

J.M. Torres Martí
J.A. Valverde Martínez
A. Melero López
E. Priego Correa
M.A. Arones Collantes
B. Pellicer Yborra

Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca.

Correspondencia:
Dr. J.A. Valverde Martínez.
Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital General Virgen de la Luz.
Donantes de Sangre. 16001 Cuenca.
Correo electrónico: jorgearturo@terra.es

Fecha de recepción: 28/12/01
Aceptado para su publicación: 20/2/02

Comportamiento materno durante el parto según parámetros clínicos y sociológicos de la gestación

137

Maternal behavior in labor according to clinical and sociological childbirth variables

J.M. Torres Martí, J.A. Valverde Martínez, A. Melero López, E. Priego Correa, M.A. Arones Collantes, B. Pellicer Yborra. Comportamiento materno durante el parto según parámetros clínicos y sociológicos de la gestación.

RESUMEN

Objetivo: Analizar diversos factores que pueden influir en el comportamiento de la mujer durante el parto.

Pacientes y método: Se estudiaron 100 embarazadas elegidas al azar. Las variables analizadas fueron: nivel de estudios, dismenorrea, antecedentes obstétricos desfavorables, psicoprofilaxis obstétrica, gestación deseada, miedo previo al parto, tratamiento intraparto, tipo de parto, tipo de registro cardiotocográfico y peso fetal. La variable resultado valorada fue el comportamiento intraparto (colabora/no colabora); se analizó su relación con las 10 variables elegidas tanto durante el período de dilatación como durante el período expulsivo.

Resultados: Tan sólo la variable miedo previo al parto presentó una asociación estadísticamente significativa con el comportamiento de la mujer, tanto en el período de dilatación ($p = 0,011$) como en el período expulsivo ($p = 0,002$).

Conclusiones: Cuando la mujer reconoce tener miedo al parto puede presentar una actitud totalmente negativa que le impida llevar a cabo de manera adecuada las instrucciones de los profesionales.

PALABRAS CLAVE

Comportamiento intraparto. Miedo al parto.

ABSTRACT

Objective: To analyze several factors that could be related to women's behavior in labour.

Patients and method: One-hundred pregnant women were selected at random. The variables analyzed were education, dysmenorrhea, unfavorable obstetric antecedents, maternal preparation program, whether the pregnancy was wanted, fear of delivery, pharmacological treatment

138 in delivery, type of delivery, type of cardiotocographic monitoring and fetal weight. Women's behavior during labor was classified as cooperative or uncooperative. The relationship between women's behavior and the 10 variables was analyzed in the first and second stages of labour.

Results: Fear of delivery was the only variable statistically associated with women's behavior in the first and second stages of labor ($p = 0.011$ and $p = 0.002$, respectively).

Conclusions: Women who report a fear of delivery can have a negative attitude that may prevent them from correctly performing instructions.

KEY WORDS

Behavior in labor. Fear of delivery.

INTRODUCCIÓN

El parto es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer, tanto por las circunstancias emocionales asociadas como por las consecuencias que para ella y el recién nacido se podrían derivar. La actitud de las mujeres frente al parto no es uniforme y depende de muchos factores. De entre los factores que pueden condicionar el comportamiento de la mujer en el parto, quizás el dolor sea el más importante. Algunas mujeres aceptan el dolor como algo natural, no es más que otro componente del proceso del parto¹; pero para aquellas que no lo aceptan así parece que la forma de actuar del profesional de la salud (matrona u obstetra) tiene una relevancia clara a la hora de hacer más llevadero el dolor del parto², incluso en partos complicados mediante el diálogo con la mujer, la explicación de la situación y haciéndola partícipe se puede conseguir que las mujeres aumenten su autocontrol³. Diversos autores han puesto de manifiesto que el dolor podría tener efectos adversos en la madre y el recién nacido y que no deberíamos dejar pasar por alto los efectos psicológicos que puede generar el dolor severo, particularmente si se asocia a un mal resultado perinatal o materno⁴. La intro-

ducción de la anestesia epidural ha contribuido de manera muy significativa a cambiar la percepción negativa del parto y se ha colocado a la cabeza de los métodos más eficaces y que más satisfacen a las mujeres a la hora de paliar el dolor del parto⁵. Pero esta nueva situación ha levantado las críticas de algunos profesionales de la salud, que consideran que podría contribuir a modificar el comportamiento materno hacia el recién nacido⁶, o aquellos que consideran que medicalizar excesivamente un acontecimiento fisiológico como es el trabajo de parto puede ser contraproducente⁴. No obstante, existen numerosos métodos no farmacológicos para reducir el dolor durante el parto sin tener que recurrir a la anestesia epidural⁷.

Otros factores muy valorados por las mujeres, como sentirse informadas, apoyadas durante el parto, partícipes de las decisiones y conseguir un autocontrol suficiente, pueden hacer que la experiencia sea positiva⁸. No debemos olvidar que la anestesia epidural no está todavía generalizada en nuestro país y que no se aplica de forma sistemática. Y, aunque así fuera, tampoco debemos olvidar que existen contraindicaciones para su aplicación y que incluso hay mujeres que prefieren un parto lo más fisiológico posible. Por este motivo, para poder mejorar la actitud de la mujer que no recibe analgesia durante el parto, creemos que es importante detectar los factores que puedan influir sobre el comportamiento de la mujer intraparto, y conseguir, actuando sobre ellos, una mejor disposición de la madre frente al parto y, si es posible, unos mejores resultados obstétricos y perinatales.

En nuestro estudio analizamos algunos de los posibles factores que pueden influir en el comportamiento de la mujer durante el parto.

PACIENTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional de seguimiento, de un año de duración, realizado en el Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca.

Pacientes

El estudio incluyó a 100 embarazadas elegidas al azar de entre todas las que acudieron a dar a luz en

nuestro servicio durante el período de estudio, y tras obtención del oportuno consentimiento informado. Quedaron excluidas del estudio aquellas embarazadas que recibieron anestesia epidural durante el parto y las que finalizaron en cesárea.

VARIABLES

Se analizaron las siguientes variables:

- Tipo de estudios realizados, dicotomizada en dos posibles valores: por una parte, estudios primarios (sin estudios o EGB) y, por otra parte, estudios medios y superiores.
- Existencia o no de antecedentes de dismenorrea.
- Antecedentes obstétricos, que incluían número de embarazos, abortos y recién nacidos vivos, así como tipo de partos previos. Se denominaron antecedentes obstétricos desfavorables a los casos en los que hubo historia de abortos, fetos malformados, feto muerto anteparto y/o parto distóxico.
- Haber realizado preparación al parto o no.
- Gestación deseada o no.
- Miedo al parto o no, tras la pregunta directa ¿tienes miedo al parto? (sí/no).

Posteriormente se añadieron a la base de datos las siguientes variables inherentes al parto objeto de estudio:

- Rotura espontánea de membranas o no.
- Uso de fármacos intraparto o no (incluida oxitocina).
- Tipo de parto actual (eutóxico/distóxico).
- Registro cardiotocográfico (RCTG) patológico o no.
- Peso fetal en gramos.

Se definió como variable resultado el comportamiento de la embarazada intraparto, distinguiendo dicho comportamiento en los dos períodos del parto (dilatación y expulsivo). A la variable comportamiento intraparto se le dieron dos valores:

- Colabora. Cuando la embarazada cumplía las instrucciones referentes al control de respiración y/o pujos en al menos el 50% del tiempo de duración del período del parto correspondiente.

Tabla 1 Características generales de las embarazadas

Variables	Valores
Edad (años) ^a	29,50 ± 4,36
Estado civil	
Casada	98%
Soltera	2%
Estudios	
Primarios	73%
Superiores	27%
Dismenorrea	
Sí	45%
No	55%
Antecedentes obstétricos	
Primigesta	40%
No primigesta	60%
Desfavorables	20%

^aMedia ± desviación estándar.

- No colabora. Cuando la embarazada no cumplía las instrucciones mencionadas o lo hacía en menos del 50% del tiempo de duración del período del parto correspondiente.

Análisis estadístico

Fue realizado con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0. En el análisis bivariante, la prueba de la χ^2 fue utilizada para valorar la asociación entre variables cualitativas, recurriendo a la corrección de Yates para valores esperados menores de 5. La prueba de la t de Student se utilizó para valorar la asociación entre variables dicotómicas y cuantitativas. Se fijó como grado de significación estadística un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La distribución de las variables relativas a las características de las embarazadas se expone en la tabla 1, en la que destaca que la edad media de las embarazadas fue de 29,50 años. Tan sólo el 2% eran solteras y el resto casadas. No hubo ningún valor para el resto de las categorías de la variable. El 27% tenía estudios medios o superiores. El 45% reconocía antecedentes de dismenorrea; el 40% era primigesta y el 20% tenía antecedentes obstétricos desfavorables.

Tabla 2 Variables relativas al embarazo y parto actuales	
Variables	Valores
Gestación deseada	
Sí	87%
No	13%
Miedo al parto	
Sí	66%
No	34%
Número de controles ^a	8,93 ± 2,16
Psicoprofilaxis obstétrica	
Sí	40%
No	60%
Rotura espontánea de membranas	
Sí	43%
No	57%
Fármacos intraparto	
Sí	90%
No	10%
Tipo de parto	
Eutóxico	85%
Distóxico	15%
Tipo de RCTG	
Normal	79%
Patológico	21%
Peso fetal (gramos) ^a	3.302,93 ± 423,32

^aMedia ± desviación estándar. RCTG: registro cardiotocográfico.

En la tabla 2 se exponen las distintas variables relacionadas con el embarazo y el parto objeto de estudio; en ella destaca que el 87% de las gestaciones eran deseadas; el 66% de las embarazadas reconoció tener miedo al parto frente al 34% que decía no tenerlo; durante el embarazo las pacientes se sometieron a una media de 8,93 controles en consulta; tan sólo el 40% acudió a clases de psicoprofilaxis obstétrica; el 43% de las embarazadas presentó rotura espontánea de membrana; tan sólo en el 10% de los partos no se utilizó ningún tipo de fármaco; el 85% de los partos fueron eutóxicos y el resto fueron instrumentales. El RCTG fue patológico en el 21% de los casos; el peso medio fue de 3.302,93 g (rango 1.900-4.330 g).

Durante el período de dilatación, el 69% de las embarazadas colaboró, frente al 31% que no lo hizo, mientras que durante el período expulsivo el porcentaje que colaboró disminuyó al 65%, frente al 35% que no lo hizo.

Tabla 3 Relación de las variables con el comportamiento durante el período de dilatación			
Variable	Colabora ^a	No colabora ^a	p
Estudios			0,248
Primarios	48 (69,6)	5 (80,6)	
Superiores	21 (30,4)	6 (19,4)	
Dismenorrea			0,983
Sí	38 (55,1)	17 (54,8)	
No	31 (44,9)	14 (45,2)	
Antecedentes obstétricos desfavorables			0,358
Sí	16 (23,2)	4 (12,9)	
No	53 (76,8)	27 (87,1)	
Psicoprofilaxis obstétrica			0,537
Sí	29 (42,0)	11 (35,5)	
No	40 (58,0)	20 (64,5)	
Gestación deseada			1,000
Sí	60 (86,9)	27 (87,1)	
No	9 (13,1)	4 (12,9)	
Miedo al parto ^b			0,011
Sí	40 (58,0)	26 (83,9)	
No	29 (42,0)	5 (16,1)	
Tratamiento intraparto			0,455
Sí	61 (88,4)	29 (93,5)	
No	8 (11,6)	2 (6,5)	
Tipo de parto			0,155
Eutóxico	61 (88,4)	24 (77,4)	
Distóxico	8 (11,6)	7 (22,6)	
Tipo de RCTG			0,478
Normal	50 (76,9)	29 (82,9)	
Patológico	15 (23,1)	6 (17,1)	
Peso fetal (gramos) ^c	3.295,80 ± 419,83	3.318,71 ± 430,69	0,803

^aValores en números absolutos con porcentajes entre paréntesis.

^bRR = 2,60 con un IC del 95% de 1,11-6,10.

^cMedia ± desviación estándar. RCTG: registro cardiotocográfico.

La relación entre la variable colaboración durante el período de dilatación y el resto de factores estudiados se expone en la tabla 3, donde destaca que la única variable que presentó una asociación estadísticamente significativa con el comportamiento fue el miedo previo al parto ($p = 0,011$). Esta asociación evidencia que las mujeres que reconocían tener miedo al parto presentaron una probabilidad más de dos veces y media superior de no colaborar que aquellas que afirmaban no tener miedo (RR = 2,60). En el resto de variables no se puso de manifiesto ninguna asociación significativa con la variable comportamiento durante el primer período del parto.

Tabla 4	Relación de las variables con el comportamiento durante el período expulsivo		
Variable	Colabora ^a	No colabora ^a	p
Estudios			0,247
Primarios	45 (69,2)	28 (80,0)	
Superiores	20 (30,8)	7 (20,0)	
Dismenorrea ^b			0,045
Sí	31 (47,7)	24 (68,6)	
No	34 (52,3)	11 (31,4)	
Antecedentes obstétricos desfavorables			0,190
Sí	16 (24,6)	4 (11,4)	
No	49 (75,4)	31 (88,6)	
Psicoprofilaxis obstétrica			0,537
Sí	29 (42,0)	11 (35,5)	
No	40 (58,0)	20 (64,5)	
Gestación deseada			1,000
Sí	60 (87,0)	27 (87,0)	
No	9 (13,0)	4 (13,0)	
Miedo al parto ^c			0,002
Sí	36 (55,4)	30 (85,7)	
No	29 (44,6)	5 (14,3)	
Tratamiento intraparto			0,687
Sí	59 (90,8)	31 (88,6)	
No	6 (9,2)	4 (11,4)	
Tipo de parto			0,304
Eutóxico	57 (87,7)	28 (80,0)	
Distóxico	8 (12,3)	7 (20,0)	
Tipo de RCTG			0,403
Normal	49 (62,8)	29 (37,2)	
Patológico	16 (37,2)	6 (62,8)	
Peso fetal (gramos) ^d	3.342,77 ± 447,93	3.228,86 ± 360,77	0,199

^aValores en números absolutos con porcentajes entre paréntesis.

^bRR = 1,66 con un IC del 95% de 0,97-2,86.

^cRR = 3,12 con un IC del 95% de 1,33-7,35.

^dMedia ± desviación estándar. RCTG: registro cardiotocográfico.

El resultado para la variable comportamiento durante el período expulsivo frente a los factores estudiados se expone en la tabla 4, donde destaca que la variable dismenorrea presentó una asociación estadísticamente significativa con la variable resultado ($p = 0,045$). La variable miedo al parto vuelve a demostrar asociación estadísticamente significativa con la variable comportamiento ($p = 0,002$), y esta vez presenta una asociación incluso más fuerte que durante el período de dilatación, de manera que las mujeres que reconocían tener miedo al parto presentan una probabilidad más de 3 veces superior de no colaborar durante el período expulsivo que

aquellas que afirmaban no tener miedo (RR = 3,12). El resto de las variables presentó una asociación estadísticamente significativa con el comportamiento de la mujer durante el segundo período del parto.

DISCUSIÓN

Presentamos el primer estudio realizado para analizar la relación entre diversos factores y el comportamiento de la mujer durante el parto en ausencia de analgesia. La mayoría de los estudios están encaminados a valorar la influencia que ejerce sobre la mujer el dolor o el grado de analgesia conseguido con distintos medios durante el parto^{1,2,4-8}. No hemos encontrado ningún estudio que se centre fundamentalmente en las variables que nosotros hemos considerado que también podrían influir en el comportamiento de la mujer durante el parto.

Algunos autores han puesto de manifiesto que mujeres con una profesión intelectual presentan mal comportamiento durante el parto⁹. Sin embargo, podríamos creer que las mujeres con una educación media y/o universitaria no sólo podrían comprender mejor lo fisiológico y necesario del parto, sino que también entenderían la necesidad de seguir las instrucciones del profesional de la salud para obtener el mejor resultado posible. En nuestro estudio, a pesar de que el porcentaje de mujeres con estudios superiores de entre todas las que colaboran (30,4% en el período de dilatación y 30,8% en el período expulsivo) es superior al porcentaje de mujeres de la misma cohorte entre todas las que no colaboran (19,4% en el período de dilatación y 20,0% en el expulsivo), no es una diferencia estadísticamente significativa, aunque esto podría ser porque en nuestro estudio sólo el 27% de las mujeres pertenecían a la cohorte con estudios superiores.

Podríamos considerar que las mujeres que tenían antecedentes de dismenorrea percibirían el parto como más doloroso por el posible componente subjetivo de esta sensación. Como ya hemos mencionado, el dolor influye de manera importante sobre el comportamiento durante el parto, de forma que cuando no existe dolor el comportamiento y la satisfacción de la mujer son excelentes^{5,8}. Pues bien, partiendo de la teoría de que era más probable que la cohorte con dismenorrea no colaborara ya que percibirían más dolor durante el parto, decidimos

142

elegir esta variable. Los resultados demuestran claramente que durante el período de dilatación no existe ninguna influencia de la variable dismenorrea en el comportamiento de la mujer. Podríamos considerar, por tanto, que tal vez no sea tan correcta la teoría de que las mujeres que padecen dismenorrea tengan un umbral de dolor más bajo que las que no la padecen. Sin embargo, durante el período expulsivo obtenemos una $p < 0,05$, aunque debemos tener en cuenta que, en primer lugar, este valor indica la probabilidad máxima de que los resultados diferentes observados se deban al azar y, si nos fijamos en nuestros resultados, observamos que esta p está muy próxima a nuestro límite, es decir, se encuentra muy cerca de la probabilidad de que las diferencias observadas se deban al azar y no a diferencias reales; en segundo lugar, que un valor de $p < 0,02$ sería más estricto y nos daría más seguridad de que los resultados no se deben al azar, y no es el caso; en tercer lugar, si analizamos a fondo los resultados también observamos que el intervalo de confianza del 95% para el riesgo relativo incluye la unidad (0,97-2,86). Por tanto, en cualquier caso, a partir de nuestros datos no podemos afirmar que ésta sea una variable influyente en el comportamiento de la mujer durante el parto.

Nos preguntamos también qué grado de influencia podría tener en la mujer el haber tenido previamente una experiencia desagradable relacionada con el embarazo y/o el parto. Para ello seleccionamos la cohorte de mujeres con antecedentes obstétricos desfavorables. Nuestro estudio no reveló ningún tipo de asociación entre esta variable y el comportamiento de la mujer durante ninguno de los dos períodos.

Hoy en día está al alcance de la mujer embarazada poder asistir a las ya tradicionales clases de preparación al parto. Estas clases están encaminadas a informar a la mujer y a mejorar, por tanto, sus conocimientos, aptitudes y actitudes acerca del parto, ya que existen diferentes formas de abordar el embarazo y el parto en función de distintas variables personales¹⁰. Como exponen algunos autores, sería lógico considerar que aquellas mujeres que asistieron a estas clases afrontarían mejor el parto y con mayor probabilidad colaborarían frente a las que no asistieron a dichas clases¹¹. En nuestro estudio no existen diferencias entre la cohorte que acudió a las clases y la que no acudió. Existen muchas expli-

caciones posibles a este hallazgo, cuanto menos curioso. Por un lado, es llamativo el hecho de que sólo el 40% de las embarazadas hizo psicoprofilaxis obstétrica, lo cual puede hacernos creer que existe un sesgo de selección, es decir, que acudieran a clase aquellas mujeres que tuvieran una preocupación mayor, o quizás, como comentaremos más adelante, las que tuvieran más miedo al parto. Podría ser también que la orientación de estas clases de psicoprofilaxis no fuera la correcta y, por tanto, tuviéramos que replantearnos un nuevo enfoque. En cualquier caso, lo que sí podemos afirmar a partir de nuestros datos es que acudir o no a clases de psicoprofilaxis obstétrica no influye en el comportamiento de la mujer intraparto.

En cuanto a la variable gestación deseada, creamos que si una mujer tiene ilusión por tener el hijo que ha engendrado tenderá a colaborar en mayor medida que si se trata de un hijo no deseado. Sin embargo, es en este caso en el que los resultados son más explícitos a la hora de rechazar la hipótesis nula, ya que el porcentaje de mujeres tanto de la cohorte gestación deseada como de la cohorte gestación no deseada a la hora de colaborar o no y en ambos períodos del parto es exactamente igual y, por tanto, arroja un valor de $p = 1$, es decir, las diferencias se deben claramente al azar; aunque se pueda objetar que el porcentaje de mujeres incluidas en la muestra con gestaciones no deseadas es muy bajo (13%).

Consideramos que el hecho de tener miedo al parto podría condicionar el comportamiento de una mujer, de manera que las que reconocieran tener miedo al parto no fueran capaces de controlar sus emociones y tendieran más a no colaborar e incluso descontrolarse emocionalmente. En este caso, nuestros resultados también son muy explícitos y observamos que, claramente, las mujeres que reconocían tener miedo al parto tendían a no colaborar durante los dos períodos con una alta probabilidad ($p = 0,011$ en dilatación y $p = 0,002$ en expulsivo), pero en mayor medida durante el período expulsivo ($RR = 3,12$). Por tanto, a raíz de nuestro estudio podemos afirmar que existe una fuerte asociación entre el sentimiento de temor frente al parto y el comportamiento de la mujer durante éste, de manera que si la mujer reconoce tener temor es altamente probable que no colabore con los profesionales y no consiga el autocontrol ante la situación tan estresante que supone el trabajo de parto.

El hecho de aplicar medicación durante el parto, informando de ello a la paciente, podría suponer también un factor condicionante en su comportamiento. Según nuestros datos, no existe tal asociación con la variable resultado, si bien, una vez más, la cohorte no expuesta a la medicación es muy reducida (10%).

La finalización en parto distóxico podría alterar el comportamiento de la mujer, sobre todo durante el final del período expulsivo, ya que supondría una situación más estresante saber que precisa ayuda especializada para finalizar el parto. Sin embargo, nuestros datos no arrojan diferencias estadísticamente significativas en ningún caso. Esto podría explicarse con facilidad porque la decisión de acabar o no en parto instrumental se suele tomar, y por ende informar a la mujer, al final del período expulsivo; por tanto, la capacidad de influir sobre la variable resultado según nuestra definición es prácticamente imposible.

En cuanto al tipo de RCTG, tampoco presentó ninguna asociación con el comportamiento de la mujer ni en el período de dilatación ni en el expulsivo.

Por último, creemos que el peso fetal podría influir en el comportamiento, sobre todo durante el período de expulsivo. Un feto con un mayor peso podría precisar mayor intensidad de los pujos y, por ende, acelerar el agotamiento de la embarazada, con lo que dejaría antes de colaborar (es de sobra conocida por todos los profesionales del parto la expresión "no puedo más"). Sin embargo, según nuestro estudio no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al peso medio de los fetos en relación con la colaboración o no de sus madres. Incluso aquellos que pesaron más de 4.000 gramos no se relacionaron estadísticamente con el grado de colaboración materna.

A la vista de los resultados obtenidos podemos concluir que la única variable que presentó una asociación con significación estadística con la variable resultado fue miedo previo al parto. Esta asociación se evidenció tanto durante el período de dilatación como durante el período expulsivo. La cohorte de mujeres que reconocían tener miedo al parto reveló una probabilidad mucho mayor que la cohorte que afirmaba no tener miedo al parto de no colaborar durante el parto, es decir, de no seguir las instrucciones sobre respiración y/o pujos que se le indicaban en cada momento del parto, o de hacerlo en menos del 50% del tiempo de duración de cada período. El resto de las variables (tener estudios superiores o no, padecer dismenorrea o no, presentar o no antecedentes obstétricos desfavorables, haber acudido o no a clases de preparación al parto, que la gestación fuese deseada o no, haber recibido tratamiento o no durante el parto, ser un parto eutóxico o instrumental, tener un RCTG patológico o no y el peso del recién nacido) no presentó asociación estadísticamente significativa con colaborar o no durante el parto.

El miedo al parto tiene varios orígenes, desde la frase bíblica maldita "parirás y darás a luz con dolor" hasta el temor razonable que se tiene a lo desconocido, pasando por las horribles historias que algunas madres se encargan exageradamente de transmitir a sus hijas y a las hijas de sus hijas. Acabar con estos mitos a base de información es a lo que nos obligan los resultados del estudio. Debemos, pues, tratar de impedir que el sentimiento de temor hacia el parto siga instalado en las futuras madres. Con ello conseguiremos una mejor colaboración de la mujer en uno de los momentos más importantes de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berg M, Dahlberg K. A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery* 1998;14:23-9.
2. McCrea BH, Wright ME, Murphy-Blck T. Differences in midwives' approaches to pain relief in labour. *Midwifery* 1998;14:174-80.
3. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women's viewss of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* 1999;15:40-6.
4. Simkin P. Reducing pain and enhancing progress in labor: a guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers. *Birth* 1995;22:161-71.
5. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain-optionas of 1.091 Finish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995;39:60-6.
6. May AE, Elton CE. The effects of pain and its managment on mother and fetus. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1998;12:423-41.
7. Paech MJ. The King Edward Memorial Hospital 1.000 mother survey of methods of pain relief in labour. *Anaesth Intensive Care* 1991;19:393-9.
8. Wagner A, Grenom A, Pierre F, Soutoul JH, Fabre-Nys C, Krebhiel D. Maternal behavior toward her newborn infant. Potential modification by peridural analgesia or childbirth preparation. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1989;84:29-35.
9. Flordio Navío J, González Arlanzón MM, Fernández Bobadilla L, Baqueri Ozález L, Cuenca Cuenca C. Mujeres preparadas con mal comportamiento en el parto. *Enfermería Clínica*, 1988;75:40-4.
10. Russo de Lago B, Peralbo Uzquiano M. Las diferencias individuales ante la preparación para el parto. *Enfermería Científica* 1994;52-6.
11. Flordio J, Cuenca C, Ramírez A. Repercusiones obstétricas de la educación maternal. *Rev Esp Obst y Gin* 1981;40:412-23.