

## Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal

Rebeca Armengol Asenjo<sup>1</sup>, Ander Chamarro Lusar<sup>1\*</sup> y María Teresa García-Dié Muñoz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte. Universidad Ramon Llull (España)

<sup>2</sup>Unidad de asesoramiento y apoyo a la familia. Fundación Blanquerna (España)

**Resumen:** Este estudio pretende adaptar y validar el cuestionario *PSQ* (Lederman, 1996). Se trata de un cuestionario destinado a evaluar aspectos psicosociales del embarazo, para poder estudiar y comprender mejor lo que ha sido llamado "gestación mental paralela", que podría permitir poder prevenir posibles conflictos y preparar a los futuros padres, no al parto sino fundamentalmente a la parentalidad.

La muestra estaba compuesta por 291 mujeres embarazadas con un rango de edad oscilante entre los 17 y los 42 años. Las mujeres acudían a clases de preparación al parto en varios centros de la ciudad de Barcelona: 101 en el Hospital de la Vall d'Hebron y el resto (190) en centros privados. Los resultados del análisis factorial confirman seis de las dimensiones propuestas, y el coeficiente  $\alpha$  una buena consistencia interna. Los resultados mostraron una mayor aceptación del embarazo en las primigestas. También se observó mayor preocupación por el bienestar propio y del bebé, una menor aceptación del embarazo en las mujeres que asisten a sesiones preparatorias para el parto en centros privados. Se discuten la aportación del instrumento a la promoción de los aspectos psicosociales implicados en la perinatalidad.

**Palabras clave:** Adolescencia; adaptación; emoción; tristeza; género.

**Title:** Psycho-social aspects in the gestation: the Questionnaire of Prenatal Evaluation.

**Abstract:** This study tries to adapt and to validate questionnaire *PSQ* (Lederman, 1996). The questionnaire is destined to evaluate psycho-social aspects of the pregnancy to be able to study and understand better what is the "parallel mental gestation", that could allow to be able to prevent possible conflicts and to prepare the future parents, not to the childbirth but fundamentally to be parents.

The sample was composed by 291 women embarrassed with a rank of oscillating age between the 17 and 42 years. The women went to classes of preparation to the childbirth in some centers of the city of Barcelona: 101 in the Hospital of the Vall d'Hebron and the rest (190) in private centers. The results of the factorial analysis confirm six of the propose dimensions, and the coefficient  $\alpha$  a better internal consistency. The results showed a greater acceptance of the pregnancy in the women that have his first child. Also greater preoccupation by the own well-being and of the baby was observed, also a smaller acceptance of the pregnancy in the women who attend preparatory sessions for the childbirth in private centers. They discuss the contribution of the instrument to the promotion of the implied psycho-social aspects in the pregnancy.

**Key words:** Gestation; pregnancy; instruments of measurement; natality; childbirth.

### Introducción

Desde el punto de vista psicológico, la gestación se considera un *tiempo crítico*. Supone un cambio de estado en el que la pareja se convertirá en familia, asumiendo una nueva identidad de madre y padre (Stern, Bruschiweiler-Stern y Freeland, 1999). Es el inicio de lo que podríamos entender como proceso de maternización (García-Dié y Palacín, 2001) que incluye gestación, parto y crianza considerados como un todo. Este proceso supone la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional, cualidades que le son generadas fundamentalmente por medio de las interacciones tempranas con el hijo.

Aunque en nuestra cultura se suele reconocer que el nacimiento de un hijo es una de las transiciones de la vida que más modifica las circunstancias de los padres y madres, la etapa de espera de ese hijo no se considera, en general, como la primera fase de un proceso que culmina con la llegada del bebé (Rodríguez, Pérez-López y Brito de la Nuez, 2004) y que de hecho se alarga toda la crianza. En este sentido, expertos como Brazelton y Cramer (1993) describen que el vínculo con el recién nacido se forma sobre relaciones previas. A lo largo del embarazo se van construyendo represen-

taciones y fantasías que los autores describen de esta manera:

para todos los que se convierten en padres, en el momento del nacimiento se juntan tres bebés: el hijo imaginario de sus sueños y fantasías, el feto invisible pero real, cuyos ritmos y personalidad particulares se han estado volviendo crecientemente evidentes desde hace varios meses, se fusionan con el recién nacido real que ahora pueden ver, oír y, finalmente, tomar entre sus brazos (Brazelton y Cramer, 1993; p. 23).

Generalmente, las mujeres embarazadas tienen sentimientos en los que se mezclan la ansiedad, la impulsividad y una feliz espera, y dentro de su entorno se encuentra a la futura madre tanto deprimida o aturdida como soñadora y esperanzada. Durante este período pueden tener deseos de visitar a su madre y en ocasiones hacerle preguntas sobre su propia infancia aunque puedan llegar a remover viejos conflictos con ella, observan y sienten que vuelven a necesitarla. El apego hacia la figura materna es crucial en el desarrollo de los modelos mentales del *self* (Siddiqui, Hägglof y Eisemann, 2000) y la gestación es el momento donde una mujer aprende más sobre sí misma (Brazelton, 1983).

Algunos estudios han demostrado que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes, así nos lo corrobora un estudio de Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997) en el que se observó la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas; por una parte la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de miedos relacionados con el embarazo.

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Ander Chamarro Lusar. Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte. Universidad Ramon Llull. C./Cister 34. 08022 Barcelona (España).  
E-mail: [andrescl@blanquerna.url.es](mailto:andrescl@blanquerna.url.es)

Si bien en los últimos años diversas investigaciones han intentado estudiar los procesos y conflictos que las mujeres experimentan en relación a su embarazo, Dick Read (1944) ya describió el círculo miedo-tensión-dolor como alterador del curso del parto. En este sentido, se ha comprobado como los conflictos experimentados predicen la ansiedad materna y los aspectos psicofisiológicos (niveles de plasma, catecolaminas y cortisolos) del parto e influyen en la prolongación del mismo (Lederman, 1996). Asimismo, los estudios de Larsen, O'Hara, Brewer y Wenzel (2001) nos indican que en función de los constructos psicológicos propios de cada mujer, se dan grandes diferencias individuales en los informes sobre el dolor en el parto. Estos constructos incorporan conceptos de control, confianza o preparación para explicar estas variaciones individuales.

Lederman (1996) a través de entrevistas con embarazadas se dio cuenta que todas experimentaban algún conflicto en relación a su embarazo y que sus patrones de respuesta eran adaptativos o no adaptativos. Los patrones de respuesta adaptativos se observaron que eran progresivos en la manera en que las embarazadas avanzaban hacia una orientación para el rol maternal. Cuando las respuestas no eran adaptativas, las mujeres elaboraban su ambivalencia acerca del embarazo y la maternidad y tenía lugar un pequeño estancamiento en su clarificación de rol.

Igualmente otros autores han basado sus estudios en la búsqueda de mejoras para el proceso del parto. La importancia de la preparación psicológica para este momento nos la define Brazelton (2001; p.6) señalando que se debe llevar a cabo en la última etapa o hacia el tercer trimestre del embarazo:

La ansiedad, sumada a los esfuerzos por reconciliar los bebés de sus sueños, produce en ellos una especie de reacción de alarma. Una reacción de alarma que llena el sistema de energía: fluye la adrenalina, sube la presión sanguínea y el oxígeno circula para preparar el cerebro. Toda esa agitación interior sacude viejos hábitos y vuelve a los padres receptivos a la tarea de reestructurar sus vidas.

Esta estructuración, de no llevarse a cabo supone dificultades para elaborar adecuadamente una serie de mecanismos que sintetizan toda la trama que supone el deseo del hijo, dificultades que a su vez pueden afectar a las futuras relaciones padres-hijo. Descritos por Brazelton (Brazelton y Cramer, 1993) y que agrupados en tres mecanismos principales serían: la identificación, la satisfacción de necesidades narcisistas y la reparación.

A partir de las investigaciones realizadas en este campo podemos ver la necesidad que existe en contar con un instrumento que nos permita valorar cómo tiene lugar el desarrollo del rol maternal, las dimensiones que lo conforman, que adquieren suma importancia a lo largo de la gestación, y las respuestas adaptativas que se ofrecen a cada una de estas dimensiones.

Según nuestro conocimiento, no existen muchos instrumentos para valorar la adaptación al embarazo y a la futura maternidad. El objetivo de la presente investigación es, partiendo del *Prenatal Self-Evaluation Questionnaire-PSQ* de Le-

derman (1996), adaptar y validar un cuestionario destinado a evaluar estos aspectos psicosociales del embarazo en una muestra española. Éste instrumento sería útil para poder estudiar y comprender mejor lo que ha sido llamado "gestación mental paralela", al tiempo que posibilitaría prevenir posibles conflictos y preparar a los futuros padres no al parto sino fundamentalmente a la parentalidad.

## Método

### Sujetos

La muestra estaba compuesta por 291 embarazadas con un rango de edad oscilante entre los 17 y los 42 años. Las mujeres acudían a clases de preparación al parto en varios centros de la ciudad de Barcelona: 101 en el Hospital de la Vall d'Hebron y el resto (190) en centros privados. De las mujeres embarazadas que formaron parte de la muestra, 89 (38.5%) eran primíparas y 199 (68.5%) tenían hijos previos.

### Instrumento

Regina Lederman (1984, 1996) a través de las entrevistas con embarazadas y las valoraciones de éstas, creó el PSQ (*Prenatal Self-Evaluation Questionnaire*). El PSQ evalúa siete dimensiones psicosociales: a) *Aceptación del embarazo*, caracterizada por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales encontramos la planificación consciente y la espera del embarazo, un estado de ánimo de felicidad, la tolerancia al malestar, la aceptación de los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esta etapa. Un ítem característico de la dimensión podría ser: "Me alegro de estar embarazada"; b) *Identificación con el rol materno*, caracterizada por la motivación para la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno. Por lo tanto, dentro de esta dimensión se incluye la aceptación, protección y alimentación del niño/a). Un ítem representativo de la dimensión podría ser: "pienso en la clase de madre que me gustaría ser"; c) *Calidad de la relación con la madre*, que incluye la disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del nieto, el reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de relación y crianza del bebé. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: "mi madre está ilusionada con el bebé que espero"; d) *Calidad de la relación con la pareja*, que incluye el interés del marido por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: "mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada"; e) *Preparación al parto*, caracterizada por las conductas preparatorias (*practical steps*), como asistir a clases prenatales, leer libros, etc, o por los ensayos imaginarios o

fantaseados referentes al parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto”; f) *Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto*, caracterizado por la pérdida de control sobre el cuerpo y sobre las emociones, la confianza en el personal médico y sanitario así como la actitud hacia el uso de la medicación durante el parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “creo que tendré la habilidad de poner en práctica los consejos que me han dado”; y g) *Preocupación por el bienestar propio y del bebé*: que incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “tengo miedo de perder el bebé durante el parto”.

El cuestionario original estaba compuesto por 79 ítems y así fue traducido al castellano para una investigación (García-Diéguez, 1999). Dado que en la versión original algunas escalas contenían 10 ítems y otras 14 o 15, en una segunda versión castellana se igualó la cantidad de ítems para cada escala, quedando el número de ítems de cada dimensión en 12 (84 ítems en total) con la finalidad de obtener una mejor consistencia interna. Todos los ítems del cuestionario se valoraban en una escala Lickert de cuatro puntos (1-4), oscilante entre los adjetivos mucho-nunca (ver Anexo).

### Procedimiento

Los cuestionarios fueron administrados por las comarconas de cada centro. Previamente, se informó del objetivo, de las características del cuestionario y de las condiciones de administración. Los responsables de cada centro dieron su consentimiento a la realización del estudio.

Todas las mujeres participantes lo hicieron de forma anónima y voluntaria tras ser informadas del proyecto que se iba a llevar a cabo.

### Análisis de datos

Los análisis estadísticos fueron efectuados mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 en español. Los análisis se realizaron a partir de los datos brutos de las respuestas al cuestionario de 84 ítems. Éstos fueron sometidos inicialmente a un análisis de ítems para descartar los ítems que presentan baja homogeneidad. Posteriormente, para comprobar el ajuste de los ítems restantes a las dimensiones propuestas por Lederman, se llevó a cabo un análisis de componentes principales con rotación Oblimin, ya que se considera que las siete dimensiones están relacionadas entre sí. Los ítems que saturan en más de un componente o que muestran una saturación inferior a .35 con el factor son desechados. Asimismo se calcularon los coeficientes alfa de los ítems resultantes en cada factor y del total de la escala.

### Resultados

La puntuación media para la escala resultante (42 ítems) es de 126.48 (d.t. = 13.67), el rango de puntuaciones oscila entre valores de 78 y 153.

En la Tabla 1 se pueden observar los estadísticos descriptivos de la muestra en función de si las embarazadas son primigestas o multigestas. Los resultados del ANOVA muestran la existencia de diferencias significativas en la aceptación del embarazo ( $F=11.52$ ;  $p=.001$ ), mostrando las primigestas una mayor aceptación. No se obtuvieron diferencias significativas para el resto de las dimensiones ni en el total de la escala.

**Tabla 1:** ANOVA de las dimensiones en función de si son primigestas o multigestas.

		N	Media	DT	F	p
Total	Primigestas	89	132.07	14.87	1.08	.30
	Multigestas	198	134.02	14.57		
Aceptación del embarazo	Primigestas	89	16.66	3.08	11.52	.001*
	Multigestas	201	17.77	2.31		
Identificación con el rol materno	Primigestas	89	15.08	2.10	0.038	.84
	Multigestas	193	15.04	1.68		
Calidad de la relación con la madre	Primigestas	89	29.32	6.45	0.645	.42
	Multigestas	199	28.57	7.71		
Calidad de la relación con la pareja	Primigestas	89	26.88	4.09	0.71	.40
	Multigestas	200	27.32	4.04		
Preparación al parto	Primigestas	89	21.23	4.72	0.53	.46
	Multigestas	201	21.62	3.83		
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	Primigestas	89	22.86	6.71	1.23	.27
	Multigestas	201	23.72	5.79		

\*  $p < .05$

En la Tabla 2, se pueden observar los estadísticos descriptivos de la muestra en función de si las embarazadas acuden a sesiones de preparación al parto en centros públicos o privados. Los resultados del ANOVA muestran dife-

rencias significativas en las dimensiones aceptación del embarazo ( $F=4.85$ ;  $p=.02$ ) y preocupación por el bienestar propio y del bebé ( $F=8.03$ ;  $p=.005$ ). Los resultados indican que las madres que asisten a sesiones preparatorias para el

parto en centros privados, muestran una mayor preocupación por el bienestar propio y el del bebé, una menor aceptación del embarazo y una mejor preparación general al parto y la maternidad.

**Tabla 2:** Análisis de los estadísticos descriptivos y resultados del análisis de varianza (ANOVA) de la muestra según si acuden a las clases de preparación al parto en un centro público o privado.

		N	Media	DT	F	p
Total	Privados	187	134.51	12.948	3.00	.08
	Públicos	100	131.37	17.335		
Aceptación del embarazo	Privados	190	17.67	2.28	4.85	.02*
	Públicos	100	16.97	3.12		
Identificación con el rol materno	Privados	190	15.05	1.68	0.00	.99
	Públicos	100	15.06	2.05		
Calidad de la relación con la madre	Privados	188	28.81	6.79	0.001	.98
	Públicos	100	28.79	8.31		
Calidad de la relación con la pareja	Privados	189	27.22	3.70	0.46	.83
	Públicos	100	27.12	4.67		
Preparación al parto	Privados	190	21.58	3.69	0.21	.64
	Públicos	100	21.35	4.86		
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	Privados	190	24.18	5.62	8.03	.005*
	Públicos	100	22.08	6.70		

\*  $p < .05$

Los resultados del análisis de componentes principales se pueden ver en la tabla 3. Previamente al cálculo del análisis de componentes principales, se calculó el índice Kaiser-Mayer-Orlin (KMO) (Norusis, 1990). El resultado (KMO=0.774;  $p < 0.001$ ) indica que los datos pueden ser sometidos a análisis factorial.

Los resultados muestran la existencia de seis factores que explican el 38.97% de la varianza. El primer factor, aceptación del embarazo, saturó los ítems 1, 3, 60, 63 y 64. El se-

gundo factor, rol maternal, saturó los ítems 77, 79, 82 y 84. El tercer factor, relación con la madre, saturó los ítems 14, 20, 21, 28, 31, 46, 57, 61 y 67. El cuarto factor, relación con la pareja, saturó los ítems 4, 10, 23, 29, 38, 41, 56 y 74. El quinto factor, preparación al parto, saturó los ítems 12, 24, 25, 49, 50, 55 y 58. En el último factor, preocupación por el bienestar propio y del bebé, se saturaron los ítems 16, 17, 30, 33, 42, 53, 59, 65 y 72.

**Tabla 3:** Resultado del análisis de componentes principales con rotación Oblimin.

	Componente					
	A	MI	RM	RP	PP	PB
1.Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada	0.547					
3.Puedo tolerar las molestias del embarazo	0.533					
60.Me cuesta aceptar este embarazo	0.566					
63.Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil	0.648					
64.Ojalá no estuviera embarazada	0.600					
77.Ya siento afecto por el bebé		0.703				
79.Creo que puedo ser una buena madre		0.671				
82.Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé		0.814				
84.Estoy feliz con este embarazo		0.741				
14.Mi madre está ilusionada con el bebé que espero			0.786			
20.Mi madre está contenta con mi embarazo			0.907			
21.Mi madre me da buenos consejos			0.845			
28.No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas			0.606			
31.Mi madre ya espera a su nieto			0.877			
46.Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo			0.743			
57.Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma			0.806			
61.Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera			0.671			
67.Mi madre critica mis decisiones			0.778			
4.Mi marido y yo hablamos del bebé que espero				0.703		
10.Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada				0.688		
23.A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo				0.746		
29.Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				0.668		
38.Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito				0.543		
41.Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto				0.428		
56.En el momento de tomar decisiones, mi marido siempre nos ponemos				0.625		

de acuerdo		
74. Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido	0.416	
12. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad	0.478	
24. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto	0.767	
25. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones	0.734	
49. Estoy preparada para el parto	0.674	
50. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto	0.743	
55. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto	0.504	
58. Me siento bien informada sobre el parto	0.805	
16. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías		0.559
17. Pienso en lo peor cuando me duele algo		0.554
30. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener		0.699
33. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé		0.701
42. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto		0.657
53. Me angustian las posibles complicaciones del parto		0.744
59. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto		0.776
65. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto		0.707
72. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto		0.743

*Componente:* A: Aceptación del embarazo; RP: Relación con la pareja; MI: Rol maternal; PP: Preparación al parto; RM: Relación con la madre; PB: Preocupación por el bienestar propio y del bebé.

Los coeficientes *alfa* para las diferentes dimensiones se pueden observar en la Tabla 4, los valores obtenidos indican una aceptable consistencia interna de los ítems del cuestionario,

excepto para la dimensión aceptación del embarazo. El valor del coeficiente *alfa* de Crombach para el conjunto de la escala indica la aceptable consistencia de la escala.

**Tabla 4:** Coeficientes alfa de las dimensiones halladas.

	Aceptación del embarazo	Rol maternal	Relación con la madre	Relación con la pareja	Preparación al parto	Preocupación por el bienestar propio y del bebé	Total
<i>Alfa</i> de Cronbach	0.561	0.843	0.912	0.763	0.794	0.854	0.856

El valor del coeficiente *Thettha* ( $\theta=0.93$ ) también nos indica la aceptable unidimensionalidad del constructo evaluado mediante este cuestionario (Muñiz, 1992; Carmines y Zeller, 1979).

## Discusión

Los resultados del estudio de Condon y Corkindale (1997) pusieron de manifiesto que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican por tanto que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal. Vemos, por tanto, la gran importancia que puede tener desarrollar programas de preparación al parto que puedan hacer disminuir la ansiedad en la mujer embarazada (Jiménez, Merino y Sánchez, 1993), además de mejorar el apoyo social y la autoestima que parecen relacionarse positivamente con el estado emocional de la mujer durante el embarazo.

Rauenhorst (2001) señala la importancia del soporte social, particularmente la relación de la mujer con su marido o

pareja en el establecimiento del apego prenatal. Los ultrasonidos, el conocimiento del sexo del niño y el nombramiento del niño fueron identificados como elementos clave para el desarrollo del apego prenatal. Laxton- Kane y Slade (2002) consideraron como factores influyentes en el apego prenatal la edad gestacional y la percepción de los movimientos fetales.

En este previsible contexto, disponer de un instrumento que permita valorar algunas de las variables psicosociales que afectan a la futura madre puede ser recomendable. Nosotros hemos tratado de dar el primer paso al adaptar y validar este cuestionario. En este sentido, nuestros resultados indican que esta primera versión tiene unas cualidades psicométricas aceptables, la consistencia interna del cuestionario es aceptable y muestra indicios de poseer validez predictiva.

Además, los resultados parecen mostrar la unidimensionalidad de constructo, resultado que, a primera vista, podría parecer contradictorio, dado que el propósito del estudio era validar un instrumento con siete dimensiones. Nuestra valoración es que las dimensiones propuestas por Lederman son microdimensiones que forman parte de un constructo que las engloba. En este sentido es destacable que Delassus

(2002) haya recurrido al término “*Maternología*”<sup>2</sup> para señalar la necesidad de un estudio paralelo a la obstetricia que se dedique a la comprensión de todo aquello que engloba la maternidad psíquica. Seríamos por lo tanto partidarios de afirmar que se trata de un proceso de gran complejidad, el cual, a la hora de ser evaluado requiere de múltiples constructos, pero que pueden introducirse en un macroconstructo que permita englobar las interrelaciones que pueden sentirse y vivirse en la gestación pero que no pueden ser explicitadas más que en su totalidad.

Recordemos que estamos delante de un tiempo, la gestación, entendido por muchos autores (Bydlowski, 2000; Gauthier, 1998; Raphael-Leff, 1995) como de gran complejidad psíquica, en el que se interrelacionan las fantasías, los recuerdos y las ilusiones.

En todo caso, nuestro estudio y el instrumento resultante, muestran algunas deficiencias que conviene destacar. Por ejemplo, la subescala de aceptación del embarazo muestra una consistencia interna menor de lo deseable, aspecto que contribuye a que la consistencia interna del cuestionario sea menor a la de la versión original e incluso a la de nuestros estudios previos (García-Die, 1999). Esto puede ser debido al bajo número de ítems la subescala en nuestra versión, dato que sugiere la necesidad de refinar los ítems que se utilizan para evaluar esta dimensión. De hecho, de la docena de ítems propuestos por Lederman (1984, 1996) para la subescala, sólo cinco han demostrado aceptables cualidades psicométricas. Algo parecido sucede con los ítems de la subescala de identificación con el rol materno, de la cual únicamente cuatro ítems mostraron adecuada fiabilidad y validez. Estos datos, a nuestro juicio indican la necesidad de identificar con mayor detalle las creencias y emociones asociadas a la aceptación del embarazo y de identificación con el rol maternal, que no acaban de estar bien definidas o son mal identificadas por parte de las propias embarazadas. Un ejemplo, es el ítem “estoy feliz con este embarazo” que satura el factor identificación con el rol materno en vez de de aceptación del embarazo, con el que teóricamente debería tener mayor relación. Menos dificultades encontramos en las subescalas de relación con la madre, relación de pareja y de ocupación por el bienestar propio y del bebé, que saturan un

mayor número de ítems de la escala original. Únicamente dos ítems de la escala de relación con la pareja son nuevos (ítems 15 y 27, ver Anexo). La subescala de miedo al dolor y/o pérdida de control durante el parto no ha sido validada, por lo que estudios posteriores habrán de demostrar si ésta tiene entidad propia o no.

A pesar de ello, si el cuestionario se utiliza de forma unitaria y no se hace un análisis por subescalas, esta versión tiene las propiedades psicométricas básicas: una adecuada fiabilidad e indicios de validez. Además, nuestro estudio ha permitido verificar empíricamente seis de las siete dimensiones propuestas por Lederman. En todo caso, a pesar de la relevancia de estos resultados se necesitan más estudios que permitan verificar la existencia de las siete dimensiones propuestas inicialmente.

Otro aspecto destacable es la mejora introducida con la validación de este instrumento, un autoinforme más breve que facilita su aplicación en situaciones sensibles como lo pueden ser las unidades de obstetricia o simplemente el estado de extrema sensibilidad de las futuras madres.

Obviamente, las características psicosociales seleccionadas no son las únicas relevantes para la gestación. Creemos que continúa siendo necesario profundizar en los aspectos psicológicos y sociales de la gestación, pero ahora disponemos de un instrumento para evaluar el estado prenatal de las embarazadas y guiar acciones para la preparación psicoeducativa al parto y la maternidad.

No sólo creemos necesarios posteriores estudios sino que se trata todavía de una temática que empieza en el ámbito de la investigación pero que es muy difícil de introducir en la clínica debido al sistema de Seguridad Social de nuestro país. Lo que se encuentra en la actualidad en la literatura científica más novedosa son trabajos realizados en Francia y Suiza, fundamentalmente desde la óptica psicoanalítica, como los de Mazet y Lebovici (1998). Echamos en falta estudios publicados desde la integración teórica. Continuamente se critica el ambiente *medicalizado* del embarazo, pero la figura del psicólogo, ni siquiera a través de la formación PIR, creemos que tiene cabida en el equipo obstétrico, cosa que poco a poco va siendo relativamente común en Francia.

<sup>2</sup> Término que no puede entenderse sólo como neologismo ya que ha entrado en *Le Grand Robert de la langue française*, Paris, nov. 2001 (segunda edición).

<sup>3</sup> Missonier publicó en 2003 *La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité*. Ramonville Saint-Agne : Érès.

## Referencias

- Bernazzani, O., Saucier, J.F., David, H. y Borgeat, F. (1997): Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (4),391-402
- Brazelton, T.B. (2001). *Momentos clave en la vida de tu hijo*. Barcelona: Plaza & Janés
- Brazelton, T.B. (1983). *La naissance d'une famille. Ou comment se tissent les liens*. Paris: Stock/Laurence Pernoud.
- Brazelton, T.B. y Cramer, B.G. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob
- Carmines, E.G. y Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment*. London: Sage
- Condon, J.T. y Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372
- Delassus, J.M. (2002). *Le sens de la maternité. Cycle du don et genèse du lien*. Paris : Dunod
- Dick Read, G. (1944). *Childbirth without fear*. Nueva York: Harper
- García-Dié, M.T. (1999). *Estudio longitudinal de las representaciones en el proceso de la maternidad*. Tesis doctoral no publicada. Universitat Ramon Llull.
- García-Dié, M.T. y Palacín, C. (2001). Intervención prenatal. En C. Pérez Testor (comp.), *La familia: nuevas aportaciones* (p.135-149). Barcelona: Edebé
- Gauthier, Y. (1998). Du projet d'enfant aux premières semaines de vie. En P. Mazet y S. Lebovici. (dirs.), *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie* (pp.39-60). Paris : P.U.F.
- Jiménez, F., Merino, V. y Sánchez, G. (1993). La ansiedad en la mujer embarazada. *Psiquis*, 14, 45-55
- Larsen, K.E., O'Hara, M.W., Brewer, K.K. y Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (3), 203-214
- Laxton-kane, M. y Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20 (4), 253-266
- Lederman, R.P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development. Second Edition*. New York: Springer Publishing Company (1ª Edición en 1984, en Prentice Hall).
- Mazet, P. y Lebovici, S. (dirs.) (1998). *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie*. Paris: P.U.F.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Norusis, M.J. (1990). *SPSS Base System User's Guide*. Chicago, Illinois: SPSS
- Raphael-Leff, J. (1995). *Pregnancy. The Inside Story*. Northvale, N.J.: Jason Aronson
- Rauenhorst, J.M. (2001). Factors influencing mother-infant attachment during pregnancy: A qualitative investigation. *Dissertation Abstracts International -Section B- The Sciences and Engineering*, 62 (6B), 2993
- Rodríguez, A.R., Pérez-López, J. y Brito de la Nuez, A.G. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. *Anales de Psicología*, 20 (1), 95-102
- Siddiqui, A., Hägglöf, B. y Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1), 67-74
- Stern, D., Bruschweiler-Stern, N. y Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. Barcelona: Paidós.

(Artículo recibido: 26-7-2005; aceptado: 3-4-2007)

## Anexo

### CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptación del PSQ)

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas. Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale con una cruz la casilla correspondiente teniendo en cuenta que:

**A = Mucho**      **B = Con frecuencia**      **C = A veces**      **D = Nunca**

COD.	DIMENSIÓN	AFIRMACIÓN	PUNTUACIÓN			
			A	B	C	D
	AE	1. Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada				
	AE	2. Puedo tolerar las molestias del embarazo				
	RP	3. Mi marido y yo hablamos del bebé que espero				
	RP	4. Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada				
	PA	5. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
	RM	6. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero				
R	PB	7. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías				
R	PB	8. Pienso en lo peor cuando me duele algo				
	RM	9. Mi madre está contenta con mi embarazo				
	RM	10. Mi madre me da buenos consejos				
	RP	11. A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo				
	PA	12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
	PA	13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones				

	RM	14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
	RP	15. Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
R	PB	16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
	RM	17. Mi madre ya espera a su nieto				
R	PB	18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
	RP	19. Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito				
	RP	20. Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto				
R	PB	21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				
R	RM	22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo				
	PA	23. Estoy preparada para el parto				
	PA	24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto				
R	PB	25. Me angustian las posibles complicaciones del parto				
	PA	26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto				
	RP	27. En el momento de tomar decisiones, mi marido siempre nos ponemos de acuerdo				
	RM	28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
	PA	29. Me siento bien informada sobre el parto				
R	PB	30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
R	AE	31. Me cuesta aceptar este embarazo				
	RM	32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
	AE	33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
R	AE	34. Ojalá no estuviera embarazada				
R	PB	35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto				
R	RM	36. Mi madre critica mis decisiones				
R	PB	37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto				
	RP	38. Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido				
	MI	39. Ya siento afecto por el bebé				
	MI	40. Creo que puedo ser una buena madre				
	MI	41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé				
	MI	42. Estoy feliz con este embarazo				

R= Invertir la puntuación del ítem para la corrección.