

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN MEDIANTE SOFROLOGÍA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN LAS GESTANTES CON UN FETO CON RETRASO DE CRECIMIENTO¹

Angela Arranz¹, Gala Montenegro², Marta García³, Aurora Roldán², Alba Camacho³, Milagros García¹, Josefina Goberna⁴, Francesc Botet⁵, Eduard Gratacós⁶

Correo electrónico: aarranz@clinic.ub.es

1. Enfermera jefa enfermeras ICGON (Instituto Clínico de Ginecología Obstetricia y Neonatología). BCNatal (*Hospital Clínic de Barcelona-Hospital Sant Joan de Déu*). Barcelona.
2. Matrona. Bloque obstétrico. BCNatal (*Hospital Clínic de Barcelona-Hospital Sant Joan de Déu*).
3. Enfermera investigadora. Bloque obstétrico. BCNatal (*Hospital Clínic de Barcelona-Hospital Sant Joan de Déu*).
4. Matrona. Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología. Doctora en Filosofía. Profesora titular de Universidad. Departamento Enfermería Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil (*Universitat de Barcelona*)
5. Especialista en Medicina Pediátrica y Neonatal. BCNatal (*Hospital Clínic de Barcelona-Hospital Sant Joan de Déu*).
6. Especialista en Medicina Maternofetal. BCNatal - Barcelona *Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Déu)*, IDIBAPS, *Universitat de Barcelona* y *Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER)*.

Recepción: 19/05/2016 Aceptación: 10/10/2016



¹ Este estudio ha sido financiado parcialmente por el *Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona* en el marco de las Ayudas a Proyectos de Investigación (PR-1910/14). Forma parte de la tesis doctoral de la primera autora, que se desarrolla en el programa de doctorado en Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona.

La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha estado impulsada por Obra Social “la Caixa”, Cerebra Foundation for the Brain Injured Child (Carmarthen, Wales, UK). Este estudio contribuye a la colaboración en entre los grupos de investigación SGR2014-928 y SGR2014-156, ambos reconocidos por AGAUR (Generalitat de Catalunya).

RESUMEN

Objetivo

Comparar el grado de ansiedad de un grupo de mujeres con un feto con retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) visitadas exclusivamente por especialistas en medicina materno-fetal en relación a otras mujeres que, además, también fueron visitadas por una matrona formada en técnicas de relajación y detectar los sentimientos prevalentes cuando se informa del diagnóstico.

Material y método

Estudio multimétodo: cuantitativo (diseño cuasi-experimental) y cualitativo (fenomenológico). Las participantes fueron gestantes con feto con RCIU, mayores de edad, sin trastornos psiquiátricos ni dificultad idiomática. En el grupo control, se incluyeron mujeres que siguieron el control de la gestación de alto riesgo. Las mujeres del grupo experimental además del control estándar, tuvieron tres visitas con la matrona en la que se explicaron técnicas de control de la ansiedad. Ambos grupos realizaron el mismo test para evaluar la ansiedad (test STAI), al inicio y al final de su participación. Finalmente, se realizaron entrevistas semiestructuradas a las mujeres del grupo experimental.

Resultados y conclusiones

Las mujeres que tuvieron contacto con la matrona, además de los cuidados técnicos, obtuvieron puntuaciones más bajas en la escala STAI (menor grado de ansiedad) que aquellas que sólo recibieron cuidados por especialistas en Medicina Materno-fetal. Las entrevistas pusieron de manifiesto sentimientos: las categorías que emergieron del análisis fueron: a) sentimientos en relación a ellas mismas, b) sentimientos en relación al personal o al hospital y c) sentimientos de afrontamiento. En suma, ofrecer técnicas de relajación a aquellas madres con un embarazo de riesgo (feto RCIU) mejora su grado de ansiedad.

Palabras clave: ansiedad, estrés, embarazo, retraso de crecimiento intrauterino, técnicas de relajación.

ABSTRACT

Objective

To compare the degree of anxiety in two groups of women carrying fetuses diagnosed with intrauterine growth retardation (IUGR): one group attended exclusively by specialists in maternal-fetal medicine, and the other also attended by a midwife trained in relaxation techniques; and to identify the most prevalent feelings in women on being informed of the diagnosis.

Material and Method

Multi-method study: quantitative (quasi-experimental design) and qualitative (phenomenological). Participants were pregnant adult women carrying a fetus diagnosed with IUGR, without psychiatric disorders or language difficulties. The control group included women who followed the gestation control protocol in place at the high-risk unit. Women in the experimental group, in addition to standard controls, had three visits with the midwife, during which the midwife explained anxiety control techniques to them in detail. Both groups performed the same test to evaluate anxiety (STAI), at the beginning and at the end of their participation. In addition, semi-structured interviews were conducted with the women in the experimental group.

Results

Women who had contact with the midwife in addition to the standard care had lower scores on the STAI scale (indicating lower anxiety levels) than women who received care only from maternal-fetal medicine specialists. The interviews revealed the most prevalent feelings to be: a) feelings regarding themselves, b) feelings regarding the staff and hospital, and c) feelings regarding coping.

Conclusions

Offering relaxation techniques to pregnant mothers at risk (with IUGR) reduces their level of anxiety.

Key words: anxiety, stress, pregnancy, intrauterine growth retardation, relaxation techniques.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso biológico en la vida de la mujer. Cuando se desarrolla sin complicaciones, se considera que se trata de un embarazo de bajo riesgo que supone un proceso de cambio en el que se ven involucrados gran variedad de sentimientos y emociones. Ante un embarazo deseado y normal, predominan sentimientos de felicidad, alegría, ilusión pero también de duda y preocupación moderada (González-Merlo 2002; Smith 2004). En este tipo de embarazo, el seguimiento se realiza en atención primaria y el profesional de referencia para la realización del seguimiento y control es la matrona.

Cuando se detecta alguna anomalía que afecta al feto, el embarazo pasa a ser clasificado de alto riesgo. En este momento, la vivencia del embarazo es susceptible de alterarse, frecuentemente de forma negativa (Marín 2008).

Un factor de riesgo se define como aquella circunstancia que, al estar presente, aumenta la probabilidad de causar una enfermedad o problema de salud. Entre estos factores, la detección de un retraso en el crecimiento fetal se clasifica como factor de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad o estrés durante el embarazo. De hecho, la Escala de preocupaciones de Cambridge contempla el momento del parto, la posibilidad de aborto y la posibilidad de problemas de salud del feto como factores de preocupaciones que potencialmente pueden producir ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo (Marín 2008).

Por otro lado, se ha estudiado el papel que tienen las expectativas creadas por la mujer en la percepción de satisfacción de la vivencia de embarazo y el parto. Las principales expectativas refieren al apoyo proporcionado por la pareja, los cuidadores, la calidad de la relación profesional-paciente o la participación activa en la toma de decisiones. Todos estos factores son susceptibles de verse alterados ante un diagnóstico de retraso de crecimiento fetal (Marín 2008).

Hace años que se estudia el efecto de la ansiedad y el estrés, entre otras alteraciones psicológicas, tanto en el desarrollo del feto como en sus repercusiones en la madre. Recientemente se han publicado un gran número de estudios con excelente metodología que aportan resultados concluyentes acerca del efecto negativo del estrés en el peso del feto y el recién nacido (Bussières 2015; Rondó 2003), los resultados neonatales (Brunton 2013; Loomans 2013), el neurodesarrollo y el comportamiento durante la

infancia (Arcangeli 2012; Huiznik 2003; Buitelaar 2003) o los resultados obstétricos (Hobel 2008), entre otros.

Una vez se detecta un retraso de crecimiento en un feto, la gestación pasa a ser controlada, a nivel terciario, exclusivamente por el equipo médico, a base de cuidados principalmente técnicos, centrados en el peso del bebé y las posibles causas de la escasa ganancia ponderal. Estos controles se basan en la realización de ecografías cada una o dos semanas, múltiples analíticas de sangre y, seguramente, la inclusión en algunos de los estudios de investigación donde se ofrecerá a la gestante la realización de una resonancia magnética (RCOG 2002, Hospital Clínic 2014). El Hospital Clínic de Barcelona, hospital de referencia de nivel terciario, forma parte de complejo BCNatal (Hospital Clínic de Barcelona-Hospital Sant Joan de Déu), actualmente asiste 3100 partos al año, de los cuales el 60% se consideran de alto riesgo. De ellos, el 20% son patologías relacionadas con el retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) (Gratacós 2007).

Con este estudio, nos planteamos conocer la vivencia de la mujer ante el cambio de modelo de cuidados que se produce en el control del embarazo de alto riesgo — concretamente en el caso de retraso de crecimiento fetal. Además, se quiere conocer si la implicación de la matrona puede suponer alguna mejora en el nivel de ansiedad de la mujer, al ofrecer recursos como la sofrología para reducir el estrés. Existen algunos estudios que demuestran cómo estas técnicas ayudan a la disminución de los niveles de estrés en las embarazadas (Bastani 2005 y 2006; Fink 2012; Akmeşe 2014).

MATERIAL Y MÉTODO

La población de estudio estuvo constituida por embarazadas diagnosticadas con un feto con retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) con una edad gestacional igual o superior a las 34 semanas (SG). La muestra constó de 27 controles y 18 casos.

Se realizó un estudio multimétodo que combinó metodología cualitativa y cuantitativa. En el aspecto cuantitativo, se trata de un estudio longitudinal, prospectivo, cuasi-experimental.

A nivel cualitativo, se utilizó un enfoque fenomenológico con la intención de conocer el significado que tuvo para las mujeres el hecho de que se les notificara el diagnóstico de retraso de crecimiento de su bebé.

El momento en que una madre embarazada recibe la noticia que su hijo nonato tiene alguna alteración o enfermedad es un momento susceptible de estar cargado de sentimientos, emociones y pensamientos variados en tipo, expresión e intensidad, por la relevancia del diagnóstico en el futuro del embarazo, por la susceptibilidad de alterar el proceso mental con que se estaba viviendo la gestación, las ideas sobre el propio hijo y el vínculo que pudiera haber generado con este. A pesar de que la vivencia y reacción ante una noticia es única en cada persona, nos planteamos si se podrían identificar sentimientos prevalentes o repetidos para, de este modo, detectar posibles aspectos de mejora en la atención a este grupo concreto de mujeres por parte de los profesionales que las acompañamos y cuidamos.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Clínic (Barcelona) de julio de 2014 a febrero de 2015, previa aprobación por parte del Comité de Ética del centro. A todas las mujeres que se les explicó el estudio y aceptaron participar en él, se les entregó el documento de consentimiento, dónde constaba: la explicación por escrito del estudio con los objetivos y su desarrollo, la ausencia total de implicaciones negativas en el control del embarazo derivadas de la participación en el estudio, así como la ausencia total de perjuicios en caso de negación de participación o abandono del estudio. Además, constaban dos números de teléfono de contacto dónde podían llamar para obtener información o resolver dudas. Después de leer y firmar el documento de consentimiento, se incluyó a las mujeres en la muestra.

Estudio quasi-experimental

Variables a analizar y herramientas

Se tuvieron en cuenta variables demográficas de la población objeto del estudio como: edad, monoparentalidad, paridad y nivel profesional (Tabla 1) y una medición mediante variables cuantitativas relacionada con el nivel de ansiedad. El nivel de ansiedad se midió con la escala STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) validada en la población española (Bermúdez 1978; Guillén-Riquelme 2011).

La escala STAI tiene por objetivo medir el nivel de ansiedad en dos momentos diferentes: la ansiedad basal característica de la persona —medida con la subescala

Ansiedad Rasgo— y el nivel de ansiedad en el momento de la medición —a través de la subescala Ansiedad Estado (Simeone 2015). Consta de un total de 40 ítems y utiliza una puntuación tipo Likert 1-4. Cada subescala está formada por 20 ítems. Las preguntas sobre el nivel de ansiedad actual (Estado) investigan sobre qué cantidad (nada, algo, bastante o mucho) se ha sentido una emoción determinada, como pueden ser el desasosiego, la alteración, la satisfacción, etc. en el último mes. Las preguntas sobre el nivel de ansiedad basal (Rasgo) pretenden averiguar con qué frecuencia (casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre) se viven normalmente diferentes situaciones y emociones como, por ejemplo, las ganas de llorar, la felicidad, la evitación al enfrentamiento de crisis, la pérdida de oportunidades, etc.

En la descripción del cuestionario, se define la ansiedad-estado como «aquél estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos y conscientemente percibidos de atención y aprensión, por hiperactividad del sistema nervioso autónomo» y, por otro lado, ansiedad-rasgo como «una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras».

Partiendo de la ausencia de consenso en la literatura especializada sobre cuál es el rango límite que nos permite diferenciar «mujeres embarazadas ansiosas» de «mujeres embarazadas no ansiosas» (Simeone 2015), vamos a seguir el trabajo de diferentes estudios (Vedana 2002, Ibañez 2012), dónde los autores proponen que el rango va de una puntuación 20 a 80 interpretada de la siguiente manera: a mayor puntuación, mayores niveles de ansiedad y a la inversa.

- **Criterios de inclusión**

- Embarazadas igual o superior a 34 semanas de gestación con un feto con retraso de crecimiento intrauterino (RCIU).

- **Criterios de exclusión**

- Se excluyeron de nuestro estudio las gestantes con embarazo gemelar, barrera idiomática o hábitos tóxicos.

- **Análisis estadístico**

- Se realizaron comparaciones bivariantes entre grupos mediante la prueba t de Student para medidas independientes y la prueba de Chi-cuadrado de

Pearson comparando los datos cuantitativos y categóricos, respectivamente.

Procedimiento del estudio cuantitativo

Las participantes fueron reclutadas por el especialista en medicina materno-fetal tras el diagnóstico de un feto con retraso de crecimiento. Se explicó el estudio y se ofreció participar a todas las mujeres. El grupo experimental se formó a con aquellas mujeres que se comprometieron a realizar las técnicas de relajación de forma diaria durante un mínimo de tres semanas y a acudir a las visitas con la matrona (n=18). Las mujeres que aceptaron participar en el estudio pero no podían asegurar hacer las técnicas de relajación fueron asignadas al grupo control (n=27). A pesar de que lo deseable hubiera sido un muestreo aleatorio, se optó por este tipo de muestreo debido a que la continuidad en la realización de las técnicas era importante para el estudio. Una vez aceptaron participar en el estudio, las mujeres de ambos grupos completaron la escala STAI (Rasgo y Estado) y el cuestionario sociodemográfico.

El grupo control siguió el protocolo habitual de control del embarazo, que consiste en visitas seriadas con el especialista en medicina materno fetal y ninguna visita con la matrona. Por otro lado, el grupo intervención, además del control habitual, realizó tres visitas más con la matrona, donde se trabajó el control de la ansiedad a través de un entrenamiento sofrológico de acuerdo con la técnica propuesta por Caycedo, que consiste en técnicas de relajación y de modificación de estados de consciencia y tiene como objetivo establecer el equilibrio cuerpo-mente (Instituto Médico de Sofrología Caycediana 2016).

Al cumplir las 37-38 semanas de gestación, se volvió a pasar la encuesta STAI (Estado) a las participantes de ambos grupos.

Estudio Fenomenológico

Se solicitó a todas las mujeres que formaban parte del grupo de intervención permiso para ser entrevistadas. La entrevista se realizó durante la primera visita con la matrona. Tras informar sobre la finalidad del estudio y el hecho de que las entrevistas serían grabadas, todas ellas aceptaron participar. La información se obtuvo mediante la realización de una entrevista semiestructuradas a partir del diseño de un guion previo (anexo 1) para poder recoger los sentimientos y percepciones en el momento del diagnóstico del problema fetal. Se entrevistó el total de 18 mujeres que constituían el

grupo de casos. Además, se preguntó la edad, paridad (número de embarazos con hijos vivos y abortos), estado civil y nivel educativo para obtener la información sociodemográfica. Se pidió que identificaran lo que habían pensado o sentido tanto en el momento en que se les comunicó el diagnóstico como después de finalizar la visita (pregunta 1 y 2), además se les pidió que valoraran la atención recibida durante el diagnóstico (pregunta 3).

Tras la recogida de datos y la transcripción de las entrevistas, se realizó un análisis de contenido, seleccionando la información relevante para el estudio y clasificándola. El contenido de las entrevista fue ordenado, estructurado y codificado, agrupando por categorías teniendo en cuenta un contenido temático similar. Concretamente, se identificaron frases que expresaban emociones y sentimientos y se agruparon en dos grupos según si se trataba de sentimientos que versaban sobre ellas mismas (clasificados en el primer grupo) o sobre los profesionales y el hospital (clasificados en el segundo grupo). Finalmente, se identificaron contenidos relacionados con el afrontamiento de la situación.

RESULTADOS

Resultados demográficos y ansiedad (Resultados fase cuantitativa)

A continuación, se describen las características sociodemográficas de la muestra (Tabla nº 1).

La media de edad en el grupo intervención fue de 36,2 años respecto a 31,5 años del grupo control. Entre las participantes, el 83% eran nulíparas en el grupo caso frente al 66,6% del grupo control. El 100% de las participantes afirmaba tener pareja en el momento actual y pertenecer al modelo de familia nuclear biparental.

En el grupo intervención, el 77% de las mujeres era de raza caucásica, siendo un 92,5% en el grupo control. En el grupo intervención, el 83% de las mujeres tenían estudios superiores respecto al 51% en el grupo control.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	Casos n=18	Controles n=27	P
Edad materna (años) media (SD)	36,22 (3,15)	31,5 (5,54)	0,002
Nulíparas (%)	15 (83)	18 (66,6)	0,22
Monoparental (%)	18 (100)	27 (100)	
Etnia caucásica (%)	14 (77,7)	25 (92,5)	0,33
Estudios superiores (%)	15 (83%)	14 (51%)	0,03

En la tabla 2 se muestran los resultados de la aplicación de la escala STAI de ambos grupos, que se expresaron como media de la puntuación directa.

La puntuación del Rasgo de la escala STAI de los casos no difiere estadísticamente de la puntuación que obtienen los controles, pero si se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la puntuación Estado en la primera visita entre casos y controles (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados STAI

	Casos n=18	Controles n=27	P
STAI Rasgo media (SD)	19,5 (6,99)	15,5 (8,74)	0,112
STAI Estado 1ª visita (pre intervención) 34 semanas de gestación media (SD)	24,5 (8,9)	16 (4,14)	<0,001
STAI Estado 2ª visita (post intervención) 37 semanas de gestación media (SD)	18,5 (9,64)	16 (8,76)	0,373

La puntuación obtenida en el grupo casos después de la intervención, segunda visita, muestra una disminución de -5,3 puntos (IC 95% de -1,1 a -9,5) estadísticamente significativa ($p=0,015$). Esta disminución no se aprecia en los controles (Tabla 3).

Tabla 3. Evolución de la puntuación STAI después de la intervención

	STAI estado preintervención	STAI estado 2ª posintervención	IC 95%	p
Casos	24,5 (8,9)	18,5 (9,64)	-5,3 (-1,1 a -9,5)	0,015
Controles	16 (4,14)	16 (8,76)		0,82

Valoración del estado emocional de las mujeres (resultados fase cualitativa)

Todas las mujeres informantes tuvieron pensamientos concretos sobre la información que estaban recibiendo en el momento del diagnóstico y generaron sentimientos tanto en el dicho momento como posteriormente. La mayoría de las mujeres mostraron, en un primer momento, sorpresa, para después pasar a preguntar de forma directa los motivos o las causas del diagnóstico al médico. Los sentimientos y reacciones posteriores difieren entre las participantes tanto en la formulación de los sentimientos como en el tiempo de aparición. De las 18 mujeres que se entrevistaron, 10 vinieron acompañadas de su pareja, una mujer vino con su madre y otra con una amiga.

Se han podido clasificar las respuestas en tres categorías descritas como: a) Sentimientos en relación a ellas mismas, b) Sentimientos en relación al personal o al hospital y c) Sentimientos de afrontamiento.

Sentimientos en relación a ellas o su pareja

En esta categoría, las declaraciones revelaron que los sentimientos aparecidos eran negativos; los que más prevalecen son en relación a ellas mismas y, en menor medida, los sentimientos negativos dirigidos a los profesionales o al hospital. Mayoritariamente, se trata de sentimientos que expresan responsabilidad total o parcial por el retraso de crecimiento del bebé, como no entender la causa o las posibles soluciones, o los sentimientos de impotencia:

«... he pensado que he podido hacer para que no crezca.». «Quizás si duermo más o...»
«...ahora mismo me cuesta pensar que no hago nada para ayudarlo». «(...) solo espero...»
«¿Qué puedo hacer para que crezca?» «El doctor ha dicho que no puedo hacer nada ahora mismo. ¿Es verdad??»

Algunas mujeres relacionaron el retraso de crecimiento con la alimentación, tanto por «supuestos defectos» en calidad y/o cantidad:

«En este embarazo he comido mucho más que en el anterior»
«... al principio de estar embarazada no tenía hambre porque vomitaba».

También se repitió el sentimiento de incertidumbre sobre el desarrollo final del embarazo o sobre los cambios en los planes realizados en relación al nacimiento y la preparación para la llegada del bebé:

«...ahora no sé cuándo acabará el embarazo. En realidad ni cómo (acabará)!»
«Puede que nazca antes de tiempo».
«Tengo dudas sobre si sirve el plan de nacimiento que hicimos».

Sentimientos en relación a los profesionales y/o al hospital

Los sentimientos que expresaron en relación al hospital y a los profesionales que las atendieron durante el diagnóstico fueron menos numerosos en cantidad, más cortos y fueron expresados de forma directa.

En dos ocasiones se expresó percepción de falta de tiempo en la visita y una persona explicó haberse sentido tratada de forma «condescendiente y poco amable». Además, una mujer expresó malestar por el número elevado de gente en la consulta:

«...la visita dónde me lo dijeron [el diagnóstico de RCIU] no duró mucho...»
«Yo no sé si eran estudiantes o no, había como 6 [personas]...»

Por otro lado, se detectó repetidamente que se expresaba confianza en el equipo médico y referían sentirse seguras por estar siendo atendidas en un centro especializado:

«...sé que aquí lo miran todo mucho...»
«Aunque me disgustó [el diagnóstico] sabía que estaba en buenas manos.».

Sentimientos de afrontamiento

Se detectaron también sentimientos de afrontamiento positivistas, normalizadores o indeterministas. Algunos se expresaron de la siguiente manera:

«Bueno, hay que ver la siguiente eco y a ver...»
«Yo soy pequeñita y mi marido no es muy alto, digo yo que ahí hay algo que ver (ríe)»
«Yo fui pequeña también»

En el momento del diagnóstico algunas mujeres mencionaron cómo reaccionó la pareja, por ejemplo:

«El sí que le hizo preguntas al doctor, yo me quedé pensando.»
«Ui, el que reaccionó peor de los dos fue mi marido, pobre, llevaba un disgusto al volver a casa...»

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Somos conscientes de que el hecho de que la persona entrevistadora no sea ajena al centro, y sea un profesional sanitario, puede ser una fuente de sesgos. Es posible que ciertas características sociodemográficas de la población atendida en nuestro hospital puedan influir en la generación de mayor ansiedad por parte del diagnóstico. En nuestra muestra, se observan puntuaciones más altas en el cuestionario STAI en las mujeres de mayor edad y mayor grado de estudios. Sin embargo, estos resultados hay que analizarlos teniendo en cuenta la primera limitación de este estudio: el tamaño de la muestra. Ante todo, para poder concluir de forma más contundente, la muestra debería ser ampliada.

Por otro lado, Tyrlik (2013) explica que las experiencias emocionales generadas por el embarazo y sus posibles complicaciones fluctúan en función de diferentes variables como la edad, la salud previa, los embarazos previos, las relaciones sociales o las condiciones materiales de vida. Sin embargo, las variables que más influyen son la preparación a nivel psicológico y el apoyo social.

Otros autores, como Lobel (2002), sugieren la importancia de tener en cuenta la capacidad de afrontamiento de cada persona como predictor de la ansiedad y/o el estrés generado por una misma situación negativa durante el embarazo.

Lamentablemente, en nuestro estudio no se ha medido el apoyo social ni la capacidad de afrontamiento con ninguna escala específica. En futuros estudios, sería interesante valorar de forma más completa este aspecto.

Los resultados obtenidos muestran que las mujeres con fetos diagnosticados de retraso de crecimiento intrauterino podrían beneficiarse de seguir un plan de visitas con la matrona y un trabajo diario aplicando las técnicas de relajación dirigidas a disminuir la ansiedad, además del control médico estándar. Cabe resaltar la imposibilidad de aislar cuál es el factor de reducción de ansiedad, si las técnicas ofrecidas, el hecho de visitarse con una matrona o la combinación de ambas. En siguientes estudios, nos planteamos

incluir una entrevista una vez finalizado el estudio para indagar sobre la vivencia de las mujeres de las visitas y las técnicas.

En cuanto a las técnicas usadas para disminuir la ansiedad durante el embarazo, en la revisión bibliográfica que llevó a cabo Glover (2014), el autor detecta que no existe ningún estudio que evalúe la eficacia de una intervención dirigida a disminuir la depresión, ansiedad o estrés durante el embarazo con un seguimiento a largo plazo de los resultados en el niño. Sin embargo, la autora añade que existen algunos estudios que han medido el impacto a corto plazo de diferentes intervenciones en la reducción de estos estados mentales. En cambio, según Austin (2003 y 2004), los estudios que se han realizado hasta el momento no son concluyentes, bien sea por los resultados obtenidos o por la metodología usada. En estos momentos, existe un estudio holandés en marcha que se propone evaluar si un programa de sesiones de terapia cognitivo-conductual dirigida a embarazadas ansiosas y/o depresivas consigue disminuir los síntomas de ansiedad y depresión, así como mejorar diferentes resultados neonatales e infantiles (Meijer 2014). En cuanto a estudios con intervenciones concretas, destaca el uso de musicoterapia a la hora de disminuir los niveles de cortisol antes de una amniocentesis (Ventura 2012) o durante la realización de una ecografía transvaginal (Shin 2011) y la aplicación de técnicas de relajación para mejorar el neuro-comportamiento fetal, habiéndose observado un aumento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca del feto, signo de bienestar fetal (Di Pietro 2008). Cabe destacar que tanto Ventura como Shin aportaron resultados favorables de la aplicación de musicoterapia para disminuir la ansiedad, pero no el estrés, en situaciones muy concretas (antes y durante una amniocentesis y una ecografía, respectivamente) lo que limita su aplicabilidad y extensión a otros momentos. A pesar de ello, creemos que el uso de musicoterapia debe tenerse en cuenta para otros estudios. Teixeira (2005) comparó el uso de relajación dirigida por un profesional con relajación pasiva, dónde el sujeto se sentaba en una silla. Ambas relajaciones disminuyeron el estado de ansiedad de la mujer así como su frecuencia cardíaca, pero el efecto fue significativamente mayor cuando la relajación fue dirigida. En contraposición, solo la relajación pasiva redujo significativamente el nivel de noradrenalina. Debido a la disparidad de correlación entre los valores psicométricos y los biológicos, sería necesario que se aplicaran diferentes métodos de relajación para disminuir los síntomas objetivos y subjetivos de la ansiedad. Estos resultados coinciden con los del presente estudio, en el cual se aplicó un tipo de

relajación guiada por un profesional, la sofrología, aunque sólo se ha medido el impacto psicométrico (cuestionario STAI) y no los valores de marcadores biológicos de estrés. En futuros estudios, se ha planteado incluir la medida de los niveles de cortisol.

Diversos autores han medido el impacto en diversos parámetros de la aplicación de programas completos, es decir, de actividades programadas y realizadas durante un tiempo determinado de entre seis y siete semanas. Por ejemplo, un programa de seis semanas en el que las embarazadas realizaron dos veces al día la técnica de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva redujo el estrés percibido y aumentó la sensación de control (Tragea 2014). En esta línea, Bastani (2006) consiguió a través de un programa de relajación de siete semanas de duración reducir de forma significativa algunas de las consecuencias de los niveles altos de ansiedad y estrés durante el embarazo, medido en número de bebés con bajo peso al nacer, aunque no encontró diferencias en la tasa de parto prematuro.

Por otro lado, se ha podido identificar que el hecho de recibir la noticia de un diagnóstico de retraso de crecimiento fetal provoca en la madre una serie de sentimientos y reacciones variadas en relación a ella misma, al futuro del embarazo o a los planes sobre el nacimiento del bebé, entre otros. Cabe destacar los sentimientos que expresan culpabilidad o causalidad del retraso de crecimiento del hijo, por ser una fuente potencial de estrés psicológico. Es relevante también este punto debido al papel que pueden desempeñar los profesionales involucrados a la hora de crear o perpetuar esta relación falsa de causalidad. Nos parece vital que la información que se dé a las madres sea desculpabilizadora y muy clara a la hora de explicar los motivos del retraso de crecimiento del bebé.

Asimismo, a pesar de que las opiniones o experiencias en relación al hospital han sido pocas, creemos que es debido, como ya se ha comentado, a que no fuera un entrevistador externo quien las recogió. Consideramos que la incomodidad por falta de intimidad durante la consulta es un tema de importancia capital en la atención de la salud de la mujer en general.

Otro punto identificado ha sido el relacionado con las dudas no resueltas o nuevas preguntas en relación al tipo de parto (prematuro y/o distócico), así como la preparación para la llegada del bebé (cambios en la canastilla). En este sentido, creemos que la figura de la matrona es muy importante como profesional para integrar en la atención a

las mujeres a las que se diagnostica una condición en el feto que puede cambiar la perspectiva del embarazo, el parto y la crianza. En nuestro centro, se ha puesto en marcha una consulta llevada por una matrona dirigida a mujeres con embarazos de alto riesgo (por ahora para mujeres con fetos RCIU), cuya finalidad, en parte, se basa en ofrecer un espacio dónde la mujer pueda preguntar, analizar y replantear el proceso con el soporte de un profesional preparado para ello. En futuros estudios, esperamos poder evaluar el impacto de esta consulta.

Finalmente, nos gustaría volver a incidir en la importancia de incluir a la matrona en la atención del embarazo de alto riesgo como figura complementaria a los cuidados médicos, tanto para favorecer el aumento de las competencias de la profesión como para asegurar el derecho de toda mujer embarazada a recibir un cuidado holístico y personalizado.

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que han accedido a participar en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- AKMEŞE, Zehra Baykal; ORAN, Nazan Tuna. Effects of Progressive Muscle Relaxation Exercises Accompanied by Music on Low Back Pain and Quality of Life During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014, vol. 59, núm. 5, p. 503-509.
- ARCANGELI, T., et al. Neurodevelopmental Delay in Small Babies at Term: a Systematic Review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2012, vol. 40, núm. 3, p. 267-275.
- AUSTIN, M. P. Antenatal Screening and Early Intervention for Perinatal Distress, Depression and Anxiety: Where to from Here?. *Archives of Women's Mental Health*. 2004. Vol. 7, núm. 1, p. 1-6.
- AUSTIN, M. P. Targeted Group Antenatal Prevention of Postnatal Depression: a Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003. Vol. 107, núm. 4, p. 244-250.
- BASTANI, Farideh, et al. A Randomized Controlled Trial of the Effects of Applied Relaxation Training on Reducing Anxiety and Perceived Stress in Pregnant Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2005, vol. 50, núm. 4, p. e36-e40.
- BASTANI, Farideh, et al. Does Relaxation Education in Anxious Primigravid Iranian Women Influence Adverse Pregnancy Outcomes?: a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2006, vol. 20, núm. 2, p. 138-146.
- BERMÚDEZ, J. Anxiety and Performance. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1978, vol. 151, p. 183-207.
- BRUNTON, Paula J. Effects of Maternal Exposure to Social Stress During Pregnancy: Consequences for Mother and Offspring. *Reproduction*. 2013, vol. 146, núm. 5, p. R175-R189.
- BUITELAAR, Jan K., et al. Prenatal Stress and Cognitive Development and Temperament in Infants. *Neurobiology of Aging*. 2003, vol. 24, p. S53-S60.

- BUSSIÈRES, Eve-Line, et al. Maternal Prenatal Stress and Infant Birth Weight and Gestational age: A Meta-analysis of Prospective Studies. *Developmental Review*. 2015, vol. 36, p. 179-199.
- Di PIETRO, Janet A, et al. Fetal Responses to Induced Maternal Relaxation during Pregnancy. *Biological Psychology*. 2008. Vol. 77, núm. 1, p. 11-19.
- FINK, Nadine S., et al. Relaxation during Pregnancy: what are the Benefits for Mother, Fetus, and the Newborn? A Systematic Review of the Literature. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2012, vol. 26, núm. 4, p. 296-306.
- GLOVER, Vivette. Maternal Depression, Anxiety and Stress during Pregnancy and Child Outcome; What Needs to Be Done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014. Vol. 28, núm. 1, p. 25-35.
- GONZÁLEZ-MERLO, Jesús. *Obstetricia*. 4 ed. Barcelona: Masson; 2002. ISBN 9788445800898.
- GRATACÓS, Eduard, et al. *Medicina fetal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007. ISBN 8479033975-9788479033972.
- GREEN-TOP GUIDELINE. *The Investigation and Management of the Small-for-Gestational-Age Fetus*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2^a Edición. London: RCOG; 2002. Disponible en:
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_31.pdf
- GUILLÉN-RIQUELME, Alberto. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*. 2011. Vol. 23, núm 3, p. 510-515.
- HOBEL, Calvin J.; GOLDSTEIN, Amy; BARRETT, Emily S. Psychosocial Stress and Pregnancy Outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2008, vol. 51, núm. 2, p. 333-348.
https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_fetal/cir-peg.pdf
- HUIZINK, Anja C., et al. Stress during Pregnancy is Associated with Developmental Outcome in Infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003, vol. 44, núm. 6, p. 810-818.

- IBANEZ G., Charles MA, Forhan A, et al. Depression and Anxiety in Women During Pregnancy and Neonatal Outcome: Data from the EDEN Mother-Child Cohort. *Early Hum Dev.* 2012, vol. 88, p. 643–649.
- INSTITUTO MÉDICO DE SOFROLOGÍA CAYCEDIANA, 2016. *Sofrologia* [online] Disponible en: www.sofrologia.com
- LOBEL, M., et al. Beneficial Associations Between Optimistic Disposition and Emotional Distress in High-risk Pregnancy. *Psychology and Health.* 2002, vol. 17, núm. 1, p. 77–95.
- LOOMANS, Eva M., et al. Psychosocial Stress during Pregnancy is Related to Adverse Birth Outcomes: Results from a Large Multi-ethnic Community-based Birth Cohort. *The European Journal of Public Health.* 2013, vol. 23, núm. 3, p. 485-491.
- MARÍN, M. D., et al. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación.* 2008, vol. 37, p. 1-20.
- MEJIER, Judith, et al. Pregnancy Outcomes after a Maternity Intervention for Stressful Emotions (PROMISES): Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *Trials.* 2011. Vol. 12, núm. 1.
- NAST, Irina, et al. How to Measure Prenatal Stress? A Systematic Review of Psychometric Instruments to Assess Psychosocial Stress during Pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology.* 2013, vol. 27, núm. 4, p. 313-322.
- RONDO, P. H. C., et al. Maternal Psychological Stress and Distress as Predictors of Low Birth Weight, Prematurity and Intrauterine Growth Retardation. *European Journal of Clinical Nutrition.* 2003, vol. 57, núm. 2, p. 266-272.
- SHIN, H., et al. Music Therapy on Anxiety, Stress and Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women during Transvaginal Ultrasound. *Asian Nursing Research.* 2011. Vol. 5, núm. 1, p. 19-27.
- SIMEONE S., et al. Psychological Impact of First-Trimester Prevention for Preeclampsia on Anxiety. *Prenatal Diagnosis,* 2015, vol. 35, p. 60–64.
- SMITH, Roger P., et al. *Obstetricia, ginecología y salud de la mujer.* Barcelona: Masson, 2004. ISBN 9788445820995

- TEIXEIRA, Jason, et al. The Effects of Acute Relaxation on Indices of anxiety during Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2005. Vol. 26, núm. 4, p. 271-276.
- TYRLIK, M. Predictors of Pregnancy-Related Emotions. *J Clin Med Res*. 2013, vol. 5, núm. 2, p. 112-120.
- UNIDAD CRECIMIENTO RESTRINGIDO Y PREECLAMPSIA. *Protocolo: Defectos del crecimiento fetal*. Servicio de Medicina Maternofetal, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic. 2014. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia__fetal/cir-peg.pdf.
- VEDANA L, Baiardi P, Sommaruga M, Gallì M, Neri M, Pedretti RF, et al. Clinical Validation of an Anxiety and Depression Screening test for Intensive In-Hospital Rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2002, vol. 58, núm. 2, p. 101–106.
- VENTURA, T., et al. Cortisol and Anxiety Response to a Relaxing Intervention on Pregnant Women Awaiting Amniocentesis. *Psychoneuroendocrinology*. 2012. Vol. 37, núm. 1, p. 148-156.

ANEXO 1. GUION DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. *Datos sociodemográficos*

- 1.1. ¿Qué edad tiene usted?
- 1.2. ¿Tiene más hijos? ¿Qué edad tienen?
- 1.3. ¿Cuál es su estado civil?
- 1.4. ¿Qué estudios tiene?

2. *Pensamientos sobre el diagnóstico fetal de RCIU*

- 2.1. ¿Qué sentiste en el momento en que te dijeron el diagnóstico de retraso de crecimiento de tu bebé?
- 2.2. ¿Qué pensaste y cómo te sentiste en relación al diagnóstico una vez finalizó la visita?
- 2.3. ¿Cómo te sentiste en relación a la atención recibida por el equipo durante el diagnóstico?