



## ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

### Influencia de los rasgos de personalidad en la percepción del dolor y elección de analgesia durante el parto

*Influence of personality traits on pain perception and choice of analgesia during labor*

**\*Caparros Molinero, JM \*\*Núñez del Moral, S \*\*\*Soriano Molina, MA**

\*Matrón, U.G.C Villanueva del Arzobispo E-mail: [josecamo@msn.com](mailto:josecamo@msn.com) \*\*Matrona Hospital San Agustín de Linares \*\*\*Médico de Familia. Director U.G.C Villanueva del Arzobispo. Jaén.

Palabras clave: embarazo; personalidad; dolor; analgesia; cuestionario de personalidad BFQ; cuestionario de dolor español (CDE)

Keywords: pregnancy; personality; pain; analgesia; BFQ personality questionnaire; Spanish pain questionnaire (CDE).

### RESUMEN

El presente estudio intenta analizar para un grupo de mujeres embarazadas si existe una relación entre las características de personalidad, la percepción del dolor y la elección o no de analgesia durante el parto. Para ello se llevó a cabo un estudio de tipo longitudinal multicéntrico, de una cohorte prospectiva de 62 mujeres gestantes seleccionadas por muestreo consecutivo, que acuden a la consulta de bienestar fetal entre la semana 36-38 de embarazo en dos hospitales de la provincia de Jaén. Se emplearon cuestionarios estructurados para la valoración de las diferentes variables.

Los resultados del análisis de regresión para el modelo de predicción de la intensidad del dolor a partir de las dimensiones de personalidad se realizó en función de que las mujeres hubieran usado o no medidas alternativas de alivio del dolor. De las dimensiones generales de personalidad únicamente hizo una aportación significativa la variable Afabilidad en el grupo sin medidas alternativas de alivio del dolor. De las subdimensiones de personalidad, tanto el Control Emocional como el Control de Impulsos hicieron una aportación significativa al modelo en el Grupo con medidas; y la Perseverancia, el Control de Impulsos y la Apertura a la Cultura la hicieron en el Grupo sin medidas.

Se encontró una relación inversa entre la edad y la intensidad total del dolor  $r = -0.301$  ( $p=0.018$ ). Además se encontraron diferencias significativas en la intensidad total del dolor y duración del alumbramiento en función de que las mujeres tuvieran o no medidas alternativas. Las otras dos variables analizadas, tipo de analgesia previa o epidural, no provocaron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas.

## ABSTRACT

The present study aims to analyze in a group of pregnant women if there is a relationship between personality characteristics, pain perception and the choice whether or not analgesia during labor.

To do this we developed a multicenter longitudinal study, in a prospective cohort of 62 pregnant women selected by consecutive sampling, attending the fetal wellness visit between weeks 36-38 of pregnancy in two hospitals in the province of Jaén. Structured questionnaires were used to assess the different variables.

The results of regression analysis for the prediction model of pain intensity from the dimensions of personality were carried out according to whether women had used or not alternative measures of pain relief. In the general dimensions of personality alone made a significant contribution Agreeableness variable in the group without alternative measures of pain relief. Sub-dimensions of personality, emotional control as both impulse control made a significant contribution to the model measures within the Group and Perseverance, Impulse Control and Openness to Culture in the group made it without measures.

We found an inverse relationship between age and total pain intensity  $r = -0,301$  ( $p = 0.018$ ). In addition, significant differences in total pain intensity and duration of delivery, depending on whether or not women had alternative measures. The other two variables studied, type of previous or epidural/analgesia caused no significant differences in any of the variables analyzed.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Los cambios no solo se producen en el área fisiológica, por lo que la singularidad de cada mujer se expresará con más fuerza dependiendo de la influencia que los aspectos psicológicos y sociales tengan en el desarrollo del embarazo, el parto, el puerperio, la maternidad y el vínculo afectivo. Los sentimientos pueden ser encontrados, no necesariamente positivos, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento y elabore estrategias adecuadas para afrontar el momento del parto y posteriormente pueda llevar a cabo el cuidado del recién nacido.

En la percepción del dolor existen factores neurofisiológicos, hormonales, culturales, contextuales y psicológicos que marcan las diferencias, incluso ahora empezamos a saber que existen razones genéticas en la respuesta a los analgésicos. Esto hace que no existan dos personas que experimenten dos estímulos nociceptivos idénticos <sup>(1)</sup>. Aunque se han estudiado ampliamente los factores psicológicos que modulan la respuesta de dolor <sup>(2,3)</sup> y se han encontrado múltiples factores psicológicos que modulan la percepción del dolor de parto, pocos trabajos se han centrado en la evaluación de la personalidad de las mujeres embarazadas y en las relaciones que pueden tener estas características con la elección de diferentes técnicas analgésicas.

En este estudio nos proponemos realizar mediante el cuestionario BFQ un análisis de las diferentes dimensiones y subdimensiones de la personalidad, determinando cuáles de ellas influyen en la percepción del dolor durante el parto. Aunque los instrumentos de medida del dolor más utilizados han sido la escala visual analógica (VAS), y el cuestionario McGill Pain Questionnaire (MPQ) <sup>(4)</sup>, nosotros utilizaremos el cuestionario de dolor español (CDE) que nos da un análisis detallado de las diferentes dimensiones que van a conformar la experiencia dolorosa.

El conocimiento de las variables de personalidad que influyen en la percepción del dolor durante el parto y en la elección de analgesia permitirá el desarrollo de programas de educación maternal más individualizados, donde se den respuesta a las necesidades reales de nuestras gestantes. Estos programas mejoraran la actual psicoprofilaxis obstétrica mediante el desarrollo por parte de las gestantes de conductas adecuadas de control del dolor.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Hipótesis y objetivos**

Como hipótesis de trabajo planteamos que existe una relación entre las variables psicológicas de personalidad con la percepción del dolor y la elección o no de analgesia durante el parto. Como objetivo general nos proponemos determinar cuáles son las variables psicológicas de la personalidad que influyen en la percepción del dolor y la necesidad de analgesia durante el parto.

Como objetivo específico queremos describir las características de personalidad para el grupo de mujeres gestantes antes del parto a través de las dimensiones y subdimensiones del cuestionario de personalidad BFQ.

### **Diseño**

Estudio longitudinal multicéntrico, de una cohorte prospectiva de mujeres gestantes que acuden a la consulta de bienestar fetal entre la semana 36-38 de embarazo en los hospitales San Juan de la Cruz de Úbeda y San Agustín de Linares.

Basándonos en estudios similares encontrados en la bibliografía previa, se estimó incluir en el estudio una muestra de 62 mujeres. El procedimiento de muestreo será consecutivo, se incluirán a todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión hasta alcanzar el tamaño considerado.

### **Criterios de inclusión en el estudio**

- Tener 18 años de edad o más y tener un conocimiento correcto hablado y escrito del español.
- Gestación controlada con un mínimo de tres visitas a la consulta de Atención Especializada, una de las cuales obligatoriamente en la semana 36-38 para la valoración del bienestar fetal.

### **Criterios de exclusión**

- Gestación llevada a término con resultado de éxito del recién nacido.
- Poseer antecedentes personales de Enfermedad Mental o trastorno de la personalidad.
- Cesárea programada que no permita administrar el cuestionario de evaluación del dolor.

## **Instrumentos de medida**

### **Cuestionario de personalidad (BFQ)**

El instrumento utilizado para la realización del presente estudio es el Cuestionario de Personalidad “Big Five” de Caprara, Barbaranelli y Borgogni <sup>(5)</sup> en la adaptación al castellano realizada por Bermúdez <sup>(6)</sup>. A nivel dimensional, el test se compone de cinco dimensiones y una escala de distorsión (D). Cada dimensión, se compondría de dos subdimensiones, constituyéndose cada una y la escala D por 12 ítems (132 ítems en total), donde las distintas respuestas se incluirían dentro de una escala tipo Likert de cinco puntos. Respecto a sus características psicométricas, Bermúdez señala que su fiabilidad (consistencia interna y dos mitades) y su validez (convergente y discriminante) son suficientemente elevadas.

Las dimensiones de que se compone el test son: Energía (E), Afabilidad (A), Tesón (T), Estabilidad Emocional (EE) y Apertura Mental (AM). Las subdimensiones de que se compone el test son: Dinamismo (Di), Dominancia (Do), Afabilidad (A), Cooperación/empatía (Cp), Cordialidad/amabilidad (Co), Escrupulosidad (Es), Perseverancia (Pe), Control de emociones (Ce), Control de impulsos (Ci), Apertura a la Cultura (Ac) y Apertura a la experiencia (Ae). Respecto al formato de respuesta, el sujeto tiene una escala de 1 a 5 puntos, donde el 1 correspondería a “completamente falso para mí” y el 5 “completamente verdadero para mí”, existiendo tres valoraciones entre estos dos polos (2, “bastante falso para mí”; 3, “ni verdadero ni falso para mí”, 4, “bastante verdadero para mí”).

### **Cuestionario de dolor español (CDE)**

El cuestionario de dolor español (CDE) no es simplemente una traducción del MPQ que se basa en que la percepción del dolor es multidimensional: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa, sino que se elaboró completamente de nuevo siguiendo la misma teoría y la misma metodología que el MPQ. El resultado final es, en su composición de descriptores y categorías, diferente al cuestionario original <sup>(7)</sup>.

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica. El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se comprenderá entre 0 y 14.

El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5.

El valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10.

## ***Documento de recogida de información***

Se trata de un documento en el que se reflejan todas las variables referidas al momento del parto.

## ***Aspectos éticos de la investigación***

Para el consentimiento informado, la matrona, le entregará a la gestante un documento de consentimiento informado que cumple con las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En él se le explicará el objetivo del estudio, la intervención a realizar y los resultados esperados de la misma. También se le garantizará la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes, así como el poder abandonar el estudio en el momento que ella desee sin que ello pueda afectar a los cuidados, tratamiento médico y trato personal que reciba. Si acepta participar en el estudio, deberá dar su consentimiento por escrito.

Este estudio ha sido aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación de los hospitales participantes en el estudio.

## ***Análisis estadístico***

Se han realizado para el presente estudio tanto análisis univariante como multivariante, realizándose los siguientes análisis:

- Análisis de frecuencias y porcentajes para la descripción de las características muestrales: número de gestantes, hospitales de procedencia y variables relacionadas con el parto.
- Análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones y subdimensiones de personalidad para la muestra.
- Análisis de correlaciones mediante Coeficiente de correlación de Pearson para el establecimiento de posibles relaciones entre las dimensiones y subdimensiones de personalidad y los resultados en el cuestionario del dolor. También se realizó un análisis correlacional entre las diferentes variables recogidas durante el parto y las diferentes variables de dolor.
- Análisis de regresión lineal simple y múltiple para la valoración de la capacidad predictiva de las dimensiones y subdimensiones de personalidad con relación a los resultados mostrados por el cuestionario de dolor español.
- Análisis de Varianza (ANOVA) de las variables más importantes incluidas en el estudio –predictores, criterios y mediadoras relacionadas con los resultados del parto– en función de las características más destacadas relacionadas con el proceso del parto, que pudieran marcar diferencias.

El nivel de significación considerado en todos los análisis será 0.05. Los datos se analizarán con el paquete estadístico SPSS 15.0.

## ***Dificultades y limitaciones del estudio***

La principal dificultad es el adherir al estudio a todas las gestantes pertenecientes a la población de estudio por:

- La participación es voluntaria ya que se requiere la colaboración activa de las participantes para la cumplimentación de los cuestionarios, asimismo, los cuestionarios a cumplimentar requieren por parte de las mujeres de una dedicación en el tiempo que puede ser valorada como excesiva.
- Debido a las características del estudio, aunque inicialmente se contacte con un número determinado de gestantes, puede haber una pérdida considerable de la muestra por diversas razones (rechazo a los cuestionarios psicológicos, olvido en el envío de los cuestionarios...).
- No todas las matronas pertenecientes a las unidades de paritorio están dentro del grupo de investigación, pudiendo presentar reticencias para la recogida de datos. Para superarlo, se ha creado un protocolo de actuación en los partos. Dicho documento se presentará en las comisiones correspondientes de los hospitales participantes en el estudio para su aprobación y posterior implantación en las unidades de paritorio.

## **RESULTADOS**

Considerando el objetivo general, presentamos el modelo de análisis que incluyó todas las dimensiones y subdimensiones de la Personalidad como posibles predictores y las tres variantes de la escala del dolor como variables criterio. Además, se incluyeron dos conjuntos de variables relacionadas con el parto y RN como posibles variables mediadoras.

**Variables predictoras (X):** Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad Emocional, Apertura Mental, Imagen que manifiesta, Dinamismo, Dominancia, Cooperación, Cordialidad, Escrupulosidad, Perseverancia, Control Emocional, Control de impulsos, Apertura Cultura, Apertura experiencia

**Variables criterio (Y):** Intensidad de Dolor Total, Intensidad de Dolor Actual, Escala visual

**Variables mediadoras-Parto:** Medidas Alternativas Alivio del Dolor, Antecedente Parto Anterior, Uso de Oxytocina, Analgesia previa, Epidural

**Mediadoras-Resultados:** Duración de la Dilatación, Duración del Expulsivo, Duración Alumbramiento, Peso del RN

La variable medidas alternativas de alivio del dolor se recodificó en dos niveles, el nivel 1 hace referencia a que la mujer demandó y utilizó medidas alternativas de alivio del dolor durante la dilatación y el nivel 2 equivale a que la mujer ni demandó ni utilizó medidas alternativas de alivio del dolor durante la dilatación. La variable antecedente de parto anterior también se recodificó en dos niveles, el nivel 1 que hace referencia a que el parto anterior fue eutócico y el nivel 2 que hace referencia a que la mujer era primípara, es decir no hubo parto anterior.

Para estudiar los posibles patrones de diferencias significativas, se realizó un ANOVA de las variables más importantes incluidas en el estudio –predictores, criterios y mediadoras relacionadas con los resultados del parto-, en función de las características más destacadas relacionadas con el proceso del parto, que pudieran marcar diferencias. Básicamente se realizó el análisis de diferencias en función de las variables: medidas alternativas, antecedentes del parto, oxytocina, analgesia previa y Epidural.

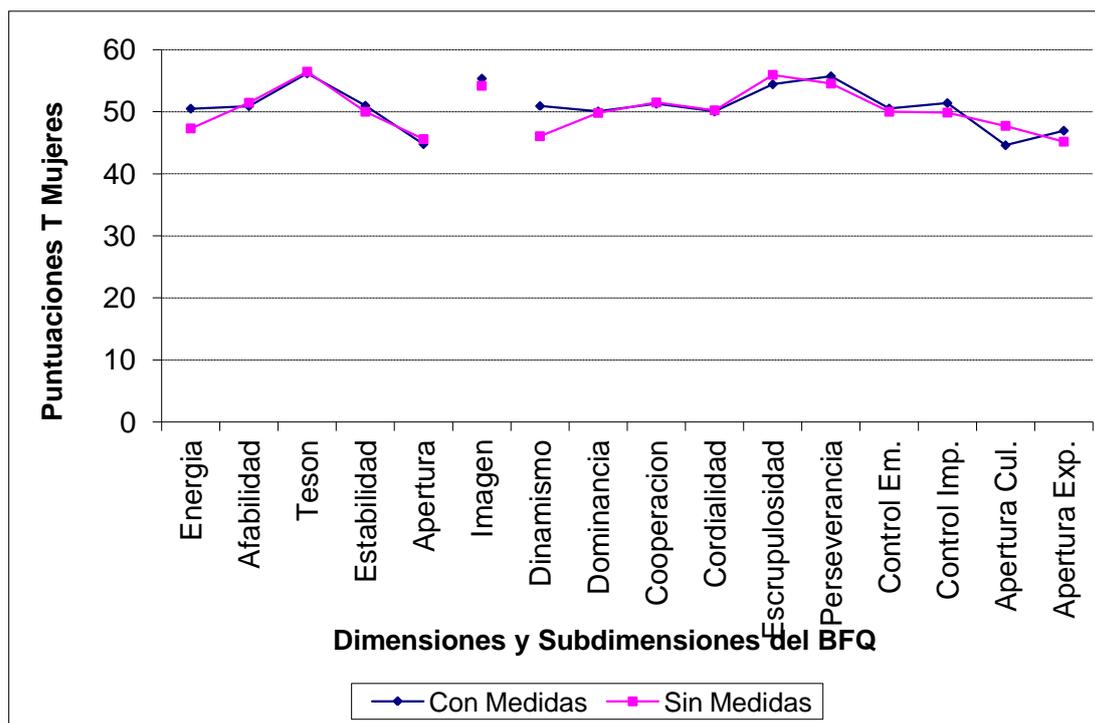
De estos análisis únicamente resultaron significativas las diferencias en intensidad total del dolor [ $F(1, 53) = 4,662$ ;  $MCE = 9,3$ ] y duración del alumbramiento [ $F(1, 53) = 4,874$ ;  $MCE = 21,7$ ] en función de que las mujeres tuvieran o no medidas alternativas. También se encontraron diferencias significativas en cuanto a la duración de la dilatación [ $F(1, 52) = 4,286$ ;  $MCE = 26294,0$ ], la duración del expulsivo [ $F(1, 52) = 23,714$ ;  $MCE = 2477,7$ ], y en peso del niño al nacer [ $F(1, 52) = 6,193$ ;  $MCE = 182565,0$ ], en función del tipo de antecedentes del parto. Finalmente, también hubo diferencias en la duración del alumbramiento en función de que se les administrase o no Oxytocina [ $F(1, 53) = 4,357$ ;  $MCE = 21,9$ ].

Respecto al análisis de regresión, en función de los análisis precedentes, se llegó a la conclusión de que la única variable criterio suficientemente informativa era la de Intensidad total del dolor y por lo tanto en los análisis que siguen se omitirán las otras dos variables relacionadas con la percepción del dolor. Por otro lado, la única variable mediadora que pudiera afectar a las variables de regresión es la de Medidas Alternativas. Por este motivo plantearemos el análisis de regresión desglosado en cada uno de los dos grupos de medidas alternativas.

En el Gráfico 1 se observan las puntuaciones tipificadas de las dimensiones y subdimensiones en función de la utilización o no de medidas alternativas.

En la tabla 1 se ha reflejado el resultado del análisis de regresión para el modelo de predicción de la intensidad del dolor a partir de las dimensiones de personalidad. En un primer nivel se analizaron las dimensiones generales de personalidad, de manera que el coeficiente  $R^2$  múltiple fue de 0,065 para el Grupo con medidas y de 0,346 para el grupo sin medidas alternativas. Ninguno de los dos coeficientes fue significativo, no obstante el análisis pormenorizado mostró que en el primer caso no hubo predictores que hicieran una aportación significativa a la ecuación de regresión, toda vez que en el grupo sin medidas, únicamente hizo una aportación significativa la variable Afabilidad [Coef.= 0,675;  $F(1,16) = 5,930$ ; Error = 0,277]. En un segundo nivel se analizaron las subdimensiones de personalidad, de manera que el coeficiente  $R^2$  múltiple fue de 0,350 para el Grupo con medidas y de 0,785 para el grupo sin medidas alternativas. Únicamente el segundo resultó significativo [ $R^2 = 0,785$ ;  $F(11,12) = 3,117$ ;  $MCE = 4,673$ ]. El análisis pormenorizado de este segundo nivel, mostró que tanto el Control Em. [Coef.= -0,455;  $F(1,28) = 5,222$ ; Error = 0,199], como el Control Imp. [Coef.= 0,588;  $F(1,28) = 5,915$ ; Error = 0,242] hicieron una aportación significativa al modelo en el Grupo con medidas; y la Perseverancia [Coef.= -0,829;  $F(1,10) = 5,653$ ; Error = 0,349], el Control Imp. [Coef.= -0,798;  $F(1,10) = 7,662$ ; Error = 0,288] y la Apertura Cul. [Coef.= -0,579;  $F(1,10) = 8,666$ ; Error = 0,197] la hicieron en el Grupo sin medidas.

**Gráfico 1: Puntuaciones tipificadas de las dimensiones y subdimensiones en función de la utilización o no de medidas alternativas**



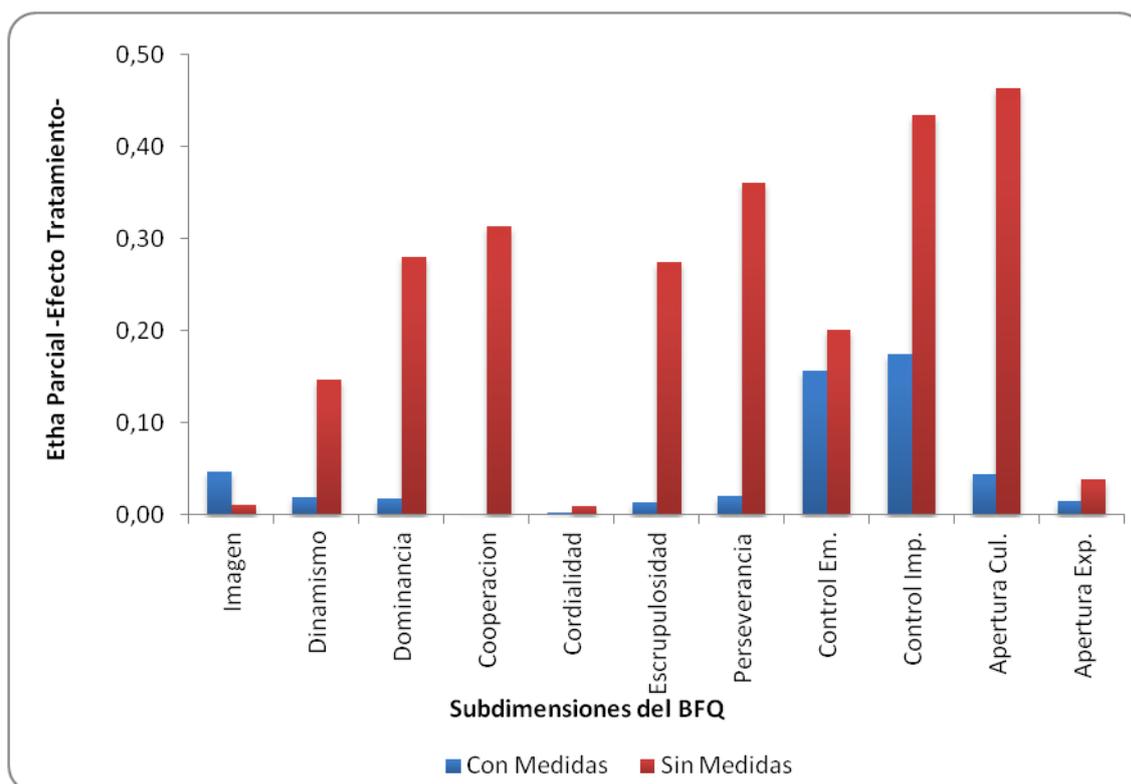
**Tabla 1: Resultados del análisis de regresión sobre el modelo de predicción de la intensidad del dolor a partir de las dimensiones de personalidad. Desglosado en función de que hubiera o no medidas alternativas. La parte superior corresponde a las 5 dimensiones generales del BFQ y la parte inferior a las subdimensiones del mismo.**

	Grupo con Medidas Alternativas				Grupo sin Medidas Alternativas			
	Coef.	Error	F	Etha Parcial	Coef.	Error	F	Etha Parcial
Intercept			<b>8,843*</b>	<b>0,206</b>			1,263	0,073
Energía	-0,280	0,201	1,931	0,054	0,356	0,258	1,898	0,106
Afabilidad	0,027	0,206	0,018	0,001	<b>0,675</b>	<b>0,277</b>	<b>5,930*</b>	<b>0,270</b>
Teson	-0,003	0,251	0,000	0,000	-0,046	0,258	0,032	0,002
Estabilidad E.	-0,113	0,199	0,324	0,009	-0,366	0,259	1,993	0,111
Apertura M.	0,158	0,215	0,539	0,016	-0,374	0,288	1,693	0,096
Intercept			<b>4,850*</b>	<b>0,148</b>			0,110	0,011
Imagen	-0,200	0,170	1,382	0,047	-0,059	0,176	0,112	0,011
Dinamismo	-0,156	0,207	0,566	0,020	0,362	0,276	1,721	0,147
Dominancia	-0,148	0,206	0,516	0,018	0,442	0,224	3,892	0,280
Cooperación	-0,046	0,206	0,049	0,002	0,664	0,311	4,563	0,313
Cordialidad	0,049	0,203	0,058	0,002	-0,075	0,249	0,089	0,009
Escrupulosidad	0,133	0,213	0,390	0,014	0,456	0,234	3,798	0,275
Perseverancia	0,195	0,253	0,596	0,021	<b>-0,829</b>	<b>0,349</b>	<b>5,653*</b>	<b>0,361</b>

Control Em.	-0,455	0,199	5,222*	0,157		0,695	0,437	2,528	0,202
Control Imp.	0,588	0,242	5,915*	0,174		-0,798	0,288	7,662*	0,434
Apertura Cul.	-0,247	0,218	1,292	0,044		-0,579	0,197	8,666*	0,464
Apertura Exp.	0,127	0,192	0,437	0,015		0,194	0,309	0,396	0,038

Con objeto de tener una idea más clara del modelo de regresión para la subdimensiones, se realizó también un análisis de los Coeficientes Etha Parciales, lo que nos informaría de la importancia relativa de cada una de las subdimensiones en el modelo de regresión. Esto se ha representado gráficamente en el gráfico 2. Tal y como se puede apreciar, este nuevo análisis confirma las conclusiones respecto al modelo de regresión para el grupo con medidas alternativas (se confirman las 3 subdimensiones del análisis precedente), toda vez que permite ampliar la cantidad de dimensiones con aportación al menos moderada, en el caso del modelo asociado al grupo sin medidas alternativa, donde prácticamente la mayoría de las subdimensiones fueron de magnitud al menos moderada (menos Imagen, Cordialidad y Apertura Exp.)

**Gráfico 2: Análisis de los coeficientes Etha parciales para comprobar la importancia relativa de cada una de las subdimensiones en el modelo de regresión.**



Después de mostrar los resultados correspondientes al objetivo principal del estudio se realizó un análisis correlacional entre la edad que aparecía en algunos estudios como variable predictora del dolor y las diferentes variables de dolor medidas mediante el CDE. De todas ellas la única variable de dolor que mostró una correlación estadísticamente significativa fue la intensidad total que por otra parte es la más completa ya que engloba a la Intensidad sensorial, afectiva y Evaluativa. Se encontró una relación inversa entre las dos variables, coeficiente de correlación de Pearson -

0.301 (p=0.018). Los resultados se encuentran en la Tabla 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes medidas del dolor y el antecedente de parto anterior recodificado en nuliparasi/no. Los resultados se muestran en la tabla 3.

**Tabla 2: Análisis correlacional entre las distintas variables de dolor y la edad**

		InSensorial	InAfectiva	InEvaluativa	InTOTAL	InActual	EscalaVisual	Edad
InSensorial	Correlación de Pearson	1	,688(**)	0,217	,892(**)	0,017	-0,007	-,310(*)
	Sig. (bilateral)		0	0,09	0	0,895	0,957	0,014
	N	62	62	62	62	62	62	62
InAfectiva	Correlación de Pearson	,688(**)	1	,393(**)	,938(**)	0,216	0,127	-,251(*)
	Sig. (bilateral)	0		0,002	0	0,092	0,326	0,049
	N	62	62	62	62	62	62	62
InEvaluativa	Correlación de Pearson	0,217	,393(**)	1	,411(**)	-0,153	-0,198	-0,098
	Sig. (bilateral)	0,09	0,002		0,001	0,234	0,124	0,448
	N	62	62	62	62	62	62	62
InTOTAL	Correlación de Pearson	,892(**)	,938(**)	,411(**)	1	0,121	0,054	-,301(*)
	Sig. (bilateral)	0	0	0,001		0,35	0,675	0,018
	N	62	62	62	62	62	62	62
InActual	Correlación de Pearson	0,017	0,216	-0,153	0,121	1	,697(**)	-0,212
	Sig. (bilateral)	0,895	0,092	0,234	0,35		0	0,099
	N	62	62	62	62	62	62	62
EscalaVisual	Correlación de Pearson	-0,007	0,127	-0,198	0,054	,697(**)	1	-0,11
	Sig. (bilateral)	0,957	0,326	0,124	0,675	0		0,396
	N	62	62	62	62	62	62	62
Edad	Correlación de Pearson	-,310(*)	-,251(*)	-0,098	-,301(*)	-0,212	-0,11	1
	Sig. (bilateral)	0,014	0,049	0,448	0,018	0,099	0,396	
	N	62	62	62	62	62	62	62

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 3: Relación entre las diferentes medidas del dolor y el antecedente de parto anterior recodificado en nulipara si/no.**

	nulipara	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	p
InSensorial	si	26	5,85	1,515	,297	0.54
	no	36	5,61	1,460	,243	
InAfectiva	si	26	4,85	1,592	,312	0.495
	no	36	4,53	1,934	,322	
InEvaluativa	si	26	,96	,196	,038	0.486
	no	36	,92	,280	,047	
InTOTAL	si	26	11,65	2,770	,543	0.457

InActual	no	36	11,06	3,329	,555	0.714
	si	26	3,62	1,267	,249	
EscalaVisual	no	36	3,50	1,183	,197	0.747
	si	26	7,38	2,021	,396	
	no	36	7,56	2,063	,344	

Respecto a la recodificación de la intensidad actual (leve/molesto, intenso, fuerte/intenso), tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.543$ ), cuyo resultados se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4: Tabla de contingencia primípara - InActual3.**

			InActual3			Total
			leve/molesto	intenso	fuerte/insoporable	leve/molesto
primipara	si	Recuento	6	3	17	26
		% de InActual3	42,9%	27,3%	45,9%	41,9%
	no	Recuento	8	8	20	36
		% de InActual3	57,1%	72,7%	54,1%	58,1%
Total		Recuento	14	11	37	62
		% de InActual3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El segundo objetivo específico corresponde al análisis descriptivo de las diferentes variables de dolor recogidas con el CDE. Resultados en la Tabla 5 y 6.

**Tabla 5: Análisis descriptivo de las variables de dolor recogidas con el CDE.**

		InSensorial	InAfectiva	InEvaluativa	InTOTAL	EscalaVisual
N	Válidos	62	62	62	62	62
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	5,71	4,66	,94	11,31	7,48
	Mediana	6,00	6,00	1,00	13,00	8,00
	Desv. típ.	1,475	1,792	,248	3,097	2,030
	Mínimo	0	1	0	2	2
	Máximo	7	6	1	14	10
Percentiles	25	5,00	3,00	1,00	9,75	6,75
	50	6,00	6,00	1,00	13,00	8,00
	75	7,00	6,00	1,00	14,00	9,00

**Tabla 6: Análisis descriptivo de la variable intensidad actual de dolor recogida con el CDE.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Leve	4	6,5	6,5	6,5
	Molesto	10	16,1	16,1	22,6
	Intenso	11	17,7	17,7	40,3
	Fuerte	22	35,5	35,5	75,8
	Insoportable	15	24,2	24,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo parecen indicar la existencia de una relación entre algunas de las dimensiones y subdimensiones de la personalidad con la intensidad total del dolor percibido en el parto dependiendo si la mujer utiliza durante la dilatación medidas alternativas de alivio del dolor. De las dimensiones generales de personalidad únicamente hizo una aportación significativa la variable *Afabilidad* en el grupo sin medidas alternativas de alivio del dolor. De las subdimensiones de personalidad, tanto el *Control Emocional* como el *Control de Impulsos* hicieron una aportación significativa al modelo en el Grupo con medidas alternativas de alivio del dolor ; y la *Perseverancia*, el *Control de Impulsos* y la *Apertura a la Cultura* la hicieron en el Grupo sin medidas alternativas de alivio del dolor. Otros estudios basados en el modelo de las cinco dimensiones, han encontrado resultados coincidentes en aspectos positivos asociados al manejo del dolor, por ejemplo, las puntuaciones elevadas en control emocional y psicoticismo proporcionan una percepción atenuada del dolor y mayores creencias de control del mismo <sup>(8)</sup>.

Si interpretamos el control emocional como bajo neuroticismo coinciden también otros autores que encuentran que el neuroticismo se correlaciona con estrategias de afrontamiento deficientes, menores umbrales y mayor tendencia a experimentar el dolor <sup>(9)</sup> otros estudios también manifiestan que situaciones tales como el estrés, la ansiedad, la depresión o el factor de personalidad neuroticismo pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor <sup>(10)</sup>.

Los resultados también parecen indicar la existencia de una relación lineal negativa entre la edad y la intensidad total de dolor al contrario que otros estudios que encontraron "que puntuaciones del nivel de dolor bajas mostraban correlación significativa con la edad ( $r = -0.087$ ,  $p < 0,01$ ) <sup>(11)</sup> por lo que dado que cada vez más se retrasa la edad para tener el primer hijo se deberá tener en cuenta al grupo minoritario de mujeres adolescentes que quedan embarazadas por si estas deben recibir dentro de la educación maternal un tratamiento más individualizado, aunque otros estudios concluyen que la asistencia a clases de preparación al parto no influyen en las puntuaciones de dolor <sup>(12)</sup>.

Cuando analizamos el uso de la epidural y el tipo de analgesia previa antes y después del periodo activo de parto no encontramos ningún resultado por lo que

parece que su uso depende más del protocolo de actuación que tenga el hospital que de factores personales.

Los resultados obtenidos en el análisis de la intensidad total del dolor, contrariamente a lo que pensamos la media fue más alta para las mujeres que usaron medidas alternativas de alivio del dolor, creemos que esto se debe a que la mayoría de las mujeres que no usan medidas alternativas de dolor tienen mayor predisposición a ponerse una epidural y quizás eso pueda influir a la hora de puntuar el cuestionario del dolor, también puede influir el miedo asociado al parto en este grupo de mujeres ya que algunos autores lo relacionan con un mayor dolor durante el proceso de parto<sup>(13)</sup>.

Las dificultades metodológicas que debemos señalar en este trabajo se centran en las características propias del dolor en el parto y en las mujeres de la muestra ya que un porcentaje mayoritario de ellas tienen valores muy altos del dolor, lo que no nos ha permitido hasta el momento distinguir dos grupos, alto y bajo ya que la mayoría tienen valores altos similares. Una muestra más amplia de mujeres podría solucionar esta dificultad conformando dos grupos más homogéneos diferenciados por puntuaciones altas y bajas de dolor.

## CONCLUSIONES

En la práctica diaria observamos que mujeres con una fuerte motivación que les hacía desplazarse cientos de kilómetros para tener un parto lo más natural posible acababan poniéndose la epidural, cuando una de las razones de venir a nuestro hospital es que pueden usar medidas alternativas a la epidural para el manejo del dolor (pelotas, duchas, caminar, monitorización intermitente, etc.) y sin embargo mujeres de nuestra área de influencia que en principio ni siquiera se han planteado lo de un parto de baja intervención muestran un buen manejo del dolor de parto con medidas alternativas a la epidural. Parece que ante los resultados de nuestro estudio y la escasez de trabajos que presenten investigaciones sobre personalidad y dolor durante el parto, se hace difícil sacar una conclusión clara que haga pensar en la personalidad como punto de partida para desarrollar estrategias terapéuticas o procesos de atención.

## BIBLIOGRAFIA

1. Villar J. Como investigar en algo tan subjetivo como el dolor. *Rev.Soc.Esp.Dolor*. 2006, 4:250-3.
2. Waldenstrom U., Bergman V., Vasell G. The complexity of labor pain: experiences of 278 women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996 Dec; 17(4): 215-28.
3. Chang M., Chen S., Chen C. Factors related to perceived labor pain in primiparas. *Kaohsiung J Med Sci*. 2002 Dec; 18(12): 604-9.
4. Lazaro C., Caseras X., Torrubia R., Banos J.E. Measurement of postoperative pain: analysis of the sensitivity of various self-evaluation instruments. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2003 May; 50(5): 230-6.
5. Caprara G.V., Barbaranelli C., Borgogni L., Perugini M. The Big Five Questionnaire: A new Questionnaire for the measurement of the five factor model. *Personality and Individual Differences*. 1993; 15: 281-288.
6. Bermudez J. Cuestionario "Big Five". *Adaptación al castellano del cuestionario BFQ de Caprara, Barbaranelli, y Borgogni*. 1993. Madrid: Tea Ediciones.

7. Ruiz-López R., Pagerols M., Ferrer I. El cuestionario del dolor en español. *Pain*. 1991; 5: 110S.
8. Carrillo, J., Collado, S., & Rojo, N. (2005). Personalidad y tolerancia al dolor. *Clinica y Salud*, 16 (3),223-236.
9. Ramírez, C., López, A. & Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*. 27(2), 147-165.
10. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep; 50(5): 275-85.
11. Olayemi O., Adeniji R.A., Udoh E.S., Akinyemi O.A., Aimakhu O.A., Aimakhu C.O., Shoretire K.A. Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital, Ibadan. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2005; 25(2):128-30.
12. Reading A.E., Cox D.N. Psychosocial predictors of labor pain. *Pain*. 1985 Jul; 22(3):309-15.
13. Saisto T., Kaaja R., Ylikorkala O., Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*. 2001 Aug; 93(2): 123-7.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia