altos.
- **Escala de Información Psicoprofiláctica, del Centro de Orientación Familiar de Zamora.(E.I.P.)** Esta escala comprendía una serie de nueve ítems a contestar por el sujeto en una escala que va desde "nada" a "mucho" pasando por los estados intermedios de "algo" y "bastante". Los ítems son referidos a las siguientes áreas:

- Deseo/satisfacción del embarazo.
- Apoyos (marido/familia) al embarazo
- Información/preparación al parto
- Dolor ante el parto
- Ansiedad ante el parto
- Trato del personal sanitario.

Objetivo: Nos permite conocer con detalle cuáles son los refuerzos positivos o negativos, tanto personales como familiares que está recibiendo, y en base a ellos nos va a permitir, junto a otros aspectos de la personalidad, cuál será su respuesta o actitud ante la P.P.O. Por otra parte se intentaría detectar la información general que la mujer tiene sobre determinados aspectos relacionados con el embarazo y parto.

- **Ficha de recepción-riesgo del Programa de Orientación Familiar**, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud. Objetivo: Se pretendía poder apreciar el grado de riesgo que podría presentar la mujer en su embarazo y la atención prioritaria que habría de recibir. La evaluación de estos riesgos estaban centradas en los siguientes aspectos:

- Edad
- Número de hijos/niños deficientes
- Fecha del último parto/aborto
- Tipo del último parto (2 o menos años)
- Método anticonceptivo utilizado
- Enfermedades padecidas
- Estudios (Analfabetismo)
- Paro (afectando acusadamente a la economía familiar).
- Tipo de medicación psiquiátrica
- Fumar (más de 10 cigarrillos al día).

### **- PROCEDIMIENTO:**

En la elaboración de este estudio hubo tres momentos diferenciados en el tiempo, en las pruebas y en los resultados:

**Primera fase: de captación** Cuando sobre el tercer o cuarto mes de gestación es captada por el Equipo de Salud de su zona básica, ya se le informa de la posibilidad y conveniencia de asistencia al curso del P.P.O. en el que se le van a ofrecer entre otros contenidos información sobre el embarazo y parto y se le enseñarán la adquisición de ciertas habilidades que en conjunto les ayudarán al nacimiento de su hijo y en definitiva a la salud de ambos. La captación definitiva y el inicio del programa del P.P.O. se inicia en la mujer con una media de 28 semanas de gestación.

La duración del curso es de dos meses en los que dos días por semana, durante una hora y por grupos reducidos, se les ofrece por personal especializado del Centro de Salud, la temática siguiente:

**A.- Educación sanitaria de la embarazada:**

- Anatomía-fisiología del aparato reproductor femenino.
- Embriología: fecundación y desarrollo fetal.
- Cambios psico-físicos en la gestación.
- Género de vida en la embarazada:
  - Alimentación
  - Hábitos higiénicos
  - Relaciones sexuales
  - Hábitos nocivos
  - Trabajo y legislación
- Parto:
  - Pródromos.
  - Dilatación
  - Expulsión
  - Alumbramiento.
- Posparto y puerperio
- Cuidados del recién nacido
- Sexualidad infantil
- Lactancia materna, mixta y artificial
- Anticoncepción
- Exploración de las mamas
- Cualquier otro tema demandado por las participantes.

**B.- Ejercicios físicos pre-parto:** Los ejercicios físicos durante el embarazo se orientan más que a mantener una buena forma física, a reforzar determinados grupos musculares; en concreto, aquellos músculos y articulaciones involucrados en el proceso del parto.

**C.- Relajación y respiración:** El miedo es un estado de ánimo que puede tener consecuencias físicas que se traducen muchas veces en molestias, pudiendo llegar a ser muy desagradables e incluso dolorosas: sudor, frío, palpitaciones, mareos, diarreas, etc. La tensión nerviosa que acompaña al miedo, se manifiesta por una intensa tensión muscular que produce considerable fatiga. Si se tiene miedo al parto, se llegará a él en

un estado de ánimo menos propicio para que todo se desarrolle con normalidad, condicionando un proceso más largo y doloroso.

Uno de los factores más importantes que producen miedo es la ignorancia. Para vencerlo es necesario explicar a la futura madre lo que sucede en el interior de su cuerpo y cómo colaborar conscientemente en el nacimiento de su hijo.

La relajación es un estado de reposo de los músculos voluntarios del organismo. Cuando éste se encuentra relajado consume menos oxígeno. Las contracciones son involuntarias, sin embargo, aunque no existe la posibilidad de controlarlas, sí, al menos, pueden hacerse menos dolorosas.

En condiciones normales el cuello del útero se abre gradualmente hasta llegar a la dilatación completa, pero si no existe relajación, el cuello, que ya tiene tendencia a no ceder fácilmente, se resistirá todavía más, dando lugar a las contracciones dolorosas que no resultarán muy eficaces para dilatar el cervix.

Es importante evitar la ansiedad y tensión generalizada que siente la parturienta con la llegada de una nueva contracción, siendo necesario luchar contra el reflejo de rigidez que se produce como reacción ante el estrés de las mismas, ya que puede llegar al agotamiento y pérdida de la capacidad de autocontrol.

La respiración y relajación están íntimamente relacionadas, ya que la respiración rítmica y regulada también puede contribuir a liberar tensiones y crear un estado de relajación agradable. Cuando los músculos se contraen consumen más oxígeno, por esto es necesario favorecer un buen hábito respiratorio que contribuya a mejorar la oxigenación fetal.

Todos estos temas se ilustran al mismo tiempo con diferentes video-tapes, diapositivas, transparencias y cualquier otro sistema pedagógico con implicación de la imagen.

El primer día de la asistencia al curso se le toman los datos de identificación y anámnesis obstétrica y se le aplican las siguientes pruebas:

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI)
- Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI).
- Escala de Información Psicoprofiláctica (Modelo.-1) del Centro de Orientación Familiar de Zamora.
- Ficha de recepción de riesgo del Programa de Orientación Familiar.

**Segunda Fase: formativa y de terapia individual** La mujer, después de dos meses continuados, ha terminado el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.).

Se le aplica la Escala Informativa Psicoprofiláctica, modelo 2 (E.I.P.-2) del Centro de Orientación Familiar de Zamora.

**Objetivo:** Intentamos detectar no sólo hasta qué punto se ha podido lograr una adecuada participación y preparación del curso, sino también si han sido modificados y reestructurados de manera cognitiva los conceptos negativos que pudiese haber tenido sobre el parto, o hemos creado los adecuados refuerzos positivos en su entorno familiar, etc..

**Tercera Fase: de valoración:** La mujer da a luz a su hijo. Antes de que se le de el alta médica ha de rellenar el Modelo 3 de la Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.-3).

**Objetivo:** saber "en vivo" cuál ha sido su disposición y participación activa durante toda la dilatación y el parto, así como valorar subjetivamente la sensación de miedo y dolor durante el parto. Junto a todo ello, una valoración subjetiva del trato recibido por el personal sanitario.

## IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

### Variables independientes:

Analizamos un total de 37 variables independientes denominadas y especificadas de la forma siguiente:

- **Edad**

- **Nivel cultural.** Esta categoría fue ordenada de la manera siguiente:

- Ninguno<sup>3</sup>: No termina la E.G.B. o el Bachillerato elemental.

- Primario: Tiene cursado hasta 8º. de E.G.B. o el Bachiller elemental.

- Medio: Cursado los estudios de B.U.P., C.O.U., F.P.-1, o el Bachiller superior).

- Superior: Cursado s la F.P.-2 ó estudios universitarios ya sean de tres o cinco años).

- **Procedencia:** Esta categoría fue dividida según la procedencia:

- Rural: pueblos con un censo menor de 10.000 habitantes.

- Urbana: pueblos o ciudades con un censo superior o igual a los 10.000 habitantes.

- **Nº. de embarazos:** distinguiendo:

- Primero: primer embarazo

- Segundo: segundo embarazo

- Tercero ó más: mujeres que habían tenido 3 ó más embarazos.

---

<sup>3</sup> Esta variable tuvo que ser eliminada ya que presentaba una incidencia muy escasa (0,46%).

Subrayamos que ninguna mujer, independientemente del número de embarazos, había recibido antes un curso de P.P.O.

**Variables dependientes:**

Variables que hacer referencia al *Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI)* en su versión castellana (Sección de Estudios de TEA):

- **EPI/N:** Neuroticismo de Eysenck.
- **EPI/E:** Extraversión de Eysenck
- **EPI/S:** Sinceridad de Eysenck. Toda aquella persona que no alcanzara el percentil 50 fueron excluidas de este estudio.

Variables que hacer referencia al *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI)* según versión castellana (Sección de Estudios de TEA):

- **STAI/E:** Ansiedad-estado de Spielberger.
- **STAI/R:** Ansiedad-rasgo de Spielberger.

Variables que hacer referencia a los distintos ítems de la *Escala* ("nada-algo-bastante-mucho") de *Información Psicoprofiláctica* (E.I.P.) del Centro de Orientación Familiar de Zamora.

- Aplicada el primer día de asistencia al curso de P.P.O.
- **E.I.P.-1/1:** intenta evaluar una gradación de su deseo del embarazo
- **E.I.P.-1/2:** intenta apreciar el grado de apoyo que la mujer está recibiendo de su marido durante el embarazo.
- **E.I.P.-1/3:** intenta detectar el grado de apoyo que la mujer está recibiendo de su familia (padres, hermanos, etc.) durante el embarazo.
- **E.I.P.-1/4:** intenta obtener el grado de información que tiene sobre el embarazo.
- **E.I.P.-1/5:** intenta estimar el grado de información que posee sobre el parto.
- **E.I.P.-1/6:** intenta evaluar qué grado de dolor se puede sufrir en el parto.
- **E.I.P.-1/7:** intenta apreciar si la mujer embarazada se encuentra adecuadamente informada o preparada para asistir a su parto.
- **E.I.P.-1/8:** intenta estimar el grado de miedo o ansiedad que le genera el pensar en el momento del parto.
- **E.I.P.-1/9:** intenta valorar el grado ("Bueno-regular-malo") de atención que la mujer embarazada está recibiendo por parte del personal sanitario.
- La misma *Escala de Información Psicoprofiláctica*, es aplicada una vez terminado el curso de P.P.O.
- **E.I.P.-2/1:** intenta evaluar una gradación de su deseo del embarazo
- **E.I.P.-2/2:** intenta apreciar el grado de apoyo que la mujer está recibiendo de su marido durante el embarazo.

- **E.I.P.-2/3:** intenta detectar el grado de apoyo que la mujer está recibiendo de su familia (padres, hermanos, etc.) durante el embarazo.

- **E.I.P.-2/4:** intenta obtener el grado de información que tiene sobre el embarazo.

- **E.I.P.-2/5:** intenta estimar el grado de información que posee sobre el parto.

- **E.I.P.-2/6:** intenta evaluar qué grado de dolor se puede sufrir en el parto.

- **E.I.P.-2/7:** intenta apreciar si la mujer embarazada se encuentra adecuadamente informada o preparada para asistir a su parto.

- **E.I.P.-2/8:** intenta estimar el grado de miedo o ansiedad que le genera el pensar en el momento del parto.

- **E.I.P.-2/9:** intenta valorar el grado ("Bueno-regular-malo") de atención que la mujer embarazada está recibiendo por parte del personal sanitario.

**La Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.-3)** es aplicada antes de las 24 horas de producirse el parto. Los ítems de este modelo están referidos especialmente para poder reflejar esta situación. Las variables son las siguientes:

- **E.I.P.-3/1:** Intenta valorar el grado de satisfacción de la madre.

- **E.I.P.-3/2:** Intenta apreciar los apoyos recibidos tanto de su marido como de su familia.

- **E.I.P.-3/3:** Intenta confrontar si la embarazada estaba adecuadamente informada/preparada para asistir a su parto.

- **E.I.P.-3/4:** Intenta apreciar si la P.P.O. le ayudó durante el tiempo de la dilatación.

- **E.I.P.-3/5:** Intenta valorar si la P.P.O. le ayudó durante el intraparto o expulsivo.

- **E.I.P.-3/6:** Intenta apreciar si la P.P.O. le ayudó durante el tiempo de la estancia hospitalaria.

- **E.I.P.-3/7:** Intenta evaluar el miedo o ansiedad que le generó el momento del parto.

- **E.I.P.-3/8:** Intenta evaluar el grado de dolor sufrido durante el parto.

- **E.I.P.-3/9:** intenta valorar el grado ("Bueno-regular-malo") de atención que la mujer ha recibido por parte del personal sanitario.

- **Riesgo:** A través de la Ficha de Recepción-Riesgo del Programa de Orientación Familiar, intenta apreciar el grado de riesgo que presenta de que el embarazo o el parto se presente con algún tipo de problemas. Esta ficha fue completada el primer día de asistencia al curso de P.P.O.

### Tratamiento de las variables:

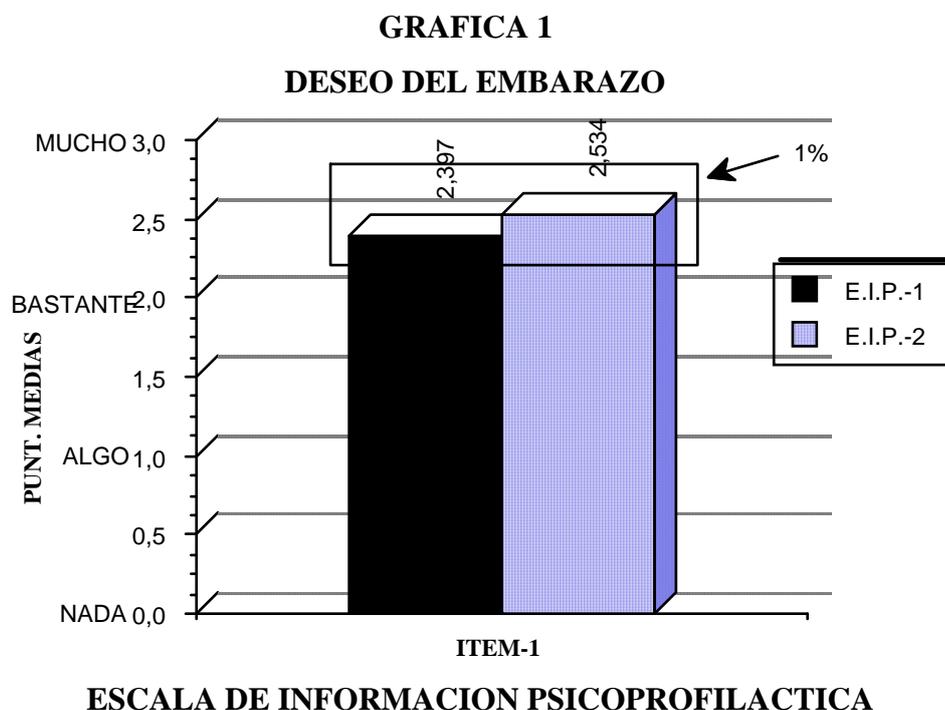
De cada una de estas variables se obtuvieron los diferentes estadísticos de tendencia central, se efectuaron igualmente las correlaciones correspondientes y se obtuvieron los Análisis de Varianza pertinentes. La significación estadística solamente ha sido reflejada en los niveles de confianza del 5 y/ó 1%, aunque, en algunos casos, estos niveles pudiesen ser rebasados en su significación. En el Anexo I presentamos en diferentes Tablas los datos más interesantes, al mismo tiempo que nos ayudamos de algunas gráficas.

### III.- RESULTADOS:

De todos los resultados obtenidos con el estudio de las distintas variables, vamos a exponer solamente aquellos que hagan referencia a este estudio sobre la efectividad de la Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.) fundamentalmente a través del estudio de las variables referidas a la Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.) en sus diferentes modelos. Vamos a referirnos a estos resultados por diferentes temas:

#### A.- Variables analizadas con respecto al *embarazo*:

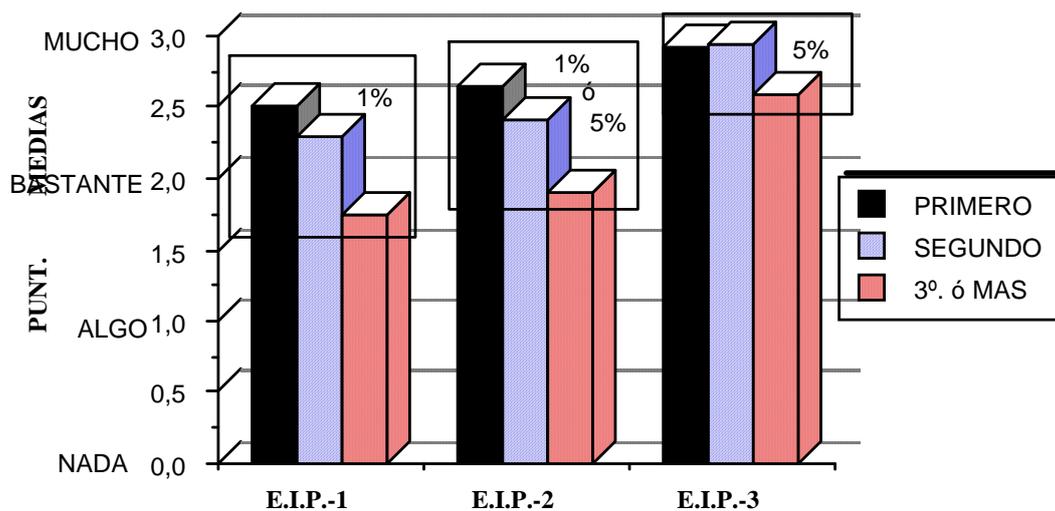
1.- Respecto al grado de *deseo del embarazo* evaluado por la Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.) podemos apreciar que una vez hecho el curso de P.P.O. el embarazo es bastante más aceptado



que cuando llegaron hace dos meses. Una vez nacido el niño la satisfacción que siente la mujer acerca de sí misma y de su hijo es la más alta de toda la Escala. Sin embargo se puede apreciar con igual nitidez que el deseo del embarazo disminuye significativamente a medida que aumenta el número de embarazos

**GRAFICA.-2**

**DESEO EMBARAZO SEGUN NUMERO DE EMBARAZOS**

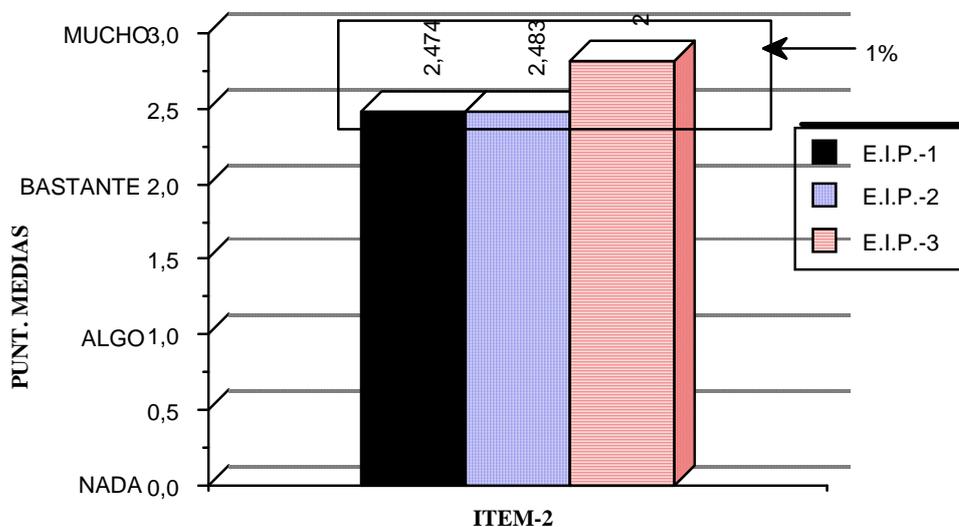


**ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA**

2.- Sobre el *apoyo que puede ofrecer la familia*: en general apreciamos que, aunque es "bastante" no suelen apreciarse grandes diferencias aunque la mujer haya hecho un curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.

**GRAFICA.-3a**

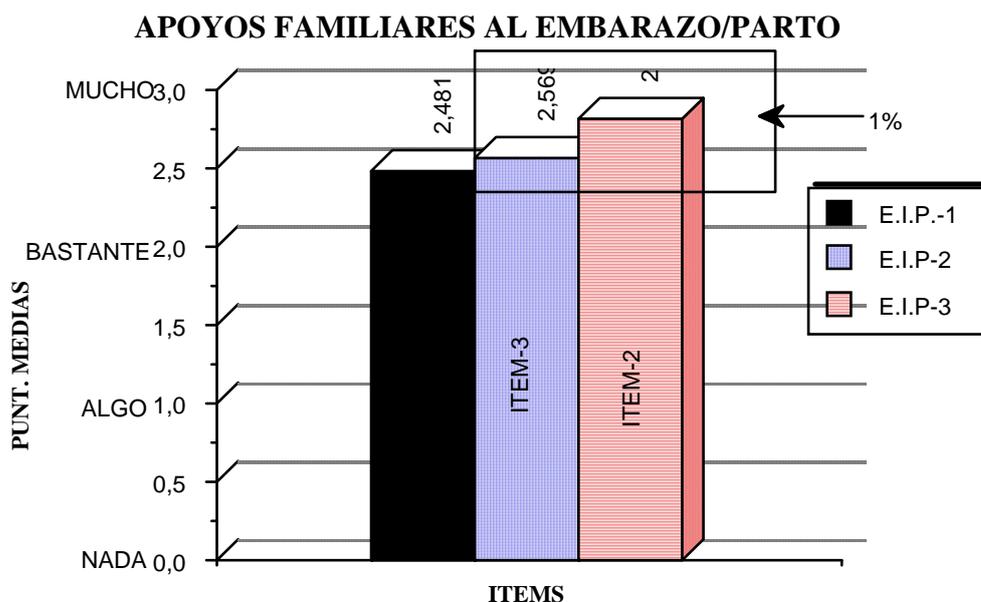
**APOYOS FAMILIARES AL EMBARAZO/PARTO**



**ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA**

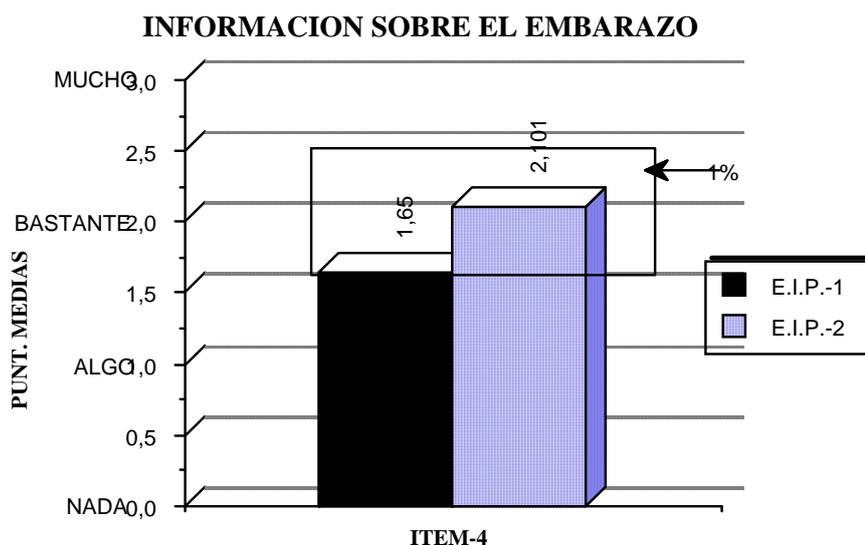
Más concretamente, solamente se aprecia una significatividad estadística de los familiares (padres, hermanos, etc.) pero no así del marido que sigue manteniéndose igual, quizás porque éste no haya participado en este curso de P.P.O. Tendríamos que plantearnos esta cuestión, prácticamente difícil, de hacer partícipe al marido en este tipo de cursos.

**GRAFICA 3b**



**ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA**

**GRÁFICA -4**



**ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA**

3.- Respecto a la *información sobre el embarazo* era esperable que el curso de P.P.O. debería de dar resultados positivos y diferencias significativas, como así ha

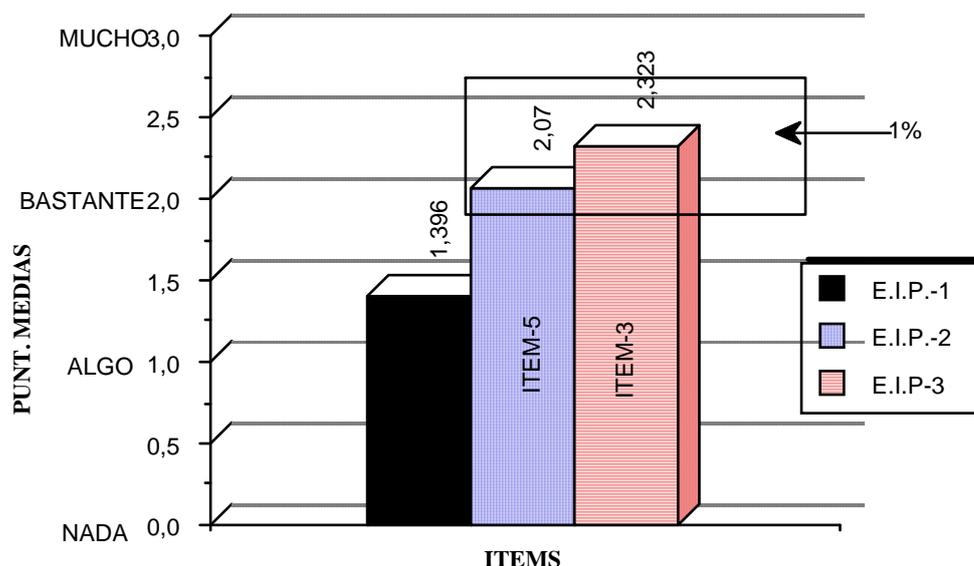
sucedido, en la que las embarazadas al llegar al Centro de salud manifiestan no tener "bastante" información, para posteriormente superar este grado de una manera significativamente estadística.

B.- Variables analizadas con respecto al *parto*:

1.- Si evaluamos el *nivel de información y/o preparación* al parto que las embarazadas tienen antes y después de realizar el curso de P.P.O., podemos apreciar que, como era de esperar, la diferencia entre el antes y el después es significativamente estadística. Pero si confrontamos si estas expectativas se vieron cumplidas y reforzadas una vez que la mujer dió a luz, podemos apreciar que así lo fue; es decir apreciamos que efectivamente la mujer estaba adecuadamente preparada para asistir a su parto.

GRÁFICA.-5a

GRADO DE INFORMACION Y PREPARACION SOBRE EL PARTO



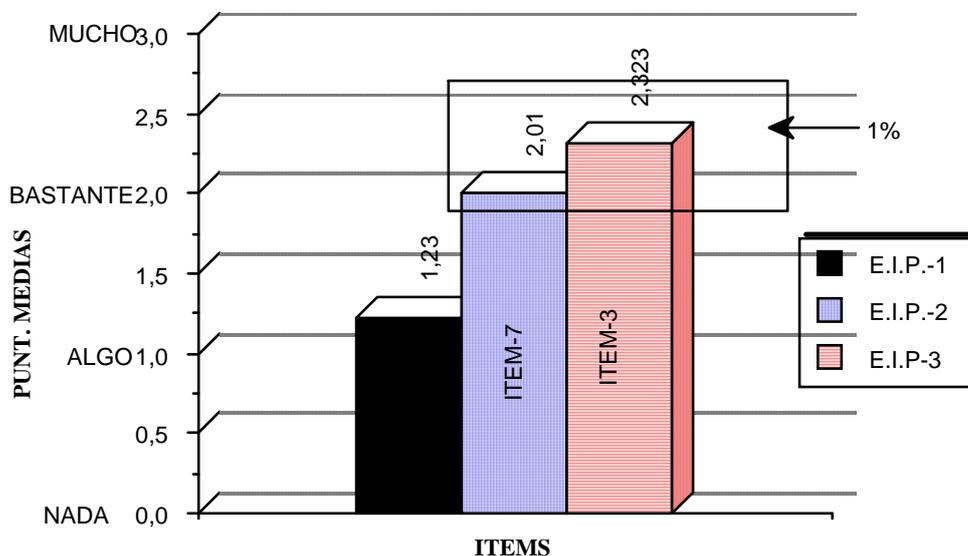
ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

2.- Si intentamos apreciar el *nivel de ansiedad* que la mujer siente ante el parto, antes y después de realizar el curso de P.P.O., podemos confrontar que la ansiedad ha disminuido sensiblemente, pero no ya sólo cuando terminó de realizar el curso de P.P.O. sino que ella misma manifiesta que durante el parto su ansiedad fue significativamente menor.

3.- Si intentamos estimar la sensación de dolor ante el parto que puede presentar la embarazada, nos indica que después del haber realizado el curso de P.P.O. la expectativa personal del dolor en el parto será menor que la que ella misma percibía hace dos meses, cuando inició la P.P.O.

**GRÁFICA.-5b**

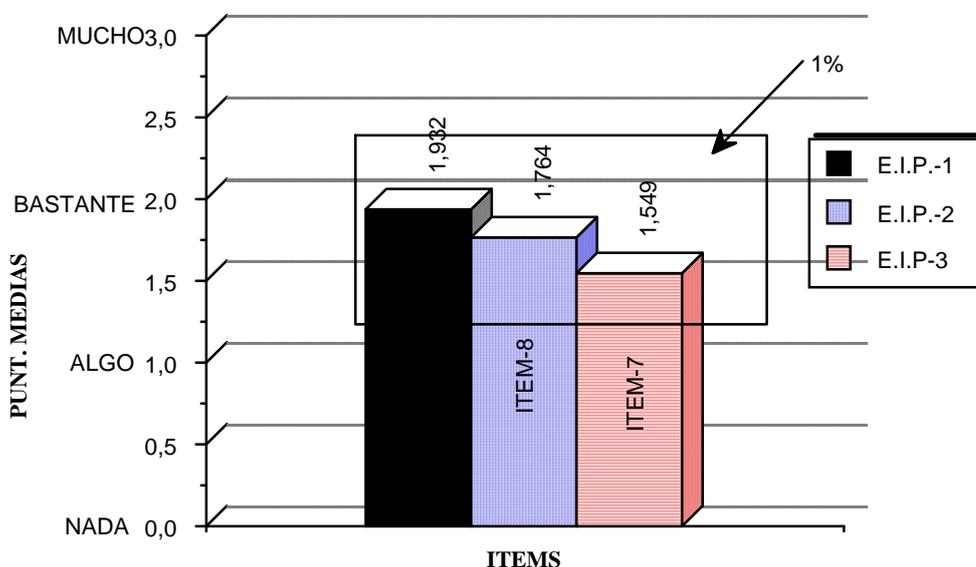
**GRADO DE INFORMACION Y PREPARACION SOBRE EL PARTO**



**ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA**

**GRÁFICA -6**

**ANSIEDAD ANTE EL PARTO**

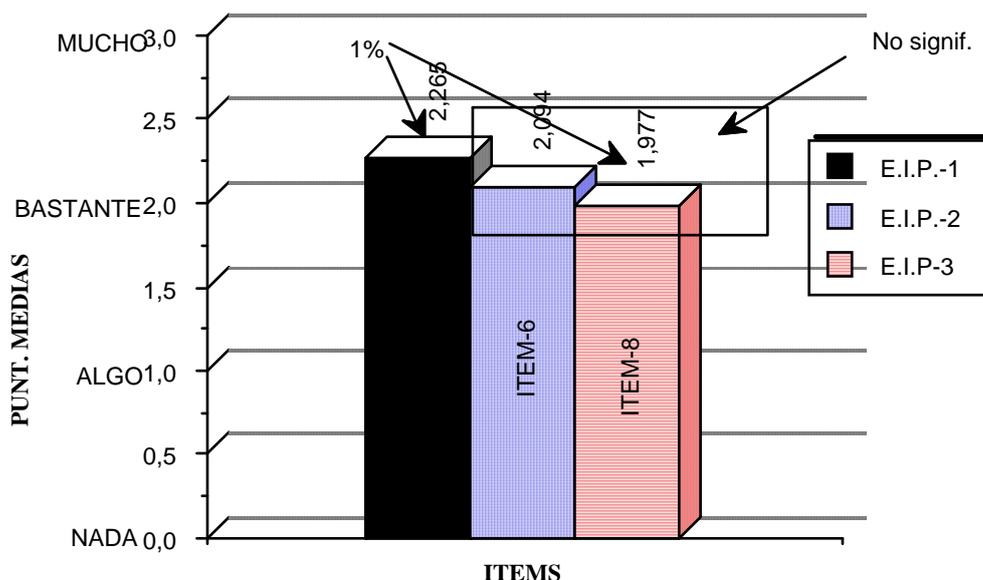


**ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA**

Se ha eliminado parte de la sensación de dolor, que posteriormente, cuando dé a luz, se verá positivamente corroborada por la mujer y si bien la diferencia en la disminución del dolor después del parto no difiere significativamente de la que experimenta después de terminar la P.P.O., sí que por el contrario hay diferencias

significativas con el grado de dolor que la mujer entiende asociado al proceso de dilatación en el parto antes de iniciar la P.P.O. y el menor grado de dolor que realmente experimenta durante su proceso de dilatación en el parto. Efectivamente se ha logrado disminuir el dolor.

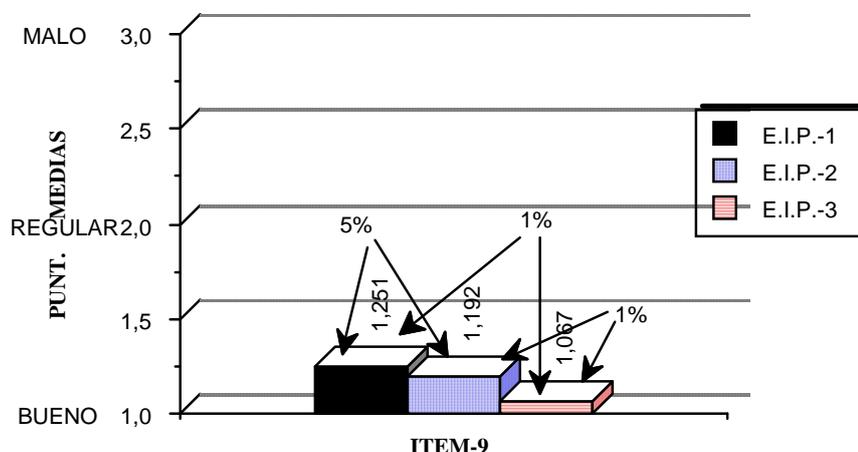
**GRÁFICA .-7**  
**DOLOR ANTE EL PARTO**



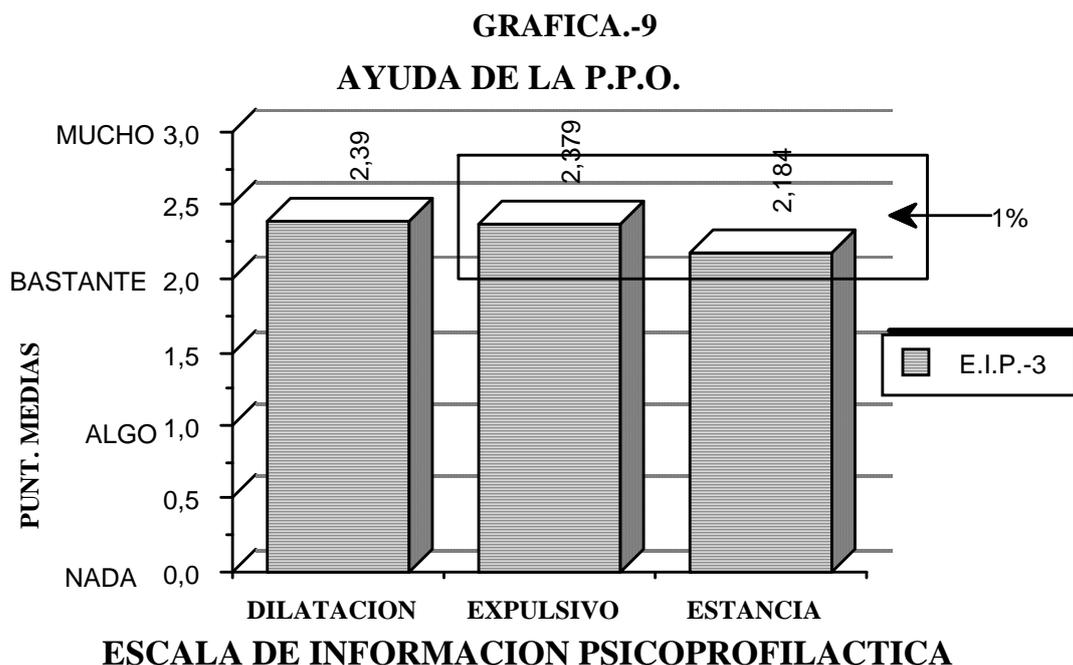
**ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA**

C.- Variables analizadas con respecto al "Trato del personal sanitario a mujer la embarazada". Podemos apreciar ante los datos que el trato dado por el personal sanitario va cambiando positivamente (y estadísticamente significativa) la opinión de la misma embarazada respecto a la que tenía hace dos meses.

**GRAFICA.-8**  
**TRATO DEL PERSONAL SANITARIO A LA MUJER EMBARAZADA**



**ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA**



D.- De una forma más específica deseamos analizar **si la P.P.O. le ayudó durante la dilatación, el expulsivo o la estancia sanitaria**. Ésta última es la que presenta la incidencia (con diferencia estadísticamente significativa) más baja con respecto a las dos anteriores, aunque todas las mujeres afirman que la P.P.O. le ayudó "bastante". Sin embargo no encontramos diferencias significativas al confrontar si la P.P.O. les ayudó en el momento de la dilatación y el intraparto o expulsivo.

#### IV.- DISCUSION:

Evidentemente todo trabajo tiene su propia crítica y una de las más sobresaliente y palpable es ¿dónde está el marido? Integrar al marido en este tipo de educación sanitaria es un problema harto difícil porque, y entre otras muchas cosas, quizás los estereotipos culturales sea una de las variables más difíciles de modificar, pero evidentemente, tal como es la sociedad zamorana, hoy por hoy no ha sido posible la integración del marido en el curso de P.P.O. Debido tanto a problemas laborales (dificultades de conceder la empresa tiempo para la charlas de formación al parto) como problemas que presenta la estructura física del Hospital que no favorece la intimidad e independencia de la pareja. Este planteamiento no es nuevo ya que en las diversas investigaciones sobre profilaxis obstétrica se vuelven a plantear los mismos interrogantes.

Quizás la Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.) haya que reestructurarla con un número mayor de ítems, con una mejor agrupación de factores incidentes en la temática concreta y poder llevar a cabo un estudio global de toda la Escala que pueda reflejar una estimación global de aprendizaje. En aquellos momentos (1986) que comenzamos con este estudio no disponíamos de otra cosa mejor. No obstante la Escala

ha respondido básica y fundamentalmente a los interrogantes planteados para poder evaluar la eficacia de la Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.).

En la actualidad se está trabajando con un grupo control de embarazadas a las que no se les ha impartido el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica al mismo tiempo que la Escala de Información Psicoprofiláctica ha sido reestructurada aunque no en sus fundamentos básicos.

En general, podemos apreciar que los objetivos propuestos se han cumplido en su mayoría, y que el diagnóstico de salud se ha cumplido: las embarazadas han sufrido menos en el parto, se les ha calmado bastante la ansiedad, se les ha informado, creemos que suficientemente, sobre el funcionamiento natural de su cuerpo y hemos conseguido algo importante: que la mujer embarazada se sienta a gusto con el personal sanitario y satisfecha de sí misma y de su propio hijo. Esto, en otras palabras, es crear salud.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1988): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM.-III-R). Masson, S.a., Barcelona.
- ATEVENS, R.J., y HEIDE, F. (1977): Analgesic Characteristics of prepared childbirth techniques: Attention jocusin and systematic relaxation. Journal Psychosomatic Research, pg. 21.
- AVIA, M.D. (1980): El control cognitivo del dolor: estrategias y técnicas. Revista de Psicología General y Aplicada. Vol.35 (1), 99-114.
- BECK, N. C. (1978): Natural Childbirth: a review and analysis. Obstetrics Gynecology, 371-379.
- BECK, N.C. (1980): Labor preparation and behaviou medicine. Int. Journal. Mentalt. Health. Vol. 9, 1-2.
- BECK, N.C.; SIEGEL, L.J. y otros. (1980): The medicion of pregnancy aoutcomme: maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. Journal. Psychosomatic Research., Vol. 24, 343-351.
- BING, E. (1967): Six practical lesson for an easier childbirth. New York, Grosset-Dunlap.
- BREWIN, Ch.; BRADLEY, C. (1982): Perceived control and the experience of childbirth. British Journal of Clinical Psychology, Vol. 21(4) 263-269.
- BRIEN, M., HAVERFIELD, N., SHANTEAU, J. (1983): How Lamaze-prepared parents select obstetricians. Research in Nursing and Health, Vol.6(3) 143-150.
- BROOME, M.E., KOEHLER, Ch. (1986): Childbirth education: A review of effects on the woman and her family. Family and Community Health, Vol. 9(1) 33-44.
- CHALMERS, B., MEYER, D. and WERNER, Sh. (1987): Training childbirth educators: Assessing changes in intent following and educational intervention. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Vol. 6(3) 225-233.
- COGAN, R.; PERKOWSKI, S. and ANDERSON, D. (1988): Memories of labor and birth: Relñiability of postpartum questionnaire reports. Perceptual and Motor Skills, Vol.67(1) 75-79.
- COPSTICK, S.M., TAYLOR, K.E., HAYES, R., and MORRIS, N. (1986): Partner support and the use of coping techniques in labour. Journal of Psychosomatic Research, Vol.30(4) 497-503.
- CRANDON, A.J. (1979): a) Maternal anxiety and Obstetric complications. b) Maternal anxiety and neonatal well being. Journal Psychosomatic Research. 23, 108-113.

- DENNEY, D.R., y FRISCH, M.B.: (1981): The role of Neuroticism in Relation to life stress and Illness. Journal Psychosomatic Research, 303-307.
- ENRIQUEZ, A. y GARCIA MORENO, A. (1981): La preparación al parto: Psicoprofilaxis Obstétrica. Delegación de Sanidad. Ayuntamiento de Madrid.
- EYSENCK, H.J. and EYSENCK, S.B.G. (1987): Cuestionario de personalidad (EPI). Adaptación española: Sección de estudios de TEA Ediciones, S.A., Madrid
- EWY, D., y EWY, R.: (1970): Preparation for Childbirth. Boulder, CO. Pruett.
- GARCIA MORENO (1985): El Parto y sus problemas: Psicología y psicoprofilaxis obstétrica. En Jose A. CARROBLES (1985): Análisis y modificación de la conducta.-II. Vol. 2, 425-471.
- GARCIA MORENO, A. (1983): Informe sobre salud Materno-infantil tras un año de trabajo en el CPS de Moratalaz-Vicálvaro. II Jornada Médico Comunitaria 1º de Octubre. Madrid, Octubre.
- GARCIA MORENO, A. (1983): Programa piloto en Salud Materno Infantil en el Centro de Promoción de Salud de Moratalaz-Vicálvaro. 2º. Congreso de la Asociación Española de Terapia Conductista. Segovia, Noviembre.
- HARMON, T.-M; HYNAN, M.T.; TYRE, T. E. (1990): Improved obstetric outcomes using analgesia and skill mastery combined with childbirth education. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 58(5) 525-530.
- HILLIER, C. A. and SLADE, P. (1989): The impact of antenatal classes on knowledge, anxiety and confidence in primiparous women. Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol. 7(1) 3-13.
- HODNETT, E.D.; OSBORN, R. W. (1989): Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. Research in Nursing and Health, Vol.12(5) 289-297.
- JORDAN, B. (1989): Cosmopolitical obstetric: some insights from the training of traditional midwives. Social Science and Medicine, Vol.28(9) 925-937.
- KNAPP, C., HAMM, R.J. and WEINBERG, M. (1986): Psychoprophylaxis in childbirth. Birth Psychology Bulletin, Vol.7(1-2) 50 p.
- KONDALL y SCETNICKA (1972): Sistematic Desensitization as a method of preparation for Childbirth. Journal Behavior Therapy and Exp. Psychiatric, 3.
- LAMAZE, F. (1958) Painless Childbirth. London. Burke
- LEDERMAN, E.; LEDERMAN, R.P.; WORK, B.S. y McCANN, D. (1979): Maternal psychological and Physiological correlates of fetal-newborn health status. Annual Psychology Association. Convectuion. New York.
- LEVENTHAL, E. A., LEVENTHAL, H., SHACHAM, S. and EASTERLING, D. (1989): Active coping reports of pain from childbirth. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 57(3) 365-371.
- LINDBERG, Ch., LAWLIS, G.F. (1988): The effectiveness of imagery as a childbirth preparatory technique. Journal of Mental Imagery, Vol. 12 (1), 103-113.
- LINDELL, S., ROSSI, M.A. (1986): Compliance with childbirth education classes in second stage labor. Birth Issues in Perinatal Care and Education, Vol.13(2) 96-99.
- LOWE, R.H., FREY, J.D. (1983): Predicting Lamaze childbirth intentions and outcomes: An extension of the theory of reasoned action to a joint outcome. Basic and Applied Social Psychology, Vol.4(4) 353-372.
- LUNARDI, C. (1981): Come integrare la figura paterna in una nuova concezione psicosomatica della profilassi ostetrica. Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi, Vol. 22(1) 69-77.
- MAJOLINO, A. et al. (1982): Preparazione di gruppo al parto in autoipnosi. Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi, Vol. 23(1-2) 71-74.
- MANDERINO, M. A., BZDEK, V. M. (1984): Effects of modeling and information on reactions to pain: A childbirth-preparation analogue. Nursing Research, Vol. 33(1) 9-14.
- McCRAW, R. K.; ABPLANALP, J.M. (1982): Motivation to take childbirth education: Implications for studies of effectiveness. Birth Issues in Perinatal Care and Education, Vol.9(3) 179-182.

- MELZACK, R. (1984): The myth painless childbirth (the John J. Bonica lecture). Pain, Vol. 19(4) 321-337.
- MELZACK, R., TAENZER, P., FELMAN, P. and KINCH, R.A. (1983): Il travaglio e ancora doloroso dopo il training di preparazione al parto. Ricerche di Psicologia, Vol. 7(27) 215-233.
- MOORE, D.S. (1983): Prepared childbirth and marital satisfaction during the antepartum and postpartum periods. Nursing Research, Vol. 32(2) 73-79.
- MULCAHY, R.A., y JANZ, N. (1973): Effectiveness of raisin pain perception threshold in males and females using a psychoprophilactic childbirth technique during induced pain. Nursing Research, 22.
- NELSON, M. (1982): The effect of childbirth preparation on women of different social classes. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 23(4) 339-352.
- OMER, H. (1987): A hypnotic relaxation technique for the treatment of premature labor. American Journal of Clinical Hypnosis, Vol. 29(3), 206-213
- PATTON, L.L., NGLISH, E.C. and HAMBLETON, J.D. (1985): Childbirth preparation and outcomes of labor and delivery in primiparous women. Journal of Family Practice, Vol. 20(4) 375-378.
- READ, E.D. (1944): Childbirth without fear: the principles and Practice of Natural Childbirth. New York, Harper-Row, Publishers.
- RUIZ ELVIRA, C. (1982): Historia de la P.P.O. en España. I Jornadas Municipales de P.P.O. Diputación Provincial de Madrid.
- SALLERAS, L. (1985): Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid, Díaz de Santos.
- SHEARER, M.H. (1980): The prenatal Exercise: Part I: Posture. Birth and the Family Journal. Vol. 8: 2, 105-108.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L. y LUSHENE R.E. (1987): Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Adaptación española: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A. Madrid.
- St. JAMES R.I.; HUTCHINSON, Ch.M. HARAN, F.J. and CHAMBERLAIN, G. (1982): Use of electromyographic and skin-conductance biofeedback relaxation training to facilitate childbirth in primiparae. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 26(4), 455-462.
- St. JAMES R.I.; HUTCHINSON, Ch.M. HARAN, F.J. and CHAMBERLAIN, G. (1983): Can biofeedback-based relaxation training be used to help women with childbirth?. Journal of Reproductive and Infant Psychology. Vol. 1(1), 5-10.
- TERRIS, M. (1980): La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI.
- TIBA, J. (1990): Clinical, research and organizational aspects of preparation for childbirth and the psychological diminution of pain during labour and delivery. British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, Vol.7(1) 61-64.
- VELLAY, P. y otros (1959): Childbirth without pain. En E.P. Dutton. Co. Inc. New York.
- VELVOSKY, PLATONOV, PLOTICHER y SMUGON (1919): Painless Childbirth Through Psychoprophilaxis. (Traducido al inglés por D.A. Mychne. Foreign Languages Publishing House, 1960). Moscow.
- VENN, J. (1986): Hypnosis and the Lamaze method: A reply to Wideman and Singer. American Psychologist, Vol.41(4) 475-476.
- VENN, J. (1987) : The Stanford Hypnotic Clinical Scale and group of obstetrical patients. American Journal of Clinical Hypnosis, Vol. 30(1) 66-70.
- WALKER, B., ERDMAN, A. (1984): Childbirth education programs: the relations between confidence and knowledge. Birth Issues in Perinatal Care and Education, Vol. 11(2) 103-108.
- WHIPPLE, B.; JOSIMOVICH, J.B. and KOMISARUK, B.R. (1990): Sensory thresholds during the antepartum, intrapartum and postpartum periods. International Journal of Nursing Studies, Vol. 27(3) 213-221.
- WIDEMAN, M.V., SINGER, J.E. (1984): The role of Psychological mechanisms in preparation for childbirth. American Psychologist, Vol. 39(12) 1357-1371.
- WORTHINGTON, E.L. (1981): Labor Room and Laboratory: Clinical Validation of the cold pressor as a means of testing preparation for childbirth strategies. Journal Psychosomatic Research (In. Press, 1981).

WORTHINGTON, E.L. (1982): Labor room and Laboratory: Clinical validation of the cold pressor as a means of testing preparation for childbirth strategies. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 26(2) 223-230.

## ANEXO:

**TABLA.-I. ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA (E.I.P.)  
ANALISIS DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS**

E.I.P.-1			E.I.P.-2			E.I.P.-3			
Item/Med.	St. D.	N	Med.	St. D.	N	Med.	St. D.	N	
1.-	2,397	0,812	859	2,534*	0,706	386	2,892	0,334	269
2.-	2,474	0,672	860	2,483	0,582	385	2,811	0,42	270
3.-	2,481	0,654	859	2,569**	0,574	385	2,323	0,542	269
4.-	1,65	0,684	859	2,101*	0,543	385	2,39	0,738	249
5.-	1,396	0,769	852	2,07*	0,577	383	2,379	0,764	243
6.-	2,265*	0,725	848	2,094	0,69	385	2,184	0,772	239
7.-	1,23	0,765	858	2,01*	0,585	386	1,549	0,904	268
8.-	1,932*	0,874	858-	1,764	0,772	386	1,977	0,819	266
9.-	1,251**	0,462	786	1,192	0,408	365	1,067	0,265	269

\*= La diferencia entre E.I.P.-1 y E.I.P.-2 es significativa estadísticamente al n.c del 1%

\*\*= La diferencia entre E.I.P.-1 y E.I.P.-2 es significativa estadísticamente al n.c del 5%

**TABLA II. OTRAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS CON LA E.I.P.-3**

### APOYO MARIDO/FAMILIA:

- E.I.P. 1/2 - E.I.P. 3/2 = 1%
- E.I.P. 1/3 - E.I.P.3/2 = 1%
- E.I.P. 2/2 - E.I.P. 3/2 = 1%
- E.I.P. 2/3 - E.I.P.3/2 = 1%

### PARTO:

#### - Información/preparación:

- E.I.P. 1/7 - E.I.P. 3/3 = 1%
- E.I.P.1/5 - E.I.P. 3/3 = 1%
- E.I.P. 2/7 - E.I.P. 3/3 = 1%
- E.I.P.2/5 - E.I.P. 3/3 = 1%

#### - Dolor:

- E.I.P. 1/6 - E.I.P. 3/8 = 1%
- E.I.P. 2/6 - E.I.P. 3/8 = No significativa

#### - Ansiedad:

- E.I.P. 1/8 - E.I.P. 3/7 = 1%
- E.I.P. 2/8 - E.I.P. 3/7 = 1%

### TRATO PERSONAL SANITARIO:

- E.I.P. 1/9 - E.I.P. 3/9 = 1%
- E.I.P. 2/9 - E.I.P. 3/9 = 1%