



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Entrenamiento de
pesquisa universitaria



Trastornos de adaptación en el postparto derivados del parto: estudio descriptivo exploratorio

Glauce Cristine Ferreira Soares¹, Daniela de Almeida Andretto¹, Carmem Simone Grilo Diniz¹, Nádia Zanon Narchi¹

¹Universidade de São Paulo

RESUMEN

Introducción: La experiencia del parto puede ocasionar el apareamiento de trastornos de adaptación (TA), perjudicando la salud materna y neonatal. **Objetivo:** Verificar la presencia de señales de TA en puérperas y la posible relación con la experiencia del parto. **Método:** Estudio descriptivo exploratorio. Los datos fueron recolectados en dos momentos: en el postparto inmediato y entre los 90 a 180 días después del parto, con aplicación de la Escala de Impacto de Eventos (IES). La población fue constituida por 98 puérperas de un hospital de São Paulo. **Resultados:** De las 98 mujeres, 9,2% relataron señales de TA, correlacionándolas a la experiencia del parto, siendo más frecuente en las que realizaron cesárea y en aquellas que no tuvieron acompañante. **Conclusión:** El uso de la IES posibilitó verificar la presencia de señales de TA, su asociación con el tipo de parto y con la presencia de acompañante.

Palabras-claves: Trastornos de Adaptación; Violencia contra la Mujer; Período de Postparto

INTRODUCCIÓN

El postparto es un período de la vida da mujer que debe ser analizado con especial atención, pues envuelve numerosas alteraciones físicas, hormonales, psíquicas y de inserción social, que pueden reflejarse directamente sobre su salud mental⁽¹⁾.

Algunos autores ^(2,3) señalan que el estado emocional y psicológico de la mujer en ese período es fundamental para la relación saludable del binomio madre-hijo, para la salud materna y la de su familia. Sobre esto, Byrom et al⁽²⁾ resaltan que problemas psicológicos puerperales pueden ser tan comunes como los físicos, asociándolos a problemas de salud mental anteriores, bajos niveles de soporte postnatal y a la experiencia de parto traumática.

Durante el proceso de parto y nacimiento las mujeres están más vulnerables y se vuelven más susceptibles a la violencia que, según Wolff y Waldow⁽⁴⁾, es "consentida", o sea, aceptada. Para las autoras, las mujeres no se manifiestan por miedo u opresión, o por aun estar vivenciando algo totalmente nuevo y desconocido. Finalizado el proceso de parto, normalmente intentan olvidarse de los maltratos en función de las nuevas demandas y tareas solicitadas por el bebé, así como por la satisfacción del nacimiento. Sin embargo, algunas mujeres sufrirán repercusiones psicosociales derivadas de la asistencia obstétrica recibida, muchas de las cuales, vinculadas a sentimientos y trastornos del período postparto.

Se han descritos hoy en la literatura ^(1,3,5,6) tres tipos principales de trastornos psíquicos en el período postparto: el denominado "Baby Blues" o "Maternity Blues"; la depresión postparto y; la psicosis puerperal, considerada una emergencia psiquiátrica que requiere tratamiento intensivo.

Todas estas perturbaciones tienen como foco principal el componente individual, sea por deficiencia de soporte social o por problemas anteriores de salud mental de la mujer. Su determinación lleva poco en cuenta la forma que el sistema de salud, en especial la asistencia obstétrica, está organizado y como la vivencia negativa del parto puede traer perjuicios en el período postparto.

Por este motivo, algunos autores^(1-3,6,7) también describen problemas asociados a eventos estresantes, y, de acuerdo con Neves⁽⁷⁾, ellos frecuentemente son clasificados como transitorios y, por eso, reciben la denominación de Trastornos de Adaptación (TA). Estos comúnmente se manifiestan entre los 90 a 180 días después del evento estresor y son caracterizados, esencialmente, por el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales importantes, como respuesta a uno o más estresores psicosociales identificables, lo que lleva al sufrimiento y al perjuicio significativo en el funcionamiento social del individuo y puede durar por meses.

En el caso de aparecer tras el parto, los TA pueden llevar a síntomas de depresión y de ansiedad⁽⁷⁾, trayendo perjuicios a la salud materna y neonatal e inclusive, interferir en los cuidados dados al bebé, en el amamantamiento, en el establecimiento del vínculo y el desarrollo del recién-nacido. En algunos casos, estos trastornos pueden evolucionar para disturbios comportamentales más complejos^(1-3,6).

Aun sobre los factores que influyen en la experiencia del parto, Byrom et al⁽²⁾ describen algunos procedimientos obstétricos invasivos, tales como la cesárea de emergencia, la inducción del parto y el nacimiento vaginal instrumental, comúnmente percibidos como trauma por las mujeres y asociados a trastorno de estrés post-traumático. Sobre este tema, Figueiredo et al⁽⁸⁾ relatan que la presencia y el acompañamiento de una persona significativa durante el parto, el tipo de parto y el dolor vivenciado interfieren en la manera como la mujer interpreta esta experiencia.

Sabidamente el postparto es un período de atención deficitaria por parte de los sistemas de salud, especialmente en lo referente a la salud psicosocial de las mujeres. Cuando surgen problemas de adaptación, normalmente, las puérperas o familiares buscan ayuda junto a profesionales médicos o enfermeros, ni siempre preparados para reconocer las señales de los trastornos mentales y emocionales propios del período^(1,2).

En este contexto, es papel del profesional de salud estar atento a la salud mental y emocional de la mujer en el postparto. El abordaje debe ser hecho buscando mantener el soporte emocional, la comprensión y el auxilio en los cuidados con el bebé⁽¹⁾, siendo importante que la mujer reciba todas las informaciones acerca de lo que le está

ocurriendo y pueda ser encaminada para una atención especializada, caso haya persistencia por más de dos semanas de los síntomas, lo que podrá evitar el surgimiento de depresión postparto o hasta de la psicosis puerperal⁽⁶⁾.

Dada la importancia de las repercusiones del parto sobre la salud de la mujer, surgió la idea de este estudio, que se justifica por la importancia del diagnóstico precoz y consecuente intervención de soporte y hasta del encaminamiento de aquellas puérperas que por casualidad relaten algún tipo de trastorno emocional o de señales de TA. Además de eso, el estudio podrá dar indicios de como las prácticas obstétricas en el parto, muchas veces violentas e impositivas, se relacionan con la aparición de dichas perturbaciones.

Llevando en cuenta esas consideraciones, esta investigación tuvo por objetivo verificar la presencia de las señales de TA en mujeres que se encuentran en el período de postparto y la posible relación con la experiencia del parto.

MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cuantitativo. Los sujetos de la investigación fueron 98 mujeres que se encontraban en el Alojamiento Conjunto, en los sectores público y privado, de un hospital de la zona este de São Paulo. Los criterios de inclusión fueron tener más de 18 años y aceptar participar del estudio, firmando en dos vías el Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLE). Los criterios de exclusión fueron: asistencia al parto en otro local (domicilio, transferencia de otros hospitales) y pérdida neonatal.

La recopilación de los datos ocurrió durante los meses de mayo y de junio de 2010 y fue realizada en dos etapas. En la primera, fue realizado un contacto directo con las puérperas ingresadas en el alojamiento conjunto de la institución, la cual aprobó formalmente la realización de la investigación. En este contacto fueron colectados datos de identificación y caracterización de las mujeres, utilizándose para eso un formulario, y fue establecido un vínculo para sensibilizarlas, para que participaran en la segunda

etapa, ocurrida después de 90 a 180 días del parto. En este segundo abordaje, las mujeres fueron contactadas por teléfono para que respondieran los ítems de la Escala de Impacto de Eventos - IMPACT OF EVENT SCALE (IES), citándose como factor estresor el evento parto.

La IES, ya traducida y validada en Brasil⁽⁹⁾, es compuesta de 15 ítems que miden, de acuerdo con atributos de frecuencia, la presencia de síntomas intrusivos y de esquiva tras la ocurrencia de situaciones traumáticas, en el caso de este estudio, situaciones ocurridas o vivenciadas durante el parto. En esa escala, del tipo Likert, las mujeres relataron como estaban sintiéndose en cada una de las cuestiones formuladas, conforme cuatro atributos de frecuencia: *nunca*, *raramente*, *a veces* y *siempre*.

Según Horowitz⁽¹⁰⁾, autor que creó la IES, las cuestiones 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 y 15 son relativas al comportamiento de esquiva, mientras que las restantes son indicativas de señales de intrusión. De acuerdo con Zambaldi et al⁽¹¹⁾ la esquiva consiste en el alejamiento de situaciones, personas, lugares y pensamientos que hagan al sujeto recordar el evento estresor; las señales de intrusión se caracterizan por recuerdos afligidos del evento, como imágenes, ideas, sueños o emociones.

Sobre la IES, se hace importante añadir que existe la referencia de Horowitz⁽¹⁰⁾ y de trabajos recientes^(12,13) sobre a la necesidad del establecimiento de escores para cada una de las respuestas. Os citados autores^(10,12,13) proponen la atribución de valores de la siguiente forma: nunca = 0, raramente = 1, a veces = 3 y siempre = 5. El límite de corte, conforme los criterios propuestos en la clasificación más reciente de la IES es la puntuación mayor que 25^(12,13), o sea, los individuos que alcancen ese nivel pueden presentar señales de trastorno relacionados al evento estresor.

El análisis de todos los datos fue efectuado con el auxilio de la herramienta de la estadística descriptiva, siendo utilizadas medidas de frecuencia absoluta y relativa.

De acuerdo con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de la Salud, fue solicitado el permiso de las mujeres mediante lectura y la firma del término consentimiento libre y aclarado, siendo la confidencialidad de los datos garantizada en todo el proceso. Además

de eso, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Parecer nº. 912/2010/CEP-EEUSP.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los datos de caracterización social, demográfica y obstétrica de las 98 participantes en el estudio.

Tabla 1. Caracterización social, demográfica y obstétrica de las mujeres. São Paulo, 2010. (N=98)

Características	N	%
Grado de instrucción		
1 a 4 años de estudio	1	1
5 a 8 años de estudio	16	16,3
9 a 11 años de estudio	72	73,5
12 años o más de estudio	5	5,1
Superior Completo	4	4,1
Rango de edad		
Entre 18 y 20 años	14	14,3
Entre 21 y 25 años	35	35,7
Entre 26 y 30 años	19	19,4
Entre 31 y 35 años	17	17,3
Más de 36 años	13	13,3
Trabajo remunerado		
Sí	57	58,2
No	41	41,8
Estado civil		
Casada	40	40,8
Divorciada	2	2
Unión Consensual	45	46
Soltera	11	11,2
Color de la piel auto-atribuida		
Blanca	45	46
Negra	11	11,2
Parda	38	38,8
Amarilla	2	2
Indígena	2	2
Hijos anteriores al parto actual		
No	42	42,8
Uno	39	39,8
Dos	13	13,3
Tres o más	4	4,1

continúa...

...continuación

Características	N	%
Número de gestações		
Primigesta	36	36,7
Secundigesta	36	36,7
Tercigesta	17	17,4
Multigesta	9	9,2
Número de partos		
Primípara	40	40,8
Secundípara	40	40,8
Tercípara	14	14,3
Multípara	4	4,1
Tipo de parto (actual)		
Cesárea	50	51
Normal	48	49
Acompañante em el momento del parto (actual)		
Sí	74	75,5
No	24	24,5
Total	98	100

Las mujeres participantes en el estudio se caracterizaron por poseer escolaridad de nueve a 11 años de estudio (73,5%), lo que equivale a la enseñanza media incompleta o completa; tener de 21 a 25 años de edad (35,7%); ejercer trabajo remunerado (58,2%); vivir en unión consensual (46%), mientras que 13,3% estaban sin compañero; tener por lo menos un hijo vivo anterior al parto más reciente (57,2%); haber sido sometida al parto cesárea (51%); y permanecer con acompañante de su elección durante el momento del parto (75,5%).

La Tabla 2 presenta la respuesta de las mujeres durante la aplicación de la IES. Se observa que los ítems de la escala están debidamente adaptados al factor estresor parto, tal como les fue preguntado a las participantes durante el contacto telefónico. Todos los ítems de la IES fueron citados con el atributo de frecuencia "Siempre" por las puérperas, aunque en pequeños porcentajes. Las cuestiones con mayor frecuencia de respuesta "A veces" o "Siempre" fueron las de n°. 10 (30,6%) y n°. 1 (18,4%), que pertenecen al grupo de intrusión, seguidas por la cuestión n°. 2 (17,3%), perteneciente al grupo de esquiva.

Tabla 2. Respuestas de las mujeres a la IES, conforme factor estresor "parto". São Paulo, 2010. (N=98)

Items	Nunca		Raramente		A veces		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Yo pensé sobre el parto cuando yo no quería.	68	69,5	12	12,2	12	12,2	6	6,1
2) Yo evité quedarme incómoda cuando pensé sobre el parto o cuando me recordé de él.	67	68,4	14	14,3	12	12,2	5	5,1
3) Yo intenté borrarlo de la memoria.	80	81,6	5	5,1	7	7,2	6	6,1
4) Yo tuve dificultad para dormir o me quedé despierta debido a las imágenes o pensamientos sobre el parto que me volvían a la mente.	84	85,7	9	9,2	3	3,1	2	2,0
5) Yo tuve ondas de intensos sentimientos en relación al parto.	76	77,6	10	10,2	6	6,1	6	6,1
6) Yo tuve sueños con el parto.	80	81,7	11	11,2	4	4,1	3	3,0
7) Yo evité cosas que recordaran el parto.	82	83,7	9	9,2	4	4,1	3	3,0
8) Yo sentí como si no hubiera acontecido o como si no fuera real.	79	80,6	11	11,2	5	5,1	3	3,1
9) Yo evité hablar sobre el parto.	79	80,6	10	10,2	5	5,1	4	4,1
10) Imágenes del parto me volvían a la mente.	52	53,1	16	16,3	18	18,4	12	12,2
11) Otras cosas me hicieron pensar sobre el parto.	64	65,3	21	21,4	10	10,2	3	3,1
12) Yo sabía que yo tenía muchos sentimientos sobre el parto, pero no quise lidiar con ellos.	78	79,6	9	9,2	6	6,1	5	5,1
13) Yo intenté no pensar sobre el parto.	74	75,5	10	10,2	10	10,2	4	4,1
14) Cualquier recuerdo trae de vuelta sentimientos sobre el parto.	71	72,5	13	13,3	7	7,1	7	7,1
15) Mis sentimientos sobre el parto parecían estar durmientes.	81	82,7	11	11,2	4	4,1	2	2,0

En la Tabla 3 se puede verificar la puntuación obtenida conforme el tipo de parto. Las mujeres sometidas al parto cesárea obtuvieron mayores escores finales, mayor valor de mediana y mayor valor do desvío patrón en relación a aquellas que tuvieron sus bebés por vía vaginal.

En lo que se refiere a la puntuación total de la IES, 90,8% de las mujeres no alcanzaron el límite de corte de 25 puntos. De las restantes, 7,2% obtuvieron entre 30 y 39 puntos; Soares GCF, Andretto DA, Diniz CSG, Narchi NZ. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. Online braz j nurs [periodic online]. 2012 Dec [cited year month day]; 11 (3): 907-914
22. Available from: : <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884>

1% alcanzaron 48 puntos y; 1% puntuaron 71. Estas corresponden a nueve puérperas que, según la IES, indicaron las señales de TA relacionados con el factor estresor parto.

Tabla 3. Escores de acuerdo con el tipo de parto. São Paulo, 2010. (N=98)

Tipo de Parto	Promedio	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Cesarea (N=50)	12,1	14,5	0	6	71
Normal (N=48)	5,5	8,2	0	2	31

La caracterización de las mujeres con puntuación mayor que 25 en la IES puede ser verificada por medio de la Tabla 4.

Tabla 4. Caracterización de las mujeres con puntuación mayor a 25 en la IES. São Paulo, 2010. (N=9)

Características	N	%
Grado de instrucción		
9 a 11 anos de estudo	8	88,9
Superior Completo	1	11,1
Estado civil		
Unión Consensual	5	55,6
Soltera	2	22,2
Casada	2	22,2
Número de partos		
Primípara	4	44,4
Secundípara	3	33,4
Tercípara	2	22,2
Tipo de parto (actual)		
Cesárea	6	66,7
Normal	3	33,3
Acompañante en el parto (actual)		
Sí	4	44,4
No	5	55,6
Total	9	100

Las puntuaciones arriba del límite de corte ocurrieron en su mayoría en las mujeres sometidas a cesárea (66,7%), así como en aquellas con mayor escolaridad (88,9%), viviendo en unión consensual (55,6%), primíparas (44,4%) y que no permanecieron con acompañante durante el proceso de parto y nacimiento (55,6%).

DISCUSIÓN

Con relación a los datos de caracterización de las mujeres, específicamente en lo que se refiere al grado de instrucción, autores ⁽¹⁴⁾ relacionan la baja escolaridad a un aumento de la vulnerabilidad psicosocial, lo que puede ser un factor que interfiere en la aparición de los síntomas de TA.

Coutinho et al ⁽¹⁴⁾ describen también la relación entre las variables sociodemográficas y disturbios afectivos, ansiosos, fóbicos o somatomorfos. En el citado estudio, la presencia de esos cuadros, comúnmente referidos como morbilidad psiquiátrica menor, se asoció al género femenino, a la baja escolaridad y al desempleo, pudiendo ser modificada por la relación de estas con otras variables.

Sin embargo, en esta investigación no se verificó la asociación entre la baja escolaridad y otros ítems de caracterización y el surgimiento de TA. Por el contrario, la mayoría de las mujeres con escores superiores a 25 refirió nueve a 11 años de estudio, teniendo una de ellas, enseñanza superior completa. Además de eso, no fue posible identificar, al igual que en los otros estudios, características sociales y demográficas más frecuentemente asociadas a los trastornos do postparto⁽⁶⁾.

En ese sentido, es importante resaltar que una combinación de factores biológicos, obstétricos, sociales y psicológicos son apuntados en la determinación de trastornos y depresión postparto. Autores⁽⁶⁾ afirman que es posible que exista asociación entre la ocurrencia de trastornos de ese tipo y el poco soporte ofrecido por el compañero o por otras personas con las que la mujer mantiene relación; la no planificación del embarazo; el nacimiento prematuro y la muerte del neonato; la dificultad en amamantar y las dificultades durante el parto.

Se observa en este estudio, aun, la relación entre la paridad y la presencia de señales de TA. La mayoría de las mujeres vivenciaron el primer parto. Sin embargo, no fue posible encontrar tal asociación en la literatura disponible sobre el tema.

Conforme expuesto, el tipo de parto de mayor predominancia entre las participantes fue la cesárea. Referente a este aspecto, es importante señalar que la tasa encontrada

(51%) está en una proporción casi dos veces y media mayor que el índice de 15% indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cualquier país^(15,16). Aun así, de acuerdo con diversos autores^(8,15-17) la cesárea innecesaria aumenta mucho el riesgo de complicaciones para la madre y para el bebé, sea en el aspecto físico o psicosocial.

La cesárea fue más frecuente también en las mujeres que alcanzaron escores superiores a 25 en la IES. Además de eso, los mayores escores ocurrieron en las participantes sometidas al parto operatorio, aunque estas no alcanzaron valores que pudiesen indicar la presencia de trastornos. Se puede pensar, de esta forma, que este tipo de parto sea un factor predisponente para el desarrollo de TA, lo que condice con la literatura a respecto del tema.

Una Revisión realizada por Figueiredo⁽⁸⁾ muestra que diversos autores relataron que las mujeres que se sometieron a la cesárea, en especial a las de emergencia, tenían una percepción menos positiva de la experiencia del parto si se compara a las de las mujeres que vivenciaron el parto normal. De un modo general, ellas sentían un miedo mayor durante el proceso, demoraban más tiempo para establecer vínculo con el bebé, prestarle cuidados y proporcionarle la lactancia materna en los primeros días de vida.

El mayor porcentaje de las puérperas de esta investigación (75,5%) relató haberse quedado con el acompañante elegido en el momento del parto. A este respecto, se observa que las restantes, 24,5%, no pudieron disfrutar de este derecho, lo que está en desacuerdo con la Ley nº. 11.108⁽¹⁸⁾, que garantiza a las parturientes el derecho a la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto, parto y postparto inmediato.

En este contexto, Rattner⁽¹⁹⁾ afirma que la presencia de un acompañante significativo para la mujer es la mejor "tecnología" disponible para un parto bien sucedido. La autora resalta que las mujeres que tuvieron soporte emocional continuo durante el trabajo de parto y en el parto tuvieron menor probabilidad de recibir analgesia, de tener parto operatorio y relataron mayor satisfacción con la experiencia. Ese soporte emocional estaba asociado a beneficios mayores cuando quien lo daba no era miembro del equipo hospitalario y cuando estaba disponible desde el inicio del trabajo de parto.

De forma más contundente, hecho que llama mucha atención, es el gran aumento del porcentaje de mujeres que no tuvieron acompañante, que pasó de 24,5%, en la población, para 55,6% en aquellas mujeres con indicios de TA, siendo que la presencia del acompañante ya fue resaltada y relatada por diversos autores^(8,17) como relevante para una experiencia positiva del parto.

Es necesario considerar que, además de las variables cuantitativas que fueron utilizadas en este estudio, se tiene principalmente también, la presencia de sentimientos y percepciones que son fundamentales para la experiencia del parto. Una revisión realizada por Zambaldi⁽¹¹⁾ muestra la asociación entre los trastornos en el postparto relacionados al parto y a la percepción de la mujer de haber recibido poco soporte del equipo de salud en esa ocasión. Para la autora, "ese factor podría ser minimizado si el equipo de salud que asiste a las mujeres durante el parto hubiera estado atenta a la posibilidad de ocurrencia de partos vividos como psíquicamente traumáticos y, además de eso, si se dispusiese a dar más informaciones y soporte a las mujeres en ese momento tan significativo".

Vale destacar que, a pesar de este estudio tener como foco la experiencia del parto, sentimientos relacionados a la adaptación en el postparto pueden surgir también de cambios en el día a día, en el comportamiento y en los cambios físicos que ocurren en el período, tal como fue descrito por Salim et al⁽²⁰⁾. Para esos autores, los nuevos papeles frente a la maternidad y la crianza de los hijos y su desempeño exigen adaptaciones en relación al nuevo ser que se vuelve real, diferente del período gestacional, momento en que el niño era soñado e imaginado.

Para ilustrar, se presenta lo dicho por una mujer con señales identificadas de TA por la aplicación de la IES. Al responder las cuestiones, ella demostró sentimientos de intrusión y de esquivas, característicos del trastorno:

*Evito pensar en el parto. Cuando pienso, enciendo la TV para ver otra cosa.
(24 años, parto cesárea, score = 39 puntos)*

CONCLUSIÓN

Se concluye que fue posible verificar la presencia en las mujeres, por medio de la utilización de la Escala de Impacto de Eventos, de posibles señales de TA relacionados al parto como factor estresor, así como su asociación con algunas características, tales como el tipo de parto y la presencia de acompañante.

Vale informar que las puérperas identificadas con escores superiores a 25 fueron encaminadas para la evaluación profesional específica.

En relación a la metodología empleada en la investigación, es necesario destacar que la utilización de escalas, como la IES, puede contribuir en el cribado, en el acompañamiento y en el soporte adecuado a las mujeres con indicios de TA que puedan resultar en trastornos más complejos o serios.

No obstante, recuerdos sobre el parto, que es un evento de la vida vinculado a muchas emociones y sentimientos, no se asocian necesariamente a trastornos emocionales. La utilización de una escala puede posibilitar mayor aproximación con las mujeres para buscar informaciones sobre los aspectos emocionales del postparto, movilizar sentimientos y recuerdos que, incluso, puedan requerir mayor soporte por parte del sistema de salud. Se hace importante destacar, que el estado emocional de la mujer en el postparto es difícil de ser analizado únicamente por medio de un instrumento que siga un patrón antes definido.

A pesar de verificarse la presencia de las señales indicativas de TA en 9,2% de las mujeres, no hubo la posibilidad de realizarse una profundización en la historia individual de cada una de ellas, así como el relato de su experiencia durante el parto, lo que podría contribuir para comprender mejor los sentimientos vivenciados.

Las variables fueron analizadas de forma única, considerando las mujeres que presentaron señales de TA y observando los porcentos absolutos y relativos para cada categoría. Pero, alteraciones comportamentales son mucho más complejas do que eso, las informaciones y las categorías se interrelacionan y producen un tercer efecto, que puede ser protector o producir daños. São estas las principales limitaciones de este trabajo que conducen a la necesaria profundización del tema.

Es importante añadir como la presencia del acompañante elegido por la mujer puede haber sido un factor protector para el no desenvolvimiento de TA. Vale destacar la necesidad de mejorar la fiscalización por parte de las autoridades para que la Ley del Derecho al Acompañante ⁽¹⁸⁾ sea, realmente cumplida en las instituciones de salud, pues, además de ser un derecho de la mujer, puede contribuir para que ésta tenga una percepción más positiva de su experiencia de parto y sea protegida, incluso, del apareamiento de trastornos emocionales en el postparto.

En este contexto, debe ser dado destaque al tipo de parto, cesárea, y su relación con los indicios de TA en las mujeres de este estudio. Cambiar la cultura del parto en nuestro país debe tener relación no solamente con la necesaria disminución de los índices de morbimortalidad materna y perinatal relacionados con la cesárea, sino también con las repercusiones de esa cirugía sobre el estado psicosocial de las mujeres. Delante de todo lo que existe publicado sobre el tema, es inaceptable que todavía se verifiquen índices tan altos como los encontrados en este trabajo y que probablemente resultaron en trastornos emocionales innecesarios para las mujeres. Revertir este cuadro es una cuestión de respeto a los derechos humanos, pues las mujeres son afectadas biológica y psicológicamente por un procedimiento en la gran mayoría de las veces realizado sin la debida indicación.

Tanto la cuestión del acompañante como la del tipo de parto se relaciona, principalmente, al modelo de atención obstétrica prevalente en la mayor parte de las instituciones de salud, que no lleva en cuenta los derechos legales y el protagonismo de las mujeres en el proceso de parto y nacimiento.

CITAS

1. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Junior R. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev Psiqui Clín. 2006; 33 (2): 92-102.
2. Bastos MH, McCourt C. Morbidity during the Postnatal Period: Impact on Women and Society In: Byrom S, Edwards G, Bick D. Essential Midwifery Practice: Postnatal Care. London: Wiley-Blackwell; 2010. p. 126-31.

3. Fraser DM, Cooper MA. The psychology and Psychopathology of Pregnancy and Childbirth In: Fraser DM, Cooper MA. Survival Guide to Midwifery. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2008. p. 435-48.
4. Wolff LR, Waldow VR. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. 2008; 17 (3): 138-51.
5. Cheniaux E, Corrêa APSF. Disforia Pós-natal: Revisão Sistemática dos Ensaio clínicos. Femina. 2004; 32 (10): 885-8.
6. Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. Comun ciênc saúde. 2008; 19 (1): 51-60.
7. Neves MA. Transtorno de Adaptação no pós-operatório de crianças e adolescentes. [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
8. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A. Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. Anál psicol. 2002; 2(10): 203-17.
9. Silva ACO, Nardi AE, Horowitz M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. Rev psiquiatr Rio Gd Sul. 2010. 32(3): 86-93.
10. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med. 1979; 41(3): 209-18.
11. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. J Bras Psiquiatr. 2009;58(4):252-7.
12. Corneil W, Beaton R, Murphy S, [Johnson C](#), [Pike K](#). Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. J Occup Health Psychol. 1999; 4(2):131-41.
13. Sumpter RE, McMillan TM. Misdiagnosis of post-traumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. Br J Psychiatry. 2005; 186:423-6.
14. Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. Rev Psiq Clin (São Paulo). 1999; 26(5):246-56.
15. Barbosa GP, Giffi NK, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad Saúde Pública. 2003; 19(6):1611-20.
16. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29 (1): 34-40.
17. Diniz SG, Chacham AS. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva. 2006; 1(1):80-91.
18. Brasil. Lei nº 11.108, de 19 de setembro de 1990. Altera a Lei no 8.080, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União 8 abr 2005. Seção 1: 1.
19. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface comun saúde educ. 2009; 13(1):595-02.
20. Salim NR, Santos Junior HPO, Gualda DMR. Everyday behavioral and physical changes in women during the postpartum period - a qualitative approach. Online Braz J Nurs [serial on the internet]. 2010 [cited 2012 Feb 20]; 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2785>

Contribución de los autores:

Concepción y diseño: Glauce Cristine Ferreira Soares y Nádia Zanon Narchi; Análisis e interpretación: Glauce Cristine Ferreira Soares y Nádia Zanon Narchi; Redacción del artículo/revisión crítica del artículo/aprobación final del artículo: Glauce Cristine Ferreira Soares, Nádia Zanon Narchi y Daniela de Almeida Andretto; Colecta de datos: Glauce Cristine Ferreira Soares y Daniela de Almeida Andretto; Revisión bibliográfica: Glauce Cristine Ferreira Soares, Nádia Zanon Narchi, Daniela de Almeida Andretto, Carmen Simone Grilo Diniz.

Recibido: 19/04/2012

Aprobado: 12/11/2012