

TESIS DOCTORAL



Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato.

Diferencias obstetricas y sociodemográficas.

Autor: FRANCISCA PÉREZ RAMIREZ

Directores: ISABEL PERALTA RAMÍREZ
INMACULADA GARCÍA GARCÍA

Departamento de enfermería

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Granada 2011

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Francisca Pérez Ramírez
D.L.: GR 1894-2012
ISBN: 978-84-9028-073-7

TESIS DOCTORAL

**Las mujeres inmigrantes
y su respuesta psicológica
en el puerperio inmediato.**

**Diferencias obstetricas
y sociodemográficas.**

Autor: **FRANCISCA PÉREZ RAMIREZ**

Directores: **ISABEL PERALTA RAMÍREZ**
INMACULADA GARCÍA GARCÍA

Agradecimientos



En primer lugar agradecer y reconocer a mis directoras de tesis las Doctoras Isabel Peralta e Inmaculada García el apoyo prestado, el ánimo, y especialmente su generosidad al compartir conmigo sus conocimientos. Todo esto ha hecho que este trabajo sea una realidad.

A todas las mujeres puérperas que a pesar de encontrarse en este momento tan especial me ayudaron a obtener los datos para esta investigación.

A mi familia, también a los que "se fueron", por su confianza y porque siempre los siento cerca. Gracias.

En especial a mi hija Patricia y a mi hijo Alejandro, sois la base en la que sustentó mi vida. A lón y a Insaf.

Índice

Presentación	5
Resumen	9
I. INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO 1. <i>Embarazo parto y puerperio</i>	14
CAPITULO 2. <i>La inmigración en España</i>	34
CAPITULO 3. <i>La mujer inmigrante</i>	49
II. OBJETIVOS DE LA TESIS	61
CAPITULO 4. <i>Objetivos de la tesis</i>	62
III. MEMORIA DE TRABAJOS	63
CAPITULO 5. <i>El proceso migratorio como factor de estrés en mujeres inmigrantes embarazadas</i>	64
CAPITULO 6. <i>Diferencias sociodemográficas y obstétricas entre las mujeres inmigrantes y españolas durante el embarazo, parto y puerperio</i>	84
CAPITULO 7. <i>Estudio psicológico y emocional de las mujeres inmigrantes en el puerperio inmediato con respecto a las mujeres españolas</i>	102
IV. DISCUSIÓN GENERAL, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS.	125
CAPITULO 8. <i>Discusión general</i>	26
CAPITULO 9. <i>Conclusiones y perspectivas futuras</i>	136
REFERENCIAS	139
ANEXOS	155
Anexo 1.	156
Anexo 2.	176
Anexo 3.	179
Anexo 4.	185
Anexo 5.	

Presentación



“No hay pena mayor que la pérdida de la propia tierra”

EURÍPIDES, *Medea*, 431 A.C.

“No conozco ninguna visión más dulce para los ojos de un hombre que la de su propio país”

HOMERO, *La odisea*, S. IX A.C.

“Odiarnos a algunas personas porque no las conocemos, y no las conocemos porque las odiamos”

CHARLES CALEB COLTON, *Lacon*, 1825

“Existe la tendencia de juzgar a una raza o a una nación, por sus miembros menos valiosos”

ERIC HOFER, *The Trae Believer*, 19

“Hay palabras que llevan en sí el infortunio, que evocan conflictos, miedos, sufrimientos.
Palabras malditas preñadas de significados: emigración, inmigrante, extranjero”

Y vendrán... las migraciones en tiempos hostiles
SAMI NAIR, 2006 (ED. DEL BRONCE)

Las anteriores citas resumen, en cierto modo, la partida del estudio que aquí se presenta y que tiene entre sus objetivos conocer si existen diferencias entre las mujeres de origen español y las mujeres inmigrantes en términos de resultados perinatales y variables psicológicas en el puerperio inmediato.

El interés por conocer estos aspectos tiene una lógica explicación al observar la realidad social de España.

Los últimos datos publicados sobre empadronamiento revelan la importancia de este fenómeno: de los 46.06 millones de personas residentes en este país, 5.22 son extranjeros.

Las transformaciones ocurridas en estas últimas décadas en los flujos migratorios indican una feminización en estos. Las mujeres inmigrantes tienen una entidad propia y unas necesidades derivadas de su condición sexual y reproductiva. A medida que se han incorporado al hecho migratorio, crece la necesidad de dar respuesta a los problemas específicos que recaen sobre ellas, por su doble condición de mujeres e inmigrantes. Este colectivo soporta una carga adicional de estrés, ya que a la situación desfavorable que supone ser inmigrante, se suma con frecuencia, la situación desfavorable de género que se produce tanto en su propio país como en el lugar de destino.

Las mujeres inmigrantes suelen caracterizarse por su juventud, por tanto edad fértil, así como por el buen estado de salud. Al igual que las mujeres españolas jóvenes y en edad fértil, las mujeres inmigrantes se enfrentan a situaciones relacionadas con el embarazo, el parto, abortos, la anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual. La asistencia sanitaria de este colectivo lleva implícita dificultades relacionadas con las diferencias culturales y lingüísticas. Los problemas de integración en el país receptor o la falta de comunicación y de entendimiento entre los profesionales y la paciente originan dificultades en la utilización de los recursos sanitarios. Esto plantea la necesidad de emprender acciones para mejorar el acceso y la utilización de los servicios ofertados.

Resumen



La tesis consta de nueve capítulos agrupados en cuatro apartados: (I) **Introducción**, (II) **objetivos**, (III) **memoria de trabajo**, (IV) **discusión general, conclusiones y perspectivas futuras**.

El apartado de introducción incluye los capítulos 1, 2 y 3.

El **capítulo 1**, resume las características físicas y psicológicas del embarazo, parto, alumbramiento y puerperio.

El **capítulo 2**, aborda la inmigración en España, se resumen las leyes de extranjería, derechos de las personas inmigrantes y el derecho a la sanidad. En el capítulo 3, exponemos un resumen de las características migratorias en la mujer, la inmigración como factor de estrés en las personas migrantes y la relación de este aspecto, con la escasa red social de la que disponen con frecuencia las mujeres inmigrantes. Por otra parte, en este capítulo exponemos también, la influencia del factor migratorio en los problemas psicológicos y su influencia en los resultados perinatológicos.

En el apartado de artículos incluimos los tres artículos que componen este trabajo de investigación y que de forma breve exponemos en este resumen:

Capítulo 5. El proceso migratorio como factor de estrés en mujeres inmigrantes embarazadas.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar si existían diferencias entre las mujeres de origen español y las mujeres inmigrantes en términos de resultados perinatales y variables psicológicas durante el período de postparto inmediato.

Para ello, se evaluaron 30 mujeres de origen español y 30 mujeres inmigrantes durante el período de postparto inmediato. Durante cuatro meses, se recopilaron datos perinatales de dichas mujeres a través de la historia obstétrica, el partograma las notas de evaluación de los servicios de enfermería. Además, durante el período de postparto inmediato, las participantes en el presente estudio rellenaron cuestionarios sobre Percepción del estrés y Vulnerabilidad al estrés, así como la Escala de optimismo. Las mujeres inmigrantes demostraron un mayor nivel de percepción del estrés y de vulnerabilidad al estrés que las mujeres españolas. No obstante, no se observaron diferencias entre ambos grupos con respecto a las variables obstétricas.

Capítulo 6. Diferencias sociodemográficas y obstétricas entre las mujeres inmigrantes y españolas durante el embarazo, parto y puerperio

Este estudio analiza las diferencias sociodemográficas entre las mujeres nacionales y las inmigrantes, así como las diferencias entre estos dos grupos de mujeres, en su estado de salud durante el proceso gestacional, el parto, el puerperio inmediato y los resultados perinatológicos.

Para ello se evaluaron y se analizaron las historias clínicas de 103 mujeres puérperas (50 españolas y 53 inmigrantes) Los resultados mostraron diferencias significativas en la semana de inicio del control gestacional pero no en el resto de las variables analizadas. Esto permite concluir que los servicios sanitarios deben favorecer la incorporación al programa de control del embarazo a las mujeres inmigrantes en las primeras semanas de gestación.

Capítulo 7. Estudio psicológico y emocional de las mujeres inmigrantes en el puerperio inmediato con respecto a las mujeres españolas.

En la realización de este estudio hemos considerado que las alteraciones psicológicas debidas al estrés y la ansiedad por la necesidad de adaptación a un nuevo entorno, pueden repercutir tanto en los resultados obstétricos como en el estado psicológico de las mujeres inmigrantes. El objetivo de esta investigación ha sido analizar las variables sociodemográficas, obstétricas y perinatológicas y su relación con el estado psicológico en mujeres inmigrantes con respecto a mujeres españolas.

Para ello 103 mujeres, de las cuales 53 eran inmigrantes y 50 eran españolas, han sido evaluadas en parámetros sociodemográficos, de trastornos psicológicos y de la historia obstétrica. Los resultados mostraron que ambos grupos estaban igualados en las principales variables obstétricas. Sí se encontraron diferencias significativas en el nivel cultural, en la regularidad administrativa de los contratos de trabajo y en el número de controles del embarazo. Fue en las variables relacionadas con los trastornos psicológicos donde se encontraron mayores diferencias. En concreto, las mujeres inmigrantes presentaban mayores puntuaciones en las dimensiones, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Por último en el cuarto apartado donde presentamos el **capítulo 8 y 9**, hacemos una discusión conjunta de los hallazgos obtenidos a través de los distintos estudios y presentamos las conclusiones

I. Introducción



CAPÍTULO 1. *Embarazo, parto y puerperio.*

CAPÍTULO 2. *La inmigración en España.*

CAPÍTULO 3. *La mujer inmigrante.*

CAPITULO 1

Embarazo, parto y puerperio

1. INTRODUCCIÓN

La concepción, el embarazo y el nacimiento son posibles debido a la reproducción sexual. Esta función se ejerce desde la pubertad, cuando se desarrollan las condiciones anatómicas y funcionales necesarias para el establecimiento del ciclo sexual femenino. En dicho intervalo tiene lugar una serie de cambios periódicos encaminados a este fin específico, la concepción de un nuevo ser.

Estas transformaciones se resumen en dos: por un lado, la maduración ovocitaria y la preparación para la fecundación, el llamado ciclo ovárico; y por otro, las modificaciones genitales consecutivas a las variaciones hormonales entre las cuales destaca la preparación del útero para la nidación.

En este capítulo se describen estas fases, así como determinados aspectos sobre el desarrollo embrionario y fetal, además de los cambios fisiológicos y psicológicos que experimenta la mujer embarazada.

1.1 Ciclo ovárico, ovulación, fecundación y nidación

La función principal del ovario es la producción de óvulos fecundables, las otras funciones están subordinadas a esta. A su vez, la estructura dinámica que es el ovario necesita para su normal funcionalidad una regulación por el sistema nervioso central, en este caso hipotálamo hipofisaria, a través de hormonas gonadotroficas (Balasch y Vanrell, 1990). Estas, a su vez, están reguladas por los esteroides producidos por el propio ovario. Es un fenómeno de "feedback" a fin de mantener los niveles de gonadotropinas circulantes alrededor de los valores adecuados. Si los niveles son demasiado bajos, la foliculogénesis se interrumpe como consecuencia de una inadecuada estimulación. Por el contrario, si los niveles son demasiado altos existe el riesgo de producirse una superovulación.

El elemento fundamental del ciclo ovárico es el folículo. El desarrollo folicular es un proceso asombrosamente regular y ordenado. Esto significa que el ovario es un órgano altamente regulado y coordinado, de manera que el inicio del crecimiento folicular se realiza a intervalos regulares y podrán continuar su desarrollo hasta la ovulación aquellos folículos que en una etapa dada de su crecimiento coinciden con los niveles adecuados de gonadotropinas hipofisarias.

Las unidades reproductivas fundamentales del ovario y de las que procede cada folículo ovárico son los llamados folículos primordiales. Cada una de estas unidades está constituida por un ovocito (Balasch, 1992).

Una vez alcanzada la maduración definitiva, el folículo preovulatorio, maduro, va acercándose a la superficie del ovario. Éste folículo está constituido por el ovocito rodeado por la membrana pellucida y por células de la granulosa que han quedado excéntricamente y que componen la llamada corona radiata.

Tras la ovulación el folículo se colapsa y su cavidad se rellena de sangre y linfa. Las células de la granulosa se hipertrofian y acumulan lipoides en su interior y son las que fundamentalmente darán lugar a las células luteinitas, que formaran el cuerpo lúteo. Su misión fundamental es la secreción de progesterona, hormona esteroidea encargada de la preparación del endometrio para la nidación del embrión y el mantenimiento de la gestación en sus fases iniciales.

Se podría decir que el ciclo ovárico posee una doble finalidad: de un lado, el suministro periódico de óvulos para ser fecundados; de otro, la producción hormonal adecuada para favorecer la implantación del blastocisto, si hubo fecundación. Esta actividad cíclica del ovario comprende el desarrollo del folículo primordial hasta su maduración completa, la expulsión del ovocito u ovulación y la formación y ulterior evolución del cuerpo lúteo. Pero la fecundación no es sólo la penetración de un es-

permatozoide en un ovocito, sino sobre todo la fusión de dos gametos con dotaciones cromosómicas haploides en una nueva célula con un número diploide de cromosomas. Este proceso tiene lugar habitualmente en el tercio externo de la trompa, en su porción ampular.

Los 23 cromosomas de cada progenitor se fusionan y a continuación se dividen longitudinalmente dando origen a dos núcleos con un número diploide de cromosomas. Durante el proceso de la fecundación se habrá determinado el sexo del nuevo ser según sea XX o XY su dotación cromosómica, depende dicha circunstancia de la dotación X o Y, y del gameto masculino fecundante, ya que el femenino es siempre portador de un cromosoma X (Balasch, 1992).

Las sucesivas divisiones celulares dan lugar a la mórula, denominación debida al aspecto parecido a una mora que tiene el cigoto de 32 células, número alcanzado a su llegada al útero, dos o tres días después de la fecundación. A partir de ese momento se forma una cavidad en el centro de la mórula, y el cigoto pasa a denominarse blastocisto. En él, las células que rodean la cavidad se distinguen entre las que darán lugar al trofoblasto y las que formarán el embrión o células embrio-blásticas.

La implantación del blastocisto y el contacto con la circulación materna tiene lugar hacia el día 11 tras la fecundación, el día 25 de un ciclo ovulatorio normal, cuando en el endometrio se suceden los cambios titulares necesarios para ello. En este sentido, el mantenimiento del cuerpo lúteo permite que la secreción de estrógenos y progesterona persista, lo que se traducirá en una serie de modificaciones secretoras que en conjunto reciben el nombre de reacción decidua y que confieren a la mucosa uterina la denominación de decidua.

La posición del blastocisto en relación a la superficie endometrial no es producto del azar, sino que el trofoblasto polar, situado por debajo del embrioblasto, es el que se pone en contacto con la decidua para iniciar el proceso de penetración o reacción de fijación, y será lo que posteriormente dará lugar al corión frondoso y luego a la placenta.

Durante la gestación, la placenta secreta las hormonas indispensables para sostener la gestación, (estrógenos, progesterona y gonadotropina coriónica humana). La placenta tiene tres actividades principales: metabólica, transferencia de nutrientes y desechos y secreción endocrina. Todas son esenciales para conservar el embarazo y mantener el desarrollo normal del feto. (Vidar y Jimeno, 1988)

1.2 Desarrollo embrionario y fetal

Actualmente se acepta que el desarrollo intrauterino del nuevo ser comprende dos fases consecutivas: primero, el periodo embrionario que abarca los 60 primeros días, unas 8 semanas postovulación (10 semanas postamenorrea). Este se caracteriza por la formación de los distintos órganos y tejidos. Segundo, el periodo fetal desde la 8ª a la 40ª semana. Esta fase se caracteriza por el crecimiento y desarrollo de las estructuras que se han formado previamente.

El feto está maduro cuando tras un periodo de crecimiento y desarrollo, se halla en condiciones de adaptarse a la vida extrauterina. Es decir, aquel que es capaz de soportar el parto y la vida extrauterina. Un feto en estas condiciones posee una longitud de alrededor de 50 cm. y pesa entre 3100 y 3400. Además, existen una serie de signos no medibles cuantitativamente: la piel es de consistencia tersa, rosa pálida, recubierta en ciertas zonas de vérnix caseosa. Los cartílagos de nariz y orejas están bien desarrollados. El lanugo ha desaparecido prácticamente de todo el cuerpo quedando relegado a los hombros, parte posterior de los brazos y mitad de la espalda. Los huesos que componen el esqueleto, así como los genitales, están desarrollados.

Además, el cabello tiene una longitud entre 1 y 3 cm., estando claramente delimitado en la frente. También están bien desarrolladas las cejas y las pestañas. Las uñas de los dedos alcanzan la extremidad de estos en los pies y la sobrepasan en las manos. Junto a lo anterior, se observa que el llanto es enérgico y puede succionar con facilidad (González-Merlo y Del Sol, 1985).

1.3 Cambios fisiológicos en el embarazo

El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. De esta manera, se denomina embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.

En el caso del embarazo humano, éste dura alrededor de 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). Es un proceso especialmente crítico por los cambios fisiológicos y emocionales, que genera, una sobrecarga tanto física como emocional en la vida de la mujer, causando diversos niveles de estrés y ansiedad.

Los cambios fisiológicos del embarazo se deben principalmente a modificaciones endocrinas y físicas (Burroughs, 2002). Los más importantes se van a producir en:

- El aparato reproductor con modificaciones en útero, cérvix, ovarios, vagina y mamas.
- Sistema músculo esquelético, con cambios importantes en la relajación de articulaciones por la acción hormonal y los cambios de posición debidos al crecimiento del útero.
- Sistema cardiovascular, siendo esenciales para lograr el aporte de oxígeno y nutrientes al feto y al útero con su aumento de tamaño.
- Modificaciones en el volumen sistólico, sanguíneo, plasmático y recuento de eritrocitos.
- Cambios anatómicos con alteraciones en la posición del corazón, gasto cardíaco, frecuencia cardíaca.
- Cambios en el aparato respiratorio.
- Digestivo.
- Aparato urinario.
- Sistema endocrino. Para conservar el embarazo se necesitan varias hormonas, la mayor parte de estas, se producen al inicio del embarazo en el cuerpo lúteo y más tarde en la placenta. Los estrógenos cruzan la barrera hematoencefálica y modulan diversos sistemas de neurotransmisión, incluyendo la transmisión dopaminérgica, noradrenérgica y serotoninérgica que desempeña un papel en el humor y en el estado mental.

Los cambios en el embarazo no se limitan a aspectos fisiológicos sino también a efectos psicosociales que están determinados por una serie de factores: estado físico general de la mujer, edad, madurez y estabilidad emocional, aceptación o no del embarazo, nivel intelectual y situación laboral.

1.4 Psicología del embarazo

Desde el aspecto psicológico, en el transcurso del embarazo se pueden diferenciar varias etapas:

- a) Etapa de plenitud biológica, favorable, sustentada por los cambios característicos.

- b) Etapa crítica, tanto física como psíquicamente, de transición hacia la madurez, que encierra ciertos riesgos.
- c) Etapa vivida como un proceso individual, sometido sobre todo a la propia personalidad de la mujer.

Los tres enfoques pueden ser concurrentes y variar en cada mujer como resultado de numerosos factores, así como por las características de la personalidad y las experiencias previas. Las mujeres con una personalidad dependiente, tenderá generalmente a que otras personas opinen o decidan por ella en este proceso. Sin apoyos se sentirá insegura y presentará alteraciones psicósomáticas que vivirá como enfermedades del embarazo. También sus experiencias vitales marcarán sus comportamientos.

En definitiva, cada mujer afronta su embarazo y se adapta a él de manera diferente. Las estrategias de afrontamiento (mecanismos o fórmulas que permiten afrontar situaciones que conllevan sobreesfuerzo, vulnerabilidad, cambios vitales estresantes) son diferentes y la elaboración de las mismas depende en gran medida de la información del proceso del embarazo (Martín y Reeder, 1991).

No obstante, en muchas embarazadas se pueden observar una serie de respuestas psicológicas y emocionales similares. Así, la vivencia temporal del embarazo puede dividirse en tres etapas que aproximadamente corresponden a los tres trimestres de gestación:

- **1º TRIMESTRE:** en este período emocionalmente domina la inseguridad. Inicialmente aparecen dudas sobre si llegará a término e incluso si realmente está embarazada. Si es una gestación buscada tiene deseos de contárselo a todo el mundo. Si es un embarazo no deseado la reacción puede ser llanto intenso y sentimiento de desgracia o puede reaccionar ignorándolo, auto engañándose con explicaciones más o menos forzadas hasta que la realidad se va imponiendo. Suele haber algún grado de ambivalencia, oscilando entre deseo y temor, que puede expresarse mediante somatizaciones diversas.
- **2º TRIMESTRE:** en esta fase se produce la compensación desde el punto de vista fisiológico. Suele considerarse como la fase más gratificante. Psíquicamente es el periodo de mayor seguridad y bienestar. Suele aparecer en su transcurso temores sobre la normalidad del niño, desproporcionadamente mayor que el riesgo real, oscilando entre niveles aceptables hasta obsesión patológica. La

percepción de los movimientos es la experiencia más trascendente y la idea del hijo comienza a contemplarse como algo concreto.

- **3º TRIMESTRE:** corresponde fisiológicamente a un estado de sobrecarga. Desde el punto de vista psíquico se produce una fijación en torno al parto. El temor al dolor en el parto es constante y el miedo a descontrolarse va creciendo. Por primera vez surgen temores respecto a no ser una buena madre o no ser capaz de criar, educar o cuidar al hijo.
- En general, todos los sentimientos están muy influidos por factores internos (personalidad, vivencias de la infancia, relación afectiva con sus padres, imagen de su propia madre, vinculación con la pareja), y por factores externos (nivel socio- económico, situación personal, profesional, número de hijos). En la embarazada, la actitud de su entorno social, en cuanto a la aceptación y apoyo a la gestación, es fundamental para afrontar la situación.

Por otra parte, la gestación es un momento evolutivo de gran relevancia para la pareja y para la futura familia. Desde el punto de vista estructural la pareja va a tener que enfrentarse a grandes cambios funcionales y emocionales, que van a suponer un cambio en la vida de la mujer, de su pareja y la familia.

La gestación posiblemente, va a poner a prueba su cohesión, su independencia, intimidad, autonomía y su capacidad emocional para enfrentarse a esta nueva condición. Estos cambios frecuentemente pueden ir acompañados de estados de ansiedad, dudas, ambivalencias y confusión referente a lo que están sintiendo y sus capacidades para hacerle frente.

La maternidad/paternidad va a poner a prueba los cambios estructurales-emocionales necesarios para hacer frente a la nueva etapa, que es hacer un espacio para los hijos e hijas y su crianza, y al mismo tiempo dejar un espacio para la pareja y un espacio funcional-adaptativo para cada uno de los miembros de pareja (Donat, 2000).

1.5 Control del embarazo

La mejora de la atención prenatal ha reducido en forma drástica la mortalidad materno-infantil. La detección temprana de complicaciones favorece la valoración y el tratamiento, lo cual mejora en gran medida el proceso de la gestación. Dado que gran parte del bienestar durante la gestación, depende de que la mujer y su familia

asuman la responsabilidad de mantener la salud de la madre y el feto, son esenciales las medidas preventivas tales como una adecuada nutrición, ejercicio apropiado, vigilancia y control del embarazo y un programa de cuidados. Es evidente que el cuidado prenatal constituye un factor de calida.

El seguimiento del embarazo normal es la atención sanitaria que se oferta a las mujeres embarazadas y a sus parejas durante el periodo de gestación, de manera coordinada y protocolizada con Asistencia Especializada. Consejería de salud. Junta de Andalucía (2011)

El seguimiento deberá incluir:

- 1ª visita antes de la 12ª semana de gestación.
- Evaluación del riesgo obstétrico en todas la visitas.
- Al menos 5 controles prenatales.
- Analítica de sangre: general, bioquímica y serología.
- Test de O'Sullivan. Curva de glucemia.
- Analítica de orina: sedimento y cultivo.
- Al menos 3 ecografías y 3 visitas de 2º nivel.
- Detección de estreptococo del grupo B (EGB) en el tercer trimestre (35-37 semana de gestación).
- Educación maternal y plan de cuidados en cada visita.
- Registro de las actividades de Seguimiento de Embarazo en la Historia de Atención Primaria y en el Documento de Salud de la Embarazada.

Algunas de estas cuestiones se explican a continuación.

1.5.1 Análisis y ecografías

La primera analítica que se realiza en el embarazo incluye: bioquímica (creatinina, urea y ácido úrico), hemograma, grupo sanguíneo, test de Coombs indirecto, serología (rubéola, LUES VIH y Hepatitis B. Además, Hepatitis C (en población de riesgo, piercing recientes, mujeres transfundidas, personal sanitario, etc.), orina elemental con sedimento y urocultivo.

La segunda analítica se realiza en la semana 24-28: bioquímica con test de O'Sullivan, hemograma, test de Coombs indirecto y sedimento orina. En la tercera

analítica, 36 semanas, se realiza hemograma, bioquímica (incluye creatinina, urea y ácido úrico), exudado vaginal y rectal, test de Coombs indirecto, VIH, urocultivo y orina con sedimento.

En cuanto a las ecografías, la primera se realiza entre las semanas 11-12 para determinar la edad gestacional y la vitalidad fetal. Además, permite concluir si es gestación única o múltiple y la realización de translucencia nucal con screening combinado del primer trimestre. En la segunda (semana 20-22) se realiza un screening de anomalías estructurales. Se harán tantas ecografías como sean necesarias en función de la evolución de la gestación. La tercera (semana 32-36) es optativa en función de la evolución de la gestación.

1.5.2 Screening de alteraciones cromosómicas

Consiste en un triple screening en las semana 11-14 y en el segundo trimestre (semanas 15-16).

1.5.3 Cronogramas de las visitas

Se realizan un total de 11 visitas, incluye la inicial y la correspondiente a la semana 41 (final de gestación), coordinadas entre los y las profesionales del equipo de tocología (hospital) y de atención primaria, con una organización mensual hasta la semana 36.

A partir de esta semana 36 la visita es quincenal hasta la semana 40. En la semana 42 se finalizará la gestación.

1.5.4 Control de final de gestación

La periodicidad de las pruebas (Cunningham, Leveno y Bloom, 2006) resulta imposible de generalizar, aunque el intervalo semanal suele ser el más habitual. Se realizará:

- **VALORACIÓN** del estado general de la gestante y del **SEGUIMIENTO** del tratamiento pautado.
- **TOMA DE TA Y PESO.**
- **EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA:** medición de altura uterina, realización de tacto vaginal y amnioscopia.
- **ECOGRAFÍA:** describe parámetros como la biometría fetal, localización y estado

de la placenta y líquido amniótico.

- **REGISTROS CARDIOTOCOGRÁFICOS** para obtener indicadores del bienestar fetal.
- **AMNIOSCOPIA:** para visualizar las características del líquido amniótico (color, cantidad, integridad).

El American College of Obstetricians and Gynecologist (1999) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) señalan que no hay una sola “prueba ideal” para evaluar el bienestar fetal. Los tres sistemas de evaluación (pruebas sin contracción, con contracción y perfil biofísico) tienen criterios de valoración diferentes que dependen de la situación clínica. Si estos revelan un problema, no siempre significa que el bebé esté en peligro, sino que se necesita atención especial y otros estudios.

1.5.5 Educación maternal

La educación maternal es la actividad educativa en grupo que se oferta a mujeres embarazadas y sus parejas, con el objetivo de mejorar la vivencia del embarazo, preparar para el momento del parto e iniciar en los cuidados del recién nacido o de la recién nacida.

Se puede llevar a cabo en dos fases.

Educación maternal del primer trimestre realizada para informar sobre dudas, temores y cuidados en el embarazo, informar sobre cambios y molestias habituales, consejo antitabaco y lactancia materna.

Educación maternal en el tercer trimestre de gestación- y sus parejas, si lo desean. Se impartirán al menos tres sesiones educativas por mujer gestante. Se realizará entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y ejercicio, información sobre el proceso del parto, analgesia, y cuidados del recién nacido.

1.6 Dilatación y parto

En los últimos años se ha producido un cambio importante tanto en la asistencia obstétrica en general, como en la asistencia al proceso del parto en particular. Esta transformación tiene como objetivo fundamental que la mujer gestante sea el centro de la asistencia recibida. El nacimiento de un niño sano es el resultado de un conjunto de acciones orientadas a la prevención y cuidados en el embarazo y a la

atención al parto, basado en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor. Los protocolos para la asistencia durante la fase de dilatación y expulsivo se centran en la seguridad y la salud, tanto de la madre como del recién nacido.

La atención hospitalaria del parto ha hecho que el nacimiento sea un proceso bastante seguro y eficaz. Sin embargo, a veces esta atención conduce a una pérdida de intimidad por parte de la pareja. Las propias mujeres y la sociedad en general han solicitado un esfuerzo por intentar humanizar el parto con el fin de canalizar y dar respuesta, por un lado, a la demanda social actualmente existente y, por el otro, asegurar la salud materno-fetal (SEGO, 2008). El objetivo final es asegurar, durante todo el proceso del parto, el bienestar de la madre y del recién nacido.

El parto se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana, y tras la evolución fisiológica de la dilatación y el expulsivo, termina con el nacimiento de un recién nacido normal, que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina (SEGO, 2008).

El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que el trabajo de parto obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal (Alfirevic, Devane y Gyte, 2007).

Durante el trabajo de parto los objetivos deben estar orientados según la SEGO a:

- Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido o conlleven una disminución inaceptable de las medidas de asepsia.
- Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.
- Considerar el parto como un acontecimiento singular y único en la vida de una

mujer y en la relación de una pareja. Que la gestante se sienta protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo. Para ello hay que facilitar a la parturienta estar acompañada por su pareja o persona de elección y mantener la intimidad del momento. Disponer de medios adecuados para ofrecer una atención individualizada durante el parto. Asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el bienestar de la madre, como del feto y del recién nacido.

Durante el periodo de dilatación se debe informar a la gestante de los medios que el centro dispone para el alivio del dolor. La analgesia de elección es la epidural. La administración analgésica debe aliviar el dolor y permitir la movilidad de la mujer durante la dilatación.

Es importante proporcionar un soporte emocional adecuado (Ministerio de Sanidad, 2008):

- Identificar e intentar eliminar las causas de miedo y ansiedad.
- Favorecer un clima de confianza, tranquilidad y respeto a la intimidad de la mujer durante la evolución del parto.
- Ser sensible a las necesidades culturales y a las expectativas de las parturientas y su familia.
- Transmitir a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, la información disponible sobre el estado actual del parto.
- En el periodo expulsivo el equipo obstétrico mantendrá preferentemente una conducta expectante, siempre que las condiciones de salud materna y fetal lo permitan.

Como se ha comentado anteriormente, si las condiciones del parto lo permiten, la mujer podrá estar acompañada por la persona que desee. Tras el nacimiento se procede a la valoración del test de Apgar (Crespo, 2000). Tras comprobar la adecuada adaptación del recién nacido se favorece el contacto piel con piel.

Además, se ha de facilitar el inicio de la lactancia materna (Bernabé, 2004) y ofrecer al padre la posibilidad de tener al recién nacido en sus brazos (American College of Obstetricians and Gynaecologists, 2008).

Con respecto al recién nacido, se aconseja no separarlo de la madre excepto que sea imprescindible. La atención inicial se ha de hacer, siempre que sea posible, en la propia sala de partos y en presencia de los padres (Asociación Española de Pediatría,

2004). Se aconseja favorecer el contacto piel piel y la lactancia materna en este momento

Finalmente, el manejo del alumbramiento se puede llevar a cabo de manera espontánea. En este caso no hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento. O bien, dirigido. El manejo activo del alumbramiento puede prevenir hasta un 60% de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo coste. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto.

1.7 Puerperio

Es el periodo de tiempo que comprende desde el momento en que el útero expulsa la placenta hasta las 6 semanas pos parto.

Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas (involución puerperal).

La involución, especialmente del aparato genital, y el establecimiento de la lactancia, son los hechos más característicos del puerperio. Este periodo de tiempo se divide clásicamente en:

- **PUERPERIO INMEDIATO:** las primeras 24 horas.
- **PUERPERIO PRECOZ O PROPIAMENTE DICHO:** desde el 2 al 710 días (primera semana).
- **PUERPERIO TARDÍO:** hasta los 4045 días (retorno de la menstruación).

1.7.1. Puerperio inmediato

Tras el parto la mujer vive una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados con el cansancio físico, el nuevo rol de madre y las molestias puerperales (Usandizaga y De la Fuente, 1997)

a) Cambios físicos en el puerperio

A continuación se describen las principales modificaciones referidas a los genitales:

- **INVOLUCIÓN UTERINA:** tras el parto, el fondo uterino se sitúa entre el ombligo

y la sínfisis del pubis, con consistencia firme por la contractura muscular para comprimir los vasos sanguíneos. A los 7 días se palpa a la altura del pubis y en la cuarta semana recupera su tamaño previo.

- **DOLOR EN HIPOGASTRIO** (entuetos): son episodios de dolor intermitentes, más frecuentes en multíparas y que se acentúan con la lactancia.
- **LOQUIOS**: secreción posparto de la cavidad uterina.
- **VAGINA**: En las tres semanas siguientes al parto, la vagina vuelve a su tono normal, aunque en la mujer lactante por falta de estrógenos puede producirse una atrofia de la mucosa.
- **MAMAS**: La prolactina es la hormona encargada de la secreción láctea. La regulación de la secreción de la prolactina se efectúa a través de una hormona hipotalámica o dopamina, denominada factor inhibidor de la prolactina (PIF). Durante el embarazo los estrógenos inhiben la secreción del PIF, por lo que la secreción de la prolactina aumenta regularmente.

Después del nacimiento del neonato y con la expulsión de la placenta, se produce una disminución brusca de los estrógenos y la progesterona, lo que logra que se desbloquee la glándula mamaria y permite la acción de la prolactina sobre ésta. La secreción de prolactina aumenta de manera notable en las primeras 24-48 horas después del parto, estimulando así la secreción de la leche.

La primera secreción es el calostro (más mineral y proteica que la leche, con menos azúcares y ácidos grasos). A partir de las 48 horas aumenta la concentración de lactosa y aparece la leche materna (ácidos grasos, lactosa, proteínas y agua). Puede producirse ingurgitación mamaria entre el tercero y cuarto día posparto, con aumento de la temperatura de manera transitoria. Cuanto más frecuente es el estímulo de la succión más leche se produce.

MUSCULATURA PÉLVICA: Los músculos de la pelvis y del abdomen se recuperan en 6-7 semanas, aunque la sobredistensión y los desgarros musculares imposibilitan la total recuperación y pueden provocar diástasis de los rectos, hernias, prolapsos e incontinencia urinaria de esfuerzo (Calais-Germain, 2004).

SISTEMA URINARIO: Los cambios en el sistema urinario, se caracterizan por modificaciones en el tono vesical. La sobredistensión produce incontinencia urinaria por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la vejiga. Hay un aumento de la diuresis durante los 4-5 primeros días tras el parto por aumento de la filtración glomerular.

En relación a otros cambios hay que destacar:

El colesterol y los triglicéridos descienden en las primeras 24 horas posparto. La glucemia basal y la pospandrial disminuyen los 3 primeros días del puerperio.

En cuanto a aspectos hematológicos, el volumen sanguíneo se normaliza alrededor de la tercera semana.

En el aparato digestivo, el tono y la motilidad se normalizan en dos semanas.

Durante las primeras semanas persiste un aumento de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno, así como una respuesta menos eficaz a la actividad física.

Tras el parto, hay una disminución generalizada en la mineralización del hueso, con la lactancia y la amenorrea asociada, que es temporal y se resuelve a los 18 meses posparto (Llaca y Fernández, 2000).

b) Cambios psicológicos en el puerperio

Durante el parto, con el desprendimiento de la placenta, se produce un importante descenso hormonal que genera trastornos en el estado de ánimo.

En el puerperio es frecuente la aparición de trastornos adaptativos. Los cuidados que la madre debe ofrecer al recién nacido, en esta fase, requieren una disponibilidad afectiva y efectiva que difícilmente puede darse si existe un desequilibrio emocional en la madre o en el padre o si se generan conflictos de relación (García del Campo, 2003).

Distintas situaciones pueden agravar la inestabilidad emocional que la puérpera puede sentir. Así el nacimiento de un hijo/a que precisa ingreso prolongado o que presenta problemas de salud limitantes, o la incapacidad ya existente o sobrevenida de la madre, suponen una dificultad añadida, ante la que la familia ha de adoptar nuevas fórmulas en la organización de los cuidados.

Las medidas de apoyo a la madre lactante son consideradas como factores que influyen en la instauración y mantenimiento de la lactancia. La falta o debilitamiento de apoyo a la madre, la incorporación al trabajo se relacionan con la presencia de factores de riesgo. Este hecho sitúa a la persona en una situación de vulnerabilidad y propician la aparición de un amplio abanico de problemas emocionales en la madre (Servicio Vasco de Salud, 2003).

El puerperio es un momento de cambios muy relevantes que implicará ajustes

y reajustes de las expectativas, roles y funciones. Estos cambios repercutirán en la mujer, en la pareja y en la familia. La calidad de vida de la mujer, de su hijo/hija y su pareja depende en cierta medida de los niveles de adaptación en este periodo (Simkin, 2007).

El posparto es una experiencia difícil y compleja para las mujeres, fundamentalmente porque tienen que dar respuesta a múltiples demandas: las del recién nacido/a, el deseo de cumplir con las funciones maternas, compatibilizar estas con otras dentro y fuera del ámbito familiar. La mujer percibe sentimientos ambivalentes, a veces cargados de inseguridad, acerca de la forma de cómo debe cumplir estas funciones (Oviedo y Mondragón, 2006).

La cultura y los roles sociales maternos influyen en las expectativas e ideas que tiene la mujer acerca de cómo debe ser su comportamiento, pensamiento y sentimientos. En general, en el contexto en el que vivimos, la cultura dominante indica que ser una buena madre implica: abnegación, sacrificio, darlo todo por el otro/a, renuncia total, y ternura “infinita”.

Culturalmente la transición a “ser madre” es importante para la autoestima, el reconocimiento social y familiar, la satisfacción personal y la construcción de una identidad positiva de la propia mujer. Esta puede ir acompañada de niveles altos de tensión y ansiedad que están relacionados con el temor a fallar, dudas referidas al cuidado del bebé, a no saber interpretar el llanto, darle cuidados si enferma, a no alimentarlo bien (Correa y Holgrem, 2005).

Por todo ello, como señala Misol (2009), las mujeres puérperas necesitan información real de este periodo de cambios, comprensión y apoyo de sus parejas, familia y amistades, y el total apoyo del personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. (2007). "Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto" (Revisión Cochrane traducida), en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, Oxford: Update Software Ltd. Recuperado el 20 de julio de 2011, de <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- American College of Obstetricians and Gynecologist (1999). "Antepartum fetal surveillance", en *Practice Bulletin*, 9, October.
- American College of Obstetricians and Gynecologist (2002). "Special test for monitoring fetal health", en *Patient Education Pamphlet*, January.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. "Exercise during pregnancy and the postpartum period", en *ACOG Committee Opinion*, 267, January.
- Balasch, J. (1992). "Desarrollo folicular y ovulación. Regulación endocrina", en *Fertilidad y Esterilidad Humanas*, 25-33.
- Bakke, A.C.; Purtzer, M. Z. y Newton, P. (2002). "The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer", en *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 1131-1137.
- Balasch, J., Vanrell, J. A. (1990). "Conceptos actuales sobre el ciclo ovárico y su regulación", en *Clin. Invest. Obstet*, 11, 73.
- Barnett, R., Steptoe, A. (2005). "Marital Role Quality And Stress-Related Psychological Indicators", en *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 30, 1, pp. 45-67.
- Beckmann, M. M., Garret, A. J. (2007). "Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal" (Revisión Cochrane traducida), en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1, Oxford: Update Software Ltd. Recuperado el 20 de julio de 2011, de <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Benson, P. (2006). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Bernabé, M. A. (2004). "Lactancia materna: Dificultades y estrategias de promo-

ción en la lactancia materna desde atención primaria". En, Arguallo, J. (Ed.). *La lactancia materna*. Sevilla: Universidad de Sevilla, pp. 306-13.

- Burroughs, A. (2002). *Enfermería Materno infantil*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Burruelo, J. (2002). "Primeros vínculos en la vida", en *Revista pediatría de At. Prim.*, vol. II, nº 15.
- Cabero, L. (2003). *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*, Tomo 1. Madrid: Médica Panamericana, SEGO.
- Calais-Germain, B. (2004). *El Periné Femenino y el Parto*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Carrera, J. (2008). *Preparación física para el embarazo y parto*. 2ª edición revisada. Barcelona: Medici.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., Porter, R. (2001): "Who principals of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care curse", en *Birth*, 28, pp. 202-207.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004). "Lactancia Materna: guía para profesionales". En, *Monografías de la A.E.P.*, 5. Madrid: Ergón.
- Correa, E. y Holgrem, D. (2005). "Trastorno Bipolar en el período reproductivo", en, *Avances en Psiquiatría Biológica*, vol 6, pp. 28-45.
- Cortés, J. (2004), *Obstetricia General*. Madrid: Universitaria Ramón Areces.
- Crespo, C. (2000). *Cuidados de enfermería en neonatología*. Madrid: Síntesis.
- Consellería de Sanitat Valenciana (2004). *La aventura de ser padres: Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Cunningham, G.; Leveno, K. J.; Bloom, S. L. (2006). "Obstetricia de Williams", en, *Evaluación prenatal*, 15, pp. 26-38.

- Donat, F. (2000). *Enfermería Maternal y Ginecológica*. Madrid: Masson.
- Echeverría, J. (2003). "Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal", en *Anales de Pediatría*, volumen 58, 6, pp. 519-522.
- García del Campo, L (2003). "Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la psicoprofiaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto". En, *Nure Investigación*, Nov, 1(0), pp. 23-29.
- García, L., Aguado, J., Ascano, C., Caparrós, F., Navarro, P.; Ojuel, J. (1998). *Estudio de la depresión Postparto en las madres españolas: detección, incidencia y factores asociados*. Madrid; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- González-Merlo, A. y Del Sol. A. (1985). "Desarrollo y crecimiento del embrión y feto". En, *Obstetricia*, I, pp. 100-104.
- Guzmán López, S., Guzmán López, A. (2003). *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Panamericana.
- Hurtado, F.; Donat, F.; Escrivá, P.; Poveda, C.; Ull, N. (2003). "La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento". En, *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 66, pp. 67. 78.
- Llaca, V. y Fernández, J. (2000). *Obstetricia*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Kennedy, H. P.; Beck, C. T.; Driscoll, J. W. (2003). "Una luz en la niebla". En, *Matronas Profesión*, vol.4, 13, pp.4-18.
- Martin, L; Reeder, S. (1991). *Essentials of maternity nursing, family centered care*, Philadelphia: Lippincott.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el sistema Nacional de Salud*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Misol, R. C. (2009). "Atención a la Mujer y el Niño durante el embarazo y el puerperio". En, *Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Atención Primaria del PAPPSSemFYC*. Recuperado el 4 de septiembre de 2011, de <http://www.aepap.org/previnfad/Embpuer.htm>.
- Oviedo, F.; Mondragón, V. (2006). "Trastornos afectivos posparto". En, *Universitas Médica*, vol.47, 2. Recuperado el 1 de octubre de 2011, de [http:// med. javeriana](http://med.javeriana).

edu. co/ publi/ vniversitas/ serial/ v47n2/ 3% 20Transtorno% 20posparto. pdf.

- Sebastiá, G. (2000). "Entrenamiento psicofísico en la gestante". En, *Matronas profesión*, septiembre, pp. 4-13.
- Servicio Vasco de Salud (2003). *Guía Vasca: Vas a ser madre*. Bilbao: Dep. Sanidad SS-1599/03.
- Simkin, P. (2007). "La experiencia de la maternidad en la vida de una mujer". *Journal of Obstetric*, pp.73-85.
- Sistema Canario de Salud (2004). "Rol Profesional de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud". En *Dirección General de Programas Asistenciales del SCS*. Gran Canarias: SCS.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (1995). "Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal". En, *Grupo de Trabajo sobre Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. Zaragoza: INO Reproducciones, pp. 45-65.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2005). "Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología". En, *Documentos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: SEGO.
- Teixeira, D., Martin, O., Prendiville, V. y Glover, V. (2005). "The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy". *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, December, 26, 4, pp. 271-276.
- Tennant, M. (1991). *Adulthood and learning: psychological approaches*. Esplugues de Llobregat: El Roure.
- Torrens, R.M. y Martínez Bueno, C. (2001). *Enfermería de la mujer*. Madrid: DAE.
- Usandizaga, J. A., De la Fuente, P. (1997). *Tratado de Obstetricia y Ginecología, vol I*. Madrid: McGraw- Hill/Interamericana.
- Vanrel, J. A. (1992). "Gametogénesis. Fecundación e implantación". En, *Fertilidad y esterilidad Humanas*, pp. 45-54.
- Vidart, J. A; Jimeno, J. M. (1988). *Pregrado en obstetricia y ginecología. Tomo I*. Madrid: Luzán.

CAPITULO 2

La inmigración en España

2.1. El fenómeno migratorio

Los movimientos migratorios han sido una constante en la historia de la humanidad. Sin embargo, en la sociedad actual constituye uno de los temas de mayor interés debido a sus importantes repercusiones, tanto en los países de origen como de destino de los inmigrantes.

Según Grinberg y Grinberg (1984) la migración es aquel proceso por el que las personas realizan un traslado geográfico a un lugar lo suficientemente distinto y distante, y por un tiempo lo bastante prolongado, como para que implique desarrollar en él las actividades de su vida cotidiana. Este cambio, además, requiere de un importante esfuerzo y ajuste psico-social de la persona que emigra.

La dimensión actual de los flujos migratorios resulta superior a la de cualquier otro periodo histórico. Naciones Unidas estima que en el año 2005 una de cada treinta y cinco personas residía en un país distinto al de su de origen, estableciendo el cómputo internacional de inmigrantes en 190 millones. En la actualidad, los principales países receptores de inmigrantes son Estados Unidos, Rusia, Canadá, Australia y la zona de Europa occidental. En esta última región residen 60 millones de extranjeros, la mitad son mujeres. Esta feminización refleja el progresivo incremento del número de mujeres que emprende proyectos migratorios no sólo por motivos de reagrupación familiar, sino también en busca de mejores condiciones de vida (Naciones Unidas, 2006).

Los factores que desencadenan los movimientos migratorios actuales son de carácter económico, laboral, político y ecológico (Arango, 2002). La particularidad de estos traslados horizontales de población respecto a los del pasado son las grandes diferencias existentes entre los países de origen y los receptores, entre las que se encuentran las diferencias culturales. Este aspecto supone un movimiento contrario a la tendencia histórica de migrar a países o áreas culturales similares.

Estas migraciones no pueden explicarse exclusivamente como un hecho individual, sino que hay que entender este fenómeno como un movimiento de redes migratorias. Es decir, está influido por una red de relaciones tanto en el país receptor como en el emisor. De esta manera, la decisión de emigrar y la elección del destino está influenciada por anteriores experiencias migratorias de familiares o conocidos y por los contactos que puedan tenerse en el lugar receptor.

En este sentido, hay que definir el concepto de red migratoria como “proceso social que conecta a gente establecida en diferentes espacios y les ofrece posibilidades de desarrollar estrategias fuera del lugar de nacimiento” (Crespo, 2000). Según Crespo el movimiento migratorio no es un fenómeno que se de de forma unilateral sino que genera movimientos continuos de personas, bienes y experiencia entre el país receptor y el emisor. Las redes sociales ejercen de estímulo o motivación para el movimiento migratorio, dadas las posibilidades de apoyo social, cultural y económico que ofrecen.

2.2. La inmigración en España

Durante años España ha sido un país de emigrantes. A pesar de esta tendencia, en las dos últimas décadas se ha convertido en destino para inmigrantes que proceden principalmente del norte de África, del continente americano y del este de Europa.

Las razones que justifican esta inversión del flujo migratorio son numerosas, pues además del cambio fundamental en la situación política y económica, se suman otros factores geográficos y lingüísticos. El hecho de que España se encuentre a pocos kilómetros del continente africano, ha influido en el hecho de que se convierta en objetivo para conseguir el acceso hacia otros países del continente europeo. Por

otro lado, la población hispanoamericana tiende a elegir España entre otros países europeos para salvar la barrera del idioma que, sin duda, dificulta todos los procesos de adaptación.

La intensidad en el flujo migratorio ha convertido a España en el país de la Unión Europea que más ha contribuido al aumento de la población inmigrante en este continente (Arango, 2004). Los extranjeros empadronados han pasado de 637.085 en 1998 a 5.220.577 en el año 2008. A esta cifra hay que añadir un número importante de personas que no figuran en los registros de empadronamiento (INE, 2009).

La mayoría de esta población inmigrante procede del Ecuador, Rumania y Marruecos y está asentada en la Comunidad de Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía. La edad de este colectivo de inmigrantes se encuentra entre los 15 y 49 años, por lo que se trata de personas jóvenes y en edad fértil (INE, 2009).

La feminización del fenómeno migratorio también se observa en el contexto español. El aumento de mujeres que inician este proceso de desplazamiento geográfico se explica, según Solé (2002), por dos razones principales: en primer lugar, la reunificación familiar. En segundo, la emigración de mujeres solas en busca de una mejora económica, social o una mayor libertad.

Añade Solé que el acceso al mercado laboral de las mujeres inmigrantes en España, como en otros países, presenta desigualdades desde el punto de vista de género. Esta situación empeora por doble discriminación, ser mujer y ser inmigrante. Las oscilaciones en la economía afectan más a las mujeres inmigrantes, obligándolas a realizar trabajos de baja cualificación y remuneración económica. A este hecho, autores como Gregorio (1998) lo denominan la "feminización de la pobreza". Es decir, las mujeres dentro de los grupos más desfavorecidos son las más vulnerables.

Esta feminización ha venido acompañada de un paulatino incremento en el número de nacimientos de madres extranjeras. En este sentido basta observar que, entre 1998 y 2008, España pasó de registrar un 4,2% de nacimientos de madres no nacionales a un 20,7% (INE, 2008). Este crecimiento de la población inmigrante en España ha generado importantes cambios, tanto desde el punto de vista socio-demográfico como en las demandas de atención sanitaria y, especialmente, en las referidas a la salud reproductiva.

2.3. Inmigración en Andalucía

Andalucía no ha sido una excepción. En el último censo de inmigrantes en España aparece como la tercera comunidad autónoma con un mayor número de extranjeros residentes o con certificado de registro, con un total de 608.186, precedida de Cataluña (1.053.293) y Madrid (838.976).

Entre estos inmigrantes, el 51% son provenientes de la Unión Europea, el 22% de África, el 18% de América del Sur, el 4% de Asia, el 3% del resto de Europa, un 1% son norteamericanos. Una distribución que tiene un fiel reflejo en todas las provincias, excepto en Almería, donde un 36% son africanos (14 puntos por encima de la media andaluza), Jaén, con un 39% de africanos y Sevilla con un 30% de inmigración procedente de Sudamérica (12 puntos por encima de la media autonómica). El país desde el que más emigran hacia nuestra Comunidad es Rumania, seguido de Marruecos, Reino Unido y Ecuador. Muy por debajo está China, aunque es el país asiático desde el que acuden más extranjeros.

Hay desigualdad en la distribución de inmigrantes en Andalucía. Málaga es la provincia con más inmigrantes, seguida por Almería, Sevilla y Granada (Ministerio de Trabajo, 2011).

En lo que se refiere a la atención sanitaria a los inmigrantes en Andalucía, el Sistema Sanitario Público Andaluz garantiza a todas las personas inmigrantes, de acuerdo con los principios de universalidad y equidad, una atención sanitaria adecuada a sus necesidades de salud, en los mismo términos que la población autóctona, con independencia de sus circunstancias personales, sociales o administrativas. En ese marco, y de acuerdo con lo que establecen el III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 y el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009, las políticas en esta materia están dirigidas a facilitar el acceso al servicio Sanitario Público, en condiciones de igualdad y equidad, a la población inmigrante, y a reducir desigualdades en el ámbito de la salud, prestando especial atención a los colectivos de extranjeros en situaciones de riesgo de exclusión social. Hemos considerado relevante exponer estas medidas para comprender mejor la actuación que en materia sanitaria y social se ofrece a las personas inmigrantes en Andalucía.

Los objetivos específicos del II Plan Andaluz de Inmigración (II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, 2006-2009) en el Área de Intervención Socio Sanitaria son:

- Facilitar el acceso al Servicio Sanitario Público de Andalucía a la población in-

migrante. El acceso a los servicios y recursos en materia sanitaria es un derecho fundamental de las personas, no vinculado a la situación administrativa.

- Mejorar la calidad asistencial.
- Incorporar la perspectiva y las necesidades de la población inmigrante en la atención del programa de salud materno infantil.
- Ampliar el Plan de Atención a Cuidadores y Cuidadoras adaptándolo a los problemas de salud de las familias inmigrantes.
- Adaptar los dispositivos de salud mental a la diversidad cultural.
- Atender los problemas de salud a las personas inmigrantes que ejercen la prostitución.
- Reducir los riesgos y daños derivados del consumo de drogas.

Por su parte, las medidas de intervención del II Plan Andaluz en el Área Socio Sanitaria tienen como objetivos:

- Difusión de la forma de acceso a los servicios de salud entre la población inmigrante.
- Potenciación de la mediación a través de programas de las ONG.
- Captación de la población desde las zonas básicas de salud.
- Conocimiento y uso de las particularidades de la multiculturalidad por parte del colectivo de profesionales de la salud.
- Educación maternal.
- Plan de apoyo a la lactancia.
- Educación sexual y planificación familiar.
- Detección precoz de metabolopatías.
- Vacunación infantil.
- Adaptación del marco conceptual del programa materno-infantil teniendo en cuenta la realidad de la población inmigrante, la concepción de las relaciones sexuales la maternidad y la crianza en sus países de origen.
- Formación por parte de enfermeras comunitarias de cuidados básicos a los cuidadores y cuidadoras informales de personas inmigrantes.
- Creación de dispositivos de salud mental dirigidos a personas inmigrantes.

- Ofrecer servicios sanitarios a las personas inmigrantes que ejercen la prostitución.
- Hacer campañas de prevención en drogodependencias.

Además, entre otras actuaciones, en la última década se elaboró y distribuyó entre profesionales de la salud manuales de atención sanitaria a inmigrantes, así como materiales de apoyo a la consulta, especialmente la hoja de entrevista clínica traducida a varios idiomas y la "carpeta de salud" para las personas inmigrantes que tienen movilidad por su trabajo. Por otra parte, se incorporó transversalmente la perspectiva de la inmigración en todos los procesos de planificación, destacando el Plan Integral de Tabaquismo, el proyecto de Humanización de la Atención Perinatal, el Plan Integral de Salud Mental y el Plan de Atención a Personas Cuidadoras (III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 y II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009).

Como se puede observar, las medidas para mejorar la asistencia sanitaria a los inmigrantes se basan en un abordaje integral de las personas, garantizando el acceso a la asistencia sanitaria adecuada y su necesaria continuidad asistencial. Además, tienen entre sus objetivos sensibilizar y formar a profesionales sanitarios y sociales, de las necesidades socio-sanitarias de la población inmigrante, en especial del colectivo de niños, niñas y mujeres para favorecer la convivencia intercultural en salud.

2.4. Legislación española de Extranjería

2.4.1. Evolución de la legislación española de Extranjería: el derecho a la asistencia sanitaria

El Derecho es un elemento fundamental en los actuales fenómenos migratorios. La importancia del ámbito legal en las cuestiones migratorias es indiscutible ya que se trata de una herramienta fundamental para definir quién es un inmigrante extranjero, por tanto, sujeto a una serie de normas particulares (Lafuente, 2011).

De modo general, se puede afirmar que es con el progresivo asentamiento de extranjeros cuando los países de acogida desarrollan normas acerca de la inserción en el mercado de trabajo, así como los derechos y obligaciones de los no nacionales. Este segundo grupo de medidas, (derechos y obligaciones) se refieren de un modo más directo al fenómeno de la inmigración y su integración en la sociedad de acogida (Lafuente, 2011).

Tanto en el ámbito de la extranjería como en el de la inmigración, cada Estado tiene la potestad para establecer un conjunto de normas. De este modo, aunque el Derecho moderno reconoce el principio de igualdad¹, por ejemplo la Constitución española señala en el artículo 10.1 que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”, es frecuente que los extranjeros sufran limitaciones en sus derechos políticos, así como en las libertades de residencia y establecimiento en el territorio nacional.

Como en otras legislaciones occidentales, la Ley de Extranjería española² reconoce una serie de derechos comunes a todos los hombres; mientras otros derechos se refieren exclusivamente a los españoles. Y todo esto debido a que el extranjero es definido como “el no nacional, el que no comparte nuestros atributos identitarios y quien, por tanto, tampoco ha de compartir nuestros derechos” (Ruiz y Ruiz, 2001). Partiendo de esta distinción entre nacionales y extranjeros, la base jurídica que regula la entrada y estancia de los extranjeros es la discriminación y la desigualdad en el trato respecto a los autóctonos (Ruiz y Ruiz, 2001).

La propia Constitución española establece determinados derechos en los que no existen diferencias entre nacionales y extranjeros, como “el derecho a la integridad física y moral” (Aparisi, 2003), mientras que otros se refieren únicamente a los españoles, como “el derecho a participar en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes libremente elegidos en elecciones periódicas por sufragio universal” (Art. 23.1.), así como el “derecho a acceder en condiciones de igualdad a las funciones y cargos públicos con los requisitos que marque la ley” (Art. 33.2). En esta misma línea, aunque la Ley Orgánica 4/2000 (LO 4/2000) supuso un importante avance en el reconocimiento de los derechos de los extranjeros residentes o empadronados al equipararlos con los de los nacionales, reservaba algunos derechos como el de sufragio a los españoles (Díez, 2002).

1 Así se recoge en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 que en su Preámbulo sostiene que “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”. También en las Constituciones occidentales, como la española que el artículo 10.1 establece que: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.

2 Se ha tomado como referencia los textos legales compilados en, Fernández, J. C. y Fernández, A. (ed.): *Ley de Extranjería y legislación complementaria*. Tecnos, Madrid, 2005

La aplicación de Ley de extranjería implica, además, la distinción de los extranjeros en dos grandes grupos: “regulares”, con autorización administrativa; e “irregulares”, que permanecen en un país sin autorización o sin la renovación del permiso requerido. Esta clasificación supone, además de una diferencia jurídica, una distinción social clara pues los inmigrantes en situación irregular sufren una mayor desvalidez jurídica (Otaduy, Tejero y Viana, 2002).

El hecho de que España sea miembro de la Unión Europea (UE) supone otra distinción fundamental entre extranjeros comunitarios y extracomunitarios. En el “Tratado Constitutivo de la Comunidad Económica Europea” firmado el 25 de marzo de 1957, ratificado por España en 1986, se recoge que uno de los principios de la Comunidad es crear “un mercado interior caracterizado por la supresión, entre los Estados miembros, de los obstáculos a la libre circulación de mercancías, personas y capitales” (art. 3). De este modo, los ciudadanos comunitarios están regidos por el principio de libre circulación pues tienen derecho a entrar, salir, circular y permanecer libremente en territorio español; segundo, los ciudadanos comunitarios y sus familiares, aunque con excepciones, tienen derecho a acceder a cualquier tipo de empleo, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, en iguales condiciones que los españoles.

2.4.2 Evolución de la legislación española sobre extranjería

La Constitución de 1978 constituye una de las primeras piezas de la actual legislación sobre extranjería. En el artículo 13 del Título I se recogen las principales normas acerca del estatuto jurídico de los extranjeros en España: “1. Los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley. 2. Solamente los españoles serán titulares de los derechos reconocidos en el artículo 23 salvo los que, atendiendo a los criterios de reciprocidad, pueda establecerse por tratado o ley para el derecho de sufragio activo y pasivo en las elecciones municipales. 3. La extradición sólo se concederá en cumplimiento de un tratado o de la ley, atendiendo al principio de reciprocidad. Quedan excluidos de la extradición los delitos políticos, no considerándose como tales los actos de terrorismo. 4. La ley establecerá los términos en que los ciudadanos de otros países y los apátridas podrán gozar de los “derechos de asilo en España”.

La legislación sobre extranjería se desarrolló con la Ley 5/1984 de marzo, que regula el derecho de asilo y la condición de refugiado; la Ley Orgánica 7/1985 sobre

derechos y libertades de los extranjeros en España; y el Real Decreto (RD 1099/1986) que regulaba la circulación de los ciudadanos comunitarios.

A partir de la década de los noventa, coincidiendo con una mayor entrada y asentamiento de inmigrantes no comunitarios, se desarrollan una serie de medidas orientadas a la integración. Ejemplo de este giro hacia una política migratoria más orientada hacia la integración de los extranjeros residentes en España, hay que citar que la Dirección General de Migraciones, cambió del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social al Ministerio de Asuntos Sociales. Además, se aprueba la Proposición no de Ley del 9 de abril de 1991 que gira en torno a tres ejes: el control de los flujos migratorios, la integración social de los inmigrantes y la cooperación con los países emisores.

En el mismo sentido, a mediados de los noventa se aprueba el "Plan para la Integración Social de los inmigrantes", que incluye la creación del Observatorio Permanente de la Inmigración y el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes. Más tarde, se aprueba un nuevo Reglamento, que según su Exposición de Motivos pretende dar respuesta a los "cambios que se han producido en España con relación al fenómeno migratorio desde 1986" (R.D. 155/1996). Junto a este motivo se exponía la necesidad de adaptar la legislación española a los compromisos internacionales suscritos, especialmente respecto del Tratado de la UE. Además, se señalaba como otro de los objetivos "mejorar la estabilidad y la seguridad jurídica de los trabajadores extranjeros" (R.D. 155/1996).

El final de la década de los noventa está marcado por el proceso parlamentario para la aprobación, el 29 de diciembre de 1999, de la segunda Ley Orgánica sobre extranjería, la LO 4/2000 que exponía en su capítulo I que los extranjeros "gozarán en España, en igualdad de condiciones que los españoles, de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución". Aunque este principio de igualdad entre extranjeros y nacionales se recogía también en la LO 7/1985, vigente hasta el 1 de febrero de 2000, los derechos y libertades que abarcaba esta norma eran mucho más limitados y aplicables sólo a los extranjeros con residencia legal en España (Charro y Ruiz de Huidrobo, 2000).

Junto a las medidas para la integración social de los inmigrantes la LO 4/2000 rebajaba las sanciones por la infracción de las normas de extranjería. Además, se reconocía el derecho y obligación a conservar la documentación que acredita la identidad, la libertad de circulación por el territorio español, la posibilidad de participar en

las elecciones municipales, según los requisitos que establecen las leyes y tratados, la libre asociación, el derecho a la educación, al trabajo y a la Seguridad Social; la sindicación y la huelga, la asistencia sanitaria, y finalmente, ayudas en materia de vivienda. Frente a la condición de residencia legal para el acceso a estos derechos, la inscripción en el Padrón Municipal es el criterio para delimitar a los destinatarios (Lafuente, 2011)

La posterior reforma de la LO 4/2000 supuso el recorte de los derechos de los extranjeros irregulares y un endurecimiento de las medidas sancionadoras (Álvarez, 2000). Entre otros aspectos, la LO 8/2000, de 22 de diciembre, eliminaba la elección de un representante para los asuntos municipales y se sustituía por la posibilidad de ser “oídos en los asuntos que les afecten” (Título VII, artículo. 6.2). En el caso de los extranjeros que no tienen residencia legal se eliminaban, además, los derechos de reunión, manifestación, asociación y huelga. Y esto, a pesar de que la LO 8/2000 establece que los extranjeros “gozarán en España de los derechos y libertades reconocidas en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos” (artículo 3).

Tras la reforma de la ley de extranjería, en diciembre de 2000 se aprobó el Programa Global de Regulación y Coordinación de la Extranjería y la Inmigración en España (GRECO). Éste se estructura en cuatro líneas básicas: primero, el diseño global y coordinado de la inmigración como fenómeno deseable para España, en el marco de la Unión Europea; segundo, la integración de los residentes extranjeros y de sus familias; tercero, la regulación de los flujos migratorios; cuarto, el mantenimiento del sistema de protección para los refugiados.

En 2002 se inicia una nueva reforma que concluye con la aprobación de la “Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros” (LO 11/2003). Como el propio título indica, esta norma nace con dos objetivos: el primero es reforzar el control tanto sobre los delitos cometidos por los extranjeros no residentes, como en los relacionados con el tráfico ilegal de personas; el segundo pretende la integración social de los inmigrantes.

Durante el año 2003 se acomete la cuarta reforma del régimen legal de extranjería con la aprobación de la LO 14/2003 que tiene como objetivos: la simplificación de los trámites administrativos y del régimen jurídico de los extranjeros en España; la

determinación de los tipos de visados; luchar contra el fraude en los procedimientos administrativos; la mejora de los instrumentos y de los medios para luchar contra la inmigración ilegal y el tráfico de personas; finalmente, el reforzamiento de los procedimientos para devolver a los extranjeros que entran ilegalmente en España. Se recogen nuevas obligaciones para las compañías de transporte que cubran las rutas procedentes de fuera del Espacio Shengen, con el objeto de reforzar el control en las fronteras (art.66); o la obligación de proveerse de una tarjeta de identidad de extranjero como recoge el artículo 4.2.: "Todos los extranjeros a los que se haya expedido un visado o una autorización para permanecer en España por un período superior a seis meses, obtendrán una tarjeta de identidad de extranjero, que deberán solicitar personalmente en el plazo de un mes desde su entrada en España o desde que se conceda la autorización, respectivamente".

Después de esta última ley orgánica se aprobó un Reglamento de Ejecución de la LO 14/2003 (Real Decreto 2.393/2004), de 30 de diciembre. Entre otros aspectos, recogía un proceso de regularización extraordinario de tres meses para los inmigrantes que ya se encontraban en situación irregular en España. Otra de las novedades que supuso este reglamento fue la creación de una Comisión Laboral Tripartita de Inmigración que permitiera el trabajo común de todos los agentes sociales. A lo largo de estas modificaciones de la ley de extranjería, el derecho a la asistencia sanitaria es uno de los pocos artículos que no ha sufrido ninguna modificación. Aunque este derecho no estaba regulado en la Ley Orgánica 7/1985, el Reglamento de desarrollo de la misma, en su artículo 9, reconocía los derechos y las prestaciones de los extranjeros residentes legales, afiliados y dados de alta en la Seguridad Social (Lafuente, 2011)

2.4.3. El derecho a la asistencia sanitaria

Frente al resto de los anteriores artículos ya referidos, el referente al acceso a la sanidad pública es uno de los pocos que no ha sufrido limitaciones. El artículo 12 regula que todos los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Para acceder a ella el único requisito es encontrarse inscrito en el padrón del municipio en el que reside habitualmente:

- «1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria

en las mismas condiciones que los españoles.

2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto».

Este artículo 12 se centra casi exclusivamente en los extranjeros en situación irregular, ya que la regulación de este régimen para los extranjeros residentes está recogida en el artículo 14. Así, se articula un sistema de asistencia sanitaria gratuita para ofrecer una cobertura sanitaria en las siguientes situaciones:

- Los extranjeros menores de 18 años.
- Los extranjeros en situación irregular y que se encuentren empadronados.
- Las ciudadanas extranjeras en estado de gestación durante el embarazo, parto y postparto.
- Cualquier extranjero que se encontrase en España en situación irregular, y no estuviese empadronado, y al cual se le prestaría asistencia sanitaria pública en los casos de urgencia.

El procedimiento para ejercitar el derecho a la asistencia sanitaria varía de una Comunidad Autónoma a otra, sobre todo después de que han sido transferidas a las Comunidades Autónomas las competencias en materia de Sanidad. De modo general, un inmigrante extranjero en situación irregular, para recibir la asistencia sanitaria gratuita debe seguir el siguiente proceso: En primer lugar, deberá estar empadronado en el municipio en el que resida. Para ello necesitará dirigirse al Ayuntamiento o a la Junta Municipal del distrito que le corresponda con la documentación que acredite su identidad y la documentación acerca del domicilio en el que vive. Si el extranjero vive en una casa en régimen de alquiler, necesitará el contrato de arrendamiento de la vivienda, en el caso de que no esté a su nombre porque convive con otras personas, necesitará una autorización del titular del contrato de arrendamiento

o del dueño de la vivienda.

En segundo lugar, una vez empadronado, se dirigirá a la Tesorería de la Seguridad Social para solicitar un número de afiliación a la Seguridad Social. Para finalizar, se dirigirá al Centro de Salud más cercano al domicilio donde esté empadronado y allí cumplimentará los formularios de solicitud de tarjeta sanitaria y de solicitud de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes. Cuando se hayan cumplimentado estos documentos, se le entregará la tarjeta con la asignación del médico, y por tanto podrá ser atendido en el Centro de Salud que le corresponda, hasta que se le entregue la Tarjeta sanitaria definitiva.

En el caso de las mujeres embarazadas que no se encuentran empadronadas, generalmente se les hace un seguimiento hasta las seis semanas posteriores al parto y se les informa, al igual que a los menores próximos a cumplir los 18 años, del derecho de acogerse a la asistencia sanitaria gratuita por el hecho de estar empadronados.

La evolución de la legislación y lo referente en concreto a la asistencia sanitaria, a partir de la década de los noventa, cuando se apreciaba un cambio de tendencia en el fenómeno migratorio español, se ponen en marcha una serie de medidas orientadas a la integración, aunque con ciertas incertidumbres. En la actualidad, si bien existen diferencias en el tratamiento jurídico hacia los extranjeros respecto a los nacionales, sobre todo en el ámbito laboral y la participación política en la sociedad española; se entiende que la condición de extranjero no es un obstáculo para el acceso a una serie de derechos como la educación básica obligatoria y el acceso a las prestaciones sanitarias (Lafuente, 2011).

BIBLIOGRAFÍA

- Aparisi, A. (2003): "La inmigración: reflexiones desde el derecho". En Banús, E. (ed.): *La inmigración, desafío y oportunidad para Europa*. Pamplona: Eunsa.
- Arango, J. (2002). "La inmigración en España a comienzos del siglo XXI: Un intento de caracterización". En García Castaño, J y Muriel López, C. (Eds.), *La inmigración en España. Contextos y alternativas* (pp. 57-69). Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales.
- Arango, J (2004). La población inmigrada en España. *Economistas*, 99, 6-14.
- Charro, P., Ruiz de Huidobro, J. M. (2000). "La LO 4/2000: Análisis técnico-jurídico de sus principales novedades", en *Migraciones*, nº 7, 2000, págs.7- 56.
- Crespo, R. (2000). *Atles de recursos sobre immigració estrangera de la provincia de Barcelona*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Díez, L. (2002): "La ley española de inmigración 4/2000 tras la reforma". En Pastor, L. J., *Globalización y migraciones hoy* (pp. 31-48).Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (2006). Estado de la población mundial 2006. *Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional*. Recuperado el 8 de diciembre de 2011, de http://www.UNFPA.Org/upload/lib_pub_file/652_filename_sowp06_sp.pdf
- Gregorio, C. (1998). *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*. Nancea: Madrid.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza Editorial.
- Instituto Nacional de Estadística (2009). *Explotación estadística del Padrón a 1 de enero de 2009. Población extranjera en España*. Recuperado el 19 de agosto 2011: <http://www.ine.es/taxi/tabla.Do?Path=t20/e245/p04/provi/io/&file=00000011.PX&TYP e=praxis&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2009). *Explotación estadística del Padrón a 1 de*

enero de 2009, *Población extranjera en España por edad*. Recuperado el 19 de agosto de 2011, de [http://: www.ine. <es/jaxi/tabla. Do? Path=t20/e301/provi/ io/&file=00000011.PX&TYP e=praxis&L=0](http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?Path=t20/e301/provi/io/&file=00000011.PX&TYP e=praxis&L=0)

- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Movimiento Natural de la población. Nacimientos de madre extranjera. 2008*. Recuperado el 19 de agosto de 2011, de [http://: www.ine. <es/jaxi/tabla. Do? path=t20/e301/provi/10/&file=03002. px.&tipe=pcaxi s&L=0](http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=t20/e301/provi/10/&file=03002.px.&tipe=pcaxi s&L=0)
- Lafuente, P. (2011) *Mediatización del fenómeno migratorio: la inmigración en España vista a través de El País, El Mundo y Abc*. Buenos Aires: Libros en Red.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2011). *Informe trimestral del mes de agosto-2011*. Recuperado el 19 de agosto de 2011, de <http://www.mtin.es/> <http://www.mtin.es/estadisticas/>
- Otaduy, J., Tejero, E., Viana, A. (eds.): "Migraciones, Iglesia y Derecho". En *Actas del V Simposio del Instituto Martín de Azpilicueta sobre "Movimientos migratorios y acción de la Iglesia. Aspectos sociales, religiosos y canónicos"*. Pamplona: Navarra ediciones gráficas.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2005). *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision*. Recuperado el 8 de diciembre de 2011, de [http:// esa.un.org/ migration](http://esa.un.org/migration)
- Ruiz, B. y Ruiz, E. J. (2001). *Las políticas de inmigración: la legitimación de la exclusión*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Solé, C. (2000) La inmigración femenina en la era de la globalización. En M. A. Roque (Dir.), *Mujer y migración en el mediterráneo occidental*. Barcelona: Icaria

CAPITULO 3

La mujer inmigrante

3.1. Introducción

Las transformaciones ocurridas en estas últimas décadas en los flujos migratorios indican una feminización en estos. Las mujeres inmigrantes tienen una entidad propia y unas necesidades derivadas de su condición sexual y etapa reproductiva. A medida que se ha incorporado la mujer al hecho migratorio, crece la necesidad de dar respuesta a los problemas específicos que concurren sobre ellas, por su doble condición de mujeres y de inmigrantes. Este colectivo soportan una carga adicional de estrés, ya que a la situación desfavorable que supone ser inmigrante, se suma con frecuencia, la situación desfavorable de género que se produce tanto en su propio país como en el lugar de destino (Gregorio, 2002).

3.2. La salud en las mujeres inmigrantes

Las mujeres inmigrantes suelen caracterizarse por su juventud, por tanto edad fértil, así como por su buen estado de salud. Al igual que las españolas jóvenes y en edad fértil, las mujeres inmigrantes se enfrentan a situaciones relacionadas con el embarazo, el parto, abortos, la anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual (Junta de Andalucía, 2003). La asistencia sanitaria de este colectivo lleva implícitas dificultades relacionadas con las diferencias culturales y lingüísticas. Los problemas de integración en el país receptor o la falta de comunicación y de entendimiento entre los profesionales y la paciente originan dificultades en la utilización de los recursos sanitarios. Este hecho plantea la necesidad de emprender acciones para mejorar el acceso y la utilización de los servicios ofertados.

En este sentido, la formación de los profesionales sanitarios resulta primordial para poder afrontar las necesidades planteadas por la mujer inmigrante de forma efectiva y adaptada a sus hábitos y patrones culturales (López-Vélez, 2004). Entender desde "otro código" las necesidades y la comunicación mujer inmigrante-profesional sanitario facilitaría la asistencia sanitaria a este colectivo. Todo esto requiere pres-

tar cuidados dirigidos a este colectivo, teniendo en cuenta las características de su propia historia de vida.

El colectivo de mujeres inmigrantes no es homogéneo, sus respuestas y comportamientos sanitarios varían en función de la edad, condiciones socioculturales, laborales, nivel educativo, religión y nivel de desarrollo en su lugar de origen. De acuerdo con Oliver, Jiménez y Carmona (2003) la situación sanitaria de las mujeres inmigrantes no se debe simplemente al factor migratorio, sino también a las condiciones socioeconómicas que padecen, muchas de las veces rozando la precariedad y la marginalidad.

De manera generalizada, cuando se estudia plantea la salud de las mujeres inmigrantes se suele asumir que esta población tiene un estado de salud peor que la población autóctona, y que algunas de las enfermedades que puedan sufrir serán de difícil diagnóstico por desconocidas o erradicadas en el país receptor. Sin embargo, cuando se observa la información sobre el estado de salud de la población inmigrante de primera generación, se detecta que la mujer inmigrante recién llegada, no suele padecer problemas de salud. Algunas investigaciones incluso, ponen de manifiesto mejores indicadores de salud en algunos grupos de inmigrantes, en relación a los autóctonos de los países de destino (Razum, Zeeb y Rohrmann, 2002).

Este aspecto podría ser debido al denominado "efecto del inmigrante sano", resultado de varios procesos de selección que da lugar a que este colectivo constituya un subgrupo de población joven, con mejor nivel educativo y mejores indicadores de salud que la población general en sus países de origen. Asimismo, existe un acuerdo generalizado en cuanto al empeoramiento de diversos indicadores de salud al aumentar el tiempo de residencia en el país receptor y en sucesivas generaciones (Crump, Lipsky y Mueller, 1999).

No obstante, no podemos olvidar que algunas mujeres inmigrantes puedan desarrollar enfermedades ya instauradas antes de abandonar el país de origen, así como otras derivadas de la propia elaboración del proyecto migratorio, ya que la inmigración siempre supone un complejo conjunto de riesgos, beneficios y pérdidas. Los beneficios vienen por el acceso a lo deseado pero, por el contrario, también hay una parte de duelo por todo lo valioso que se deja atrás. Desde una perspectiva psicológica, los riesgos, las separaciones y las pérdidas pueden provocar desequilibrios psíquicos. (Achotegui, 2006) De lo anterior se deduce que la elaboración de un proyecto migratorio requiere una preparación, que suele ser larga. Asimismo, nece-

sita de una inversión económica para acceder al país de destino o para afrontar los altos costes de emigrar clandestinamente. Podemos decir que todos los proyectos migratorios necesitan tiempo, planificación y una inversión económica, por tanto esta fase preparatoria no está exenta de niveles de estrés y ansiedad.

Los factores que pueden provocar problemas psíquicos en la población inmigrante y, en especial en las mujeres, están relacionados, primero, con el proceso de abandono del país de origen y, segundo, con el proceso de adaptación al país receptor. Entre los primeros factores hay que destacar la lejanía y ruptura con de la familia. Este aspecto podría provocar sentimientos de culpa, tristeza, soledad y remordimiento (Achotegui, 2006). Según Achotegui (2002) entre los factores relacionados con el proceso de adaptación en el país de acogida, se encuentran las secuelas del viaje realizado hasta alcanzar el país de destino, desorientación por el desconocimiento del entorno, sentimientos de miedo, impotencia ante las dificultades de acceso al empleo, vivienda y una normalización administrativa, lengua, cultura y religión distintas al país receptor. Junto a esto, el enfrentarse a otro sistema de valores y funciones dentro de la sociedad de acogida, sin olvidar la presión por parte de redes mafiosas que hubieran podido facilitar la entrada, podría desencadenar un síndrome de estrés o duelo migratorio.

En este sentido, Manticano y García (2004) señalan que las mujeres inmigrantes presentan mayores tasas de depresión y de trastornos de ansiedad que los grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen y del país receptor. El hecho de vivir en una cultura o entorno de acogida que resulta hostil, junto a la separación familiar y las posibles situaciones de discriminación y racismo, favorece que este colectivo de personas presente dificultades emocionales y problemas de adaptación psicológica a la sociedad de acogida.

En el caso de las mujeres inmigrantes, éstas experimentan un cambio vital brusco que puede ser considerado como factor estresor de primer grado ya que dadas las numerosas dificultades que experimentan se ven sometidas a mayores niveles de estrés cotidiano (Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega y Pérez-García, 2009) Además de esto, según Achotegui (2006) entre los trastornos mentales más frecuentes destacan los siguientes:

- De ansiedad, secundarios al viaje migratorio, la falta de recursos, de una red social y familiar.
- Somatomorfos, provocados por el propio deterioro social y laboral.

- Del estado de ánimo, como consecuencia de la separación de la familia, el país y la propia cultura de este. Provoca insomnio, sentimientos de culpa y miedo al futuro.
- Depresivos, desencadenados por la intensidad y duración de elementos estresantes y la falta de apoyo social
- Falta de control de los impulsos, con comportamientos antisociales, agresividad y violencia.
- Síntomas somáticos (cefaleas, fatiga y molestias articulares).
- De tipo disociativos (confusión temporal, espacial, despersonalización).
- Sicóticos, frecuentes en las personas inmigrantes en situación irregular, por el miedo a ser detenidos y devueltos al país de origen.

Los citados trastornos se pueden englobar en el denominado "Síndrome de Ulises" o del "Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple". Éste se caracteriza por una serie de circunstancias que pueden verse agravadas cuando coinciden en el tiempo y se acentúan con la multiplicidad, la cronicidad y la ausencia de sensación de control. Son varios los factores que están implicados en dicha sintomatología pero son tres los que destacan fundamentalmente: la cultura, la barrera de la lengua y el contacto con el grupo étnico (Achotegui, 2008).

Esta situación de estrés empeora cuando en la mayoría de las ocasiones, la red social que existe en el lugar de acogida suele ser escasa. En este sentido, señala Martínez (2001) que en la población inmigrante los recursos de apoyo social, vienen dados por los miembros de su país de origen y que el estrés psicosocial es mayor en personas con bajos niveles de apoyo social.

La experiencia migratoria, por tanto, debe ser considerada desde el punto de vista sanitario como un factor de riesgo emocional, pues cumple los criterios de una situación estresante, capaz de desencadenar un trastorno adaptativo o bien otros trastornos mentales relacionados con el estrés, como la depresión (Merino, 2006).

Los periodos de transición cultural que implican cambios de costumbres y nueva definición de roles, pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a sufrir estrés y desarrollar trastornos adaptativos. Las personas que lo sufren se sienten sobrepasadas por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las nuevas circunstancias. Las dificultades de adaptación están relacionadas con características de la

personalidad lo que indica una vulnerabilidad o predisposición pero siempre bajo la presencia de un desencadenante o estresor (Taylor, 1994).

Por tanto la migración supone un proceso de aculturación que Berry (2001) lo clasifica en cuatro procesos principales, derivados del deseo de relacionarse con la nueva cultura y con el hecho de querer mantener la identidad y cultura de origen: Marginación, separación de la cultura original y la receptora; Separación, mantenimiento de la propia cultura y evitación de la receptora; Asimilación, abandono de la propia cultura a favor de la receptora; Integración o biculturalismo, mantenimiento de la propia identidad y relación con la cultura receptora. Es este último proceso el que se relaciona con un mejor estado psicológico, pero que necesita de un importante esfuerzo por parte del inmigrante y del país receptor. De este modo, la aculturación es un proceso de cambio psicológico y cultural que supone cambios individuales en el repertorio conductual de las personas (Berry, 2005).

Hay estudios que ponen de manifiesto las dificultades relacionadas con la salud de las mujeres inmigrantes. Algunos de ellos subrayan que las mujeres inmigrantes sufren con frecuencia problemas psicológicos como depresión y ansiedad o problemas de insomnio (Voss y Tuin, 2008). Otros efectos relacionados son una mayor vulnerabilidad y aislamiento ante circunstancias adversas (Vissandjee, Desmeules et al, 2004).

3.3. Gestación y proceso migratorio

El embarazo, parto y puerperio, aún siendo un proceso fisiológico, es una situación de riesgo potencial para la madre y el hijo, pudiendo provocar alteraciones en la normalidad y complicaciones graves.

Ciertas etapas de la vida de la mujer relacionadas con el ciclo reproductivo pueden ser generadoras de estrés, en concreto, el periodo menstrual, la gestación, el puerperio, menopausia y el climaterio, cuyos efectos pueden manifestarse en el área psicológica, física y laboral.

Los factores causantes de estrés y sus mecanismos de acción durante el embarazo pueden ser causados por el temor al parto inminente y a las probabilidades de peligro y daño para la gestante y su hijo, durante este periodo. Gran parte de la angustia y miedo que se genera se debe a la tradición cultural. Desde un punto de vista psicológico, el parto es un acontecimiento de gran impacto. La nueva situación,

la aparición de miedos e inseguridades relacionadas con la crianza del hijo, los mecanismos de adaptación, reajustes en la autoimagen y autoestima, son elementos de una gran carga psicológica.

A pesar de que la mayor vulnerabilidad de la mujer a padecer trastornos en el estado de ánimo depende de factores biológicos, hay otros factores predisponentes entre los que podríamos incluir cambios de vida extremadamente estresantes, edad joven, situación de pobreza y embarazos no deseados (Gibert-Rahola, 2004). En esta línea hay estudios que evidencian que aquellas mujeres que terminan su gestación con el nacimiento de un feto muerto, sufren niveles mayores de síntomas de depresión y ansiedad en el tercer trimestre del siguiente embarazo (Gaschler, 2008).

Aun siendo el parto un momento vulnerable y que podría ser desencadenante de problemas relacionados con la salud mental (Wisner, Parry y Piontek, 2002), es en la fase del puerperio donde se evidencia un riesgo mayor para desarrollar trastornos del estado de ánimo. El puerperio es un periodo de tensión en la mujer por la confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, siendo la presencia del hijo en su escenario vital uno de los principales. El nuevo rol maternal supone para la madre un esfuerzo importante y una de sus principales preocupaciones, provocando que el puerperio sea un periodo de reajuste y como consecuencia de éste podría manifestarse el síndrome de melancolía (*maternity blues*).

Los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio desencadenan alteraciones relacionadas con la capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, así como posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones familiares (Bellock, 2007). Generalmente, no produce deterioro funcional y no requiere tratamiento farmacológico específico, si bien es una situación que demanda cierta alerta, ya que es posible el desarrollo posterior de una depresión clínica (Yamashita, Yoshida, 2003).

Los trastornos emocionales en el posparto tienen una alta prevalencia produciéndose en el 50-80% de los partos (Uriel, 2005). Estos trastornos emocionales pueden ir desde trastornos de ansiedad con fases de euforia y tristeza, irritabilidad, labilidad emocional y llanto ocasional, con una duración de 48-72 horas, hasta depresión y psicosis puerperal (Kaplan, Sadock y Grebb, 2003).

En relación a los factores causantes de estas alteraciones, se han descrito aquellos

que podrían estar relacionados con su manifestación (Scout, Monroe et al, 2005). Entre ellos, factores biológicos de naturaleza hormonal y bioquímica, escaso apoyo socio afectivo y acontecimientos vitales estresantes. A estos factores se suman: el cansancio general, las molestias debidas al dolor, la adaptación a los ritmos del sueño y vigilia del recién nacido, rasgos sociodemográficos (nivel económico, cultural, edad, paridad o carencia de red familiar) y factores de morbilidad (problemas obstétricos, estado de salud del recién nacido, historia psiquiátrica previa personal y/o familiar).

Dado que en la migración concurre una alta vulnerabilidad personal, familiar o social, se crea un marco que puede favorecer trastornos de salud mental. Estos aspectos implicarían más factores de riesgo en la salud mental de las mujeres inmigrantes que en la de las mujeres autóctonas. En este sentido, entendemos que la inmigración desencadena en la mujer gestante ajustes en su equilibrio emocional que pueden provocar posibles alteraciones en la salud mental, y desencadenar la situación denominada "*conflicto de encuentro*". Este conflicto genera angustia, crisis de identidad, alteraciones del comportamiento y de la convivencia.

En otros estudios realizados en Canadá, las mujeres inmigrantes con deficientes recursos económicos y falta de apoyo social, presentaban una alta prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio, con independencia del tiempo transcurrido desde la inmigración (Miszkurka, Goulet y Zunzunegui, 2010).

En una investigación realizada para comprobar la eficacia de un programa de apoyo a mujeres inmigrantes (Salaberria, Sánchez y Corral, 2009) en el que se utilizó para evaluar la presencia de síntomas generales el cuestionario SCL-90, se obtuvo que el malestar psicológico de las mujeres inmigrantes es muy alto en todas las sub-escalas, pero realmente significativo en las escalas de depresión, sensibilidad interpersonal, somatización, obsesión compulsión, ansiedad, e ideación paranoide. Esto indica un nivel de gravedad del malestar psicológico intenso y confirmaría la presencia de un síndrome relacionado con las situaciones de estrés crónico y múltiple de los inmigrantes.

Las mujeres inmigrantes sumarían, por tanto, a los elementos generadores de estrés y ansiedad de la gestación, el parto y el puerperio los propios del proceso migratorio. De ahí, que la salud mental de las mujeres inmigrantes dependa, por un lado, de sus factores individuales de personalidad y, por otro, de la adaptación al país de acogida.

Sin embargo, a pesar de la situación de vulnerabilidad de este colectivo, algunas investigaciones realizadas en Estados Unidos para conocer el estado de salud de las mujeres mejicanas embarazadas y de sus hijos recién nacidos, encontraron mejores resultados que en las autóctonas (Jones y Bond, 1999). En estudios similares, realizados a embarazadas inmigrantes en España, en los que se han analizado el control de la gestación, parto y el estado de salud del recién nacido, se obtuvieron resultados similares (Sánchez, et al, 2003). El control de la gestación es mejor de lo que a priori se podía suponer y no se encontraron datos significativamente relevantes en relación a las complicaciones en el parto o en el estado de salud del recién nacido.

Se entiende la maternidad como un importante acontecimiento en la vida de las mujeres para la que fisiológicamente está preparada, pero que como vivencia estresante podría predisponer para el desarrollo de trastornos emocionales. La migración como acontecimientos vital estresante, implicaría más riesgo de problemas psicológicos en las mujeres inmigrantes, en la gestación y parto. En este sentido se podría afirmar que las mujeres inmigrantes suman a los elementos generadores de estrés y ansiedad, propios del proceso del embarazo y el parto, los del hecho migratorio.

Considerando lo anteriormente expuesto y tras la revisión de la literatura científica, consideramos que es necesario analizar la influencia del factor migratorio en el embarazo, parto y puerperio, así como sus efectos en la salud emocional de las mujeres inmigrantes. Hacer un estudio comparativo con las mujeres españolas nos ayudaría a identificar las características propias de la etapa gestacional y del estado psicológico en las mujeres inmigrantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2000). *Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial*. Medicina y Cultura. Barcelona: Bellaterra.
- Achotegui J. (2006). "Estrés límite y salud mental: el síndrome de inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)". En, *Migraciones*, 19, pp. 59-85.
- Achotegui, J. (2008). "Avances en Salud Mental Relacional / Avances in relational mental health". Vol.7, núm. 1, pp.6-14
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2003). *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*. Sevilla: Fundación Progreso y Salud.
- Crump, C.; Lipsky, S.; Mueller, B. A. (1999). "Adverse birth outcomes among Mexican-Americans: are US-born women at greater risk than Mexico-born women?". En, *Ethnic Health*, 4, pp. 29-34.
- Garza-Guerrero, A. C. (1979). "Culture shock: its touring and the vicissitudes of identity". En, *Journal of American Psychoanalytical Association*, 22, pp. 408-429.
- Gaschler, K. (2008). "Depression postparto". En, *Mente y cerebro*, Julio-Agosto, pp. 43 - 47.
- Gibert-Rahola, J. (2004) "Estrés y depresión". En, Gilaberte, I. (Ed.). *Nuevas perspectivas en la depresión*. Madrid: Aula médica, pp. 48- 59.
- Gregorio, C (2002). Mujeres inmigrantes, asociacionismo y participación. En L. Serra (Coord.), *II Seminario sobre la investigación de la inmigración extranjera en Andalucía*. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía.
- Hidalgo-Ruzzante, N.; Peralta-Ramírez, M. I. et al. (2009). "Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: Repercusiones sobre la calidad de vida". En, *Psicol. Conduct*, 17, 3, pp. 595-607.
- Jones, M. E.; Bond, M. L. (1999). "Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women". En, *J Nurs Care Qual*, 14, pp. 56-62
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (2003). *Compendio de psiquiatría: ciência do comportamento e psiquiatria clinica*. Porto Alegre: Artmed.

- Lopez-Vélez, R. y Gimeno, L (2004). "La inmigración una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud". En, *MediFam*, 4, 3, pp. 104-114.
- Mallona, A. (1999). "Surfacing the self: narratives of central American immigrant women". En, *Dissertation Abstract Internacional Behavior Science England*, 59, pp. 45-50.
- Manticano, J. L.; Garcia, J. (2004). *Los problemas de salud Mental en el paciente Inmigrante*. Madrid: Internatiocional Marketing & Communications.
- Martínez, M. F.; García, M. y Maya, I. (2001). "El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes". En, *Psicothema*, 13, 4, pp.605-610.
- Merino, P. (2006) *Síndrome de Ulises. La patología psiquiátrica entre la población inmigrante*. Barcelona: Edición Laboratorio Dexam Farmacéutica.
- Miszkurka, M; Goulet, L; Zunzunegui M. (2010). *Salud Pública* 2010. Sep -Oct. 101(5) 358-64
- Oliver, M. I.; Jiménez, J; Carmona, E.; Oliver, J.; Reinoso, M. (2003). "Seguimiento del control de embarazo en mujeres inmigrantes residentes en Almería". En, *VIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calida Asistencial*. Almería: A4170-REV Calidad asistencial - Sociedad Española de Calidad
- Razum, O.; Zeeb, H., Rohrmann, S. (2000). "The 'healthy migrant effect'. Not merely a fallacy of inaccurate denominator figures". En, *Int J Epidemiol*, 29, pp. 191-192.
- Sánchez, Y.; Muñoz, N. et al. (2003). Mujeres inmigrantes: Características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol* 46(10):441-7
- Scott, M.; Monroe, K. et al. (2005). "Life stress, the Kindling Hypotesis, and the Recurrence of Depression: Considerations from a Life Stress Perspective". En, *Psychological Review*, 112, 2, pp. 417-445.
- Taylor, G.J. (1994). "The Alexithymia Construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality". En, *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, pp. 61-74.

- Uriel, M. D. (2005). "The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions. The need for interdisciplinary integration". En, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, pp. 1312-22.
- Vissandjee, Desmeules, M. et al (2004). "Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women's health". En, *BMC Women's Health*, 4, 1, 32, pp. 44-57.
- Voss, U.; Tuin, I. (2008). "Integration of immigrants into a new culture is related to poor sleep quality". En, *Health Qual Life Outcomes*, 6, pp. 61-66.
- Wisner, K.; Parry, B.; Piontek, C. (2002). "Clinical practice. Postpartum depression". En, *N Engl J Med*, 347, pp. 194-199.
- Yamashita, H.; Yoshida, K. (2003) "Screening and intervention for depressive mothers of newborn infants". En, *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105, 9, pp. 1129-1135.

II. Justificación y objetivos



CAPITULO 4

Justificación y objetivos de la tesis

El puerperio es un periodo de tensión en la mujer por la confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, siendo la presencia del hijo en su escenario vital uno de los principales. Dado que el factor migratorio concurre con una alta vulnerabilidad personal, familiar y social, podría crear un marco favorecedor de trastornos psicológicos en las mujeres inmigrantes, en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

La migración como acontecimiento vital estresante, implicaría más riesgo de problemas psicológicos en este colectivo de mujeres. En este sentido se podría afirmar que las mujeres inmigrantes suman a los elementos generadores de estrés y ansiedad propios del proceso del embarazo y el parto, los del hecho migratorio.

Sin embargo, es escasa la literatura científica que se ha dirigido a estudiar esta problemática, por lo que el **OBJETIVO PRINCIPAL** de este trabajo es **analizar la situación de estrés vivido por las mujeres inmigrantes durante el embarazo parto y puerperio y las diferencias sociodemográficas, perinatológicas y psicopatológicas entre las mujeres inmigrantes y españolas.**

Con el fin de alcanzar el objetivo principal se han llevado a cabo tres estudios que componen los **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Estudiar si existen diferencias entre mujeres nacionales e inmigrantes en el estrés psicológico, vulnerabilidad al estrés y optimismo en la fase de puerperio inmediato.
2. Conocer si hay diferencias entre las mujeres inmigrantes y españolas en el embarazo, proceso de parto y puerperio inmediato. Detectar los problemas psicológicos y emocionales que puedan sufrir tanto las mujeres inmigrantes como las mujeres españolas en la fase de puerperio inmediato así como la posible diferencias entre ambas.

III. Memorias de trabajos

CAPÍTULO 5. *El proceso migratorio como factor de estrés en mujeres inmigrantes embarazadas.*

CAPÍTULO 6. *Diferencias sociodemográficas y obstétricas entre las mujeres inmigrantes y españolas durante el embarazo, parto y puerperio*

CAPÍTULO 7. *Estudio psicológico y emocional de las mujeres inmigrantes en el puerperio inmediato con respecto a las mujeres españolas.*

CAPITULO 5

El proceso migratorio como factor de estrés en mujeres inmigrantes embarazadas

Resumen

En España se ha constatado un importante aumento de población inmigrante en los últimos tiempos. Más concretamente, existen 5,6 millones de inmigrantes registrados en este país, y el 63% de ellos tiene una edad comprendida entre los 16 y los 44 años. Además, el 47% de estos inmigrantes son mujeres. Esta situación demanda servicios sanitarios adicionales, especialmente en lo concerniente a la salud reproductiva y sexual de las mujeres inmigrantes. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si existían diferencias entre las mujeres de origen español y las mujeres inmigrantes en términos de resultados perinatales y variables psicológicas durante el período de postparto inmediato. Para ello, se evaluaron 30 mujeres de origen español y 30 mujeres inmigrantes (Latinoamérica=11; Europa=10; Países árabes=5; y Países asiáticos=4) durante el período de postparto inmediato. Durante los siguientes cuatro meses, se recopilaban datos perinatales de dichas mujeres a través de historias médicas de mujeres embarazadas, sus partogramas y las notas de evaluación de los servicios de enfermería. Además, durante el período de postparto inmediato, las participantes en el presente estudio rellenaron cuestionarios sobre Percepción del estrés y Vulnerabilidad al estrés, así como la Escala de optimismo. Las mujeres inmigrantes demostraron un mayor nivel de percepción del estrés ($p=0,00$) y de vulnerabilidad al estrés ($p=0,00$) que las mujeres españolas. No obstante, no se observaron diferencias entre ambos grupos con respecto a las variables obstétricas.

DESCRIPTORES: *Inmigración, mujeres, embarazo, postparto, estrés.*

Introducción

Los países de la Europa mediterránea han experimentado un aumento progresivo de la población inmigrante en las últimas dos décadas. Especialmente en España, la población de mujeres inmigrantes suponen el 47% del total de la población extranjera, y el 8,4% de la tasa total de natalidad corresponde a mujeres inmigrantes.

Los países de origen de dichas mujeres viene determinado por diversos factores: proximidad geográfica de África, lazos históricos y culturales entre España y Latinoamérica, demanda de mano de obra en sectores muy específicos de la economía (p. ej., construcción, agricultura, servicio doméstico), (Anuario estadístico España, 2008; INE, 2003), así como la reciente incorporación a la Unión Europea de nuevos estados miembros de Europa del Este (p. ej., Rumanía y Bulgaria). Andalucía también ha experimentado esta tendencia. A fecha 1 de enero de 2009, se registraban 668.093 inmigrantes en esta comunidad autónoma (INE, 2009).

A pesar de los datos mencionados anteriormente, la inmigración no es un fenómeno nuevo ni repentino en nuestra sociedad. La entrada y el asentamiento de personas en la Península Ibérica se remonta a la Prehistoria (Lafuente, 2008), debido tanto a su ubicación geográfica como al hecho de que, hasta hace 10.000 años, la humanidad era considerada una "especie migratoria" (Arango, 2003). No obstante, debido a las posteriores transformaciones acaecidas en los movimientos poblacionales y al comienzo del siglo XX, se ha comenzado a hablar de "una nueva era" en la historia de las migraciones internacionales, con la feminización como una de sus nuevas características.

Ante esta nueva situación, las leyes son fundamentales. Dichas leyes establecen quiénes son inmigrantes y, como tales, las normativas específicas que cada individuo debe acatar. En España, la aplicación de las leyes sobre inmigración divide a los no nacionales en dos amplias categorías: inmigrantes en situación "regular", que incluye a aquéllos legalmente admitidos en el país; e inmigrantes en situación "irregular", que son aquellos que no disponen de autorización legal para residir en el país o que no han logrado renovar su permiso de residencia. Esta clasificación supone una diferencia legal y una clara separación social que deja a los inmigrantes ilegales expuestos legalmente. Sin embargo, a pesar de los sucesivos cambios en las leyes españolas, continúan existiendo distinciones en el tratamiento legal de los inmigrantes en comparación con los nacionales españoles, más concretamente en el lugar de trabajo y con respecto a la participación política. Lafuente (2008) sostiene que el hecho de ser extranjero no debe impedir el acceso a determinados derechos básicos como, por ejemplo, la educación básica obligatoria y la salud pública.

La OMS define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia". Por tanto, la salud es un proceso dinámico que cambia con el tiempo y varía en función de las circunstancias

personales, y que afecta a todas las esferas de la persona. Si nos centramos en las posibles implicaciones de la migración en el curso del embarazo, diversos estudios han mostrado que la migración no afecta directamente a los resultados del postparto (Endevin-Lagar y Soliva-Bernardo, 2005). Pero estos datos contrastan con las nuevas patologías asociadas a la inmigración (p. ej., malaria, tuberculosis, isoimmunización Rh) y la posibilidad de que las mujeres inmigrantes estén sujetas a niveles más elevados de estrés que las mujeres no inmigrantes (Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Vilar-López y Pérez-García, 2009).

El estrés se concibe como el proceso psicológico que tiene lugar entre un individuo y su entorno, el cual es considerado como que amenaza y merma sus recursos y que, por tanto, pone en peligro su bienestar (Lazarus, 1978). En términos generales, el estrés se puede definir como un conjunto de relaciones concretas entre un individuo y una determinada situación, que se considera como algo que excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). Se distinguen los siguientes tres estresores sociales principales: acontecimientos vitales que requieren cambios drásticos, estrés de rol y cambios en la vida diaria que dan lugar a pequeños reajustes diarios. Desde este punto de vista, el proceso de embarazo, parto y postparto puede suponer un factor con un elevado nivel de estrés para las mujeres, independientemente de su origen o situación social (Giribet i Rubiol, Rodríguez-Cala y Martínez-Fernández, 1992). De hecho, se ha demostrado que las respuestas psicológicas de la madre ante los estresores generan cambios fisiológicos y metabólicos como, por ejemplo, hipoxia, aumento de los niveles de cortisol, malnutrición y aparición de sustancias tóxicas que pueden influir en el desarrollo neuronal del feto (Sandín, 2003). Por otra parte, las mujeres inmigrantes experimentan un cambio vital drástico que se puede considerar un importante factor de estrés y, dadas las dificultades que encuentran, son propensas a enfrentarse a elevados niveles de estrés diariamente (Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Vilar-López y Pérez García, 2009; Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega y Pérez-García, 2008).

La inmigración genera confusión, molestia y estrés debido a las diferencias y discrepancias con respecto a valores, usos y costumbres a los que los inmigrantes se deben enfrentar, aunque se reconozcan como propios (Lafuente, 2008). Dicho de otro modo, los inmigrantes se deben enfrentar a un nuevo contexto cultural, y deben descubrir y comprender el modo en que funciona la sociedad anfitriona (p. ej., costumbres, normas sociales, burocracia, leyes e instituciones). Por tanto, los inmigrantes deben atravesar un período de cambio y adaptación. Este proceso está plagado

de sentimientos de soledad, ansiedad, indignación, agitación y estrés (Achotegui, 2006). Dada la naturaleza multicultural intrínseca de la inmigración, esta situación debe generar una respuesta adaptiva por parte del personal sanitario que atiende a inmigrantes, así como del sistema sanitario en sí. Dicha adaptación debería, a su vez, dar lugar un aumento del uso de servicios ginecológicos, obstétricos y pediátricos, lo que podría constituir un reto para el sistema sanitario en términos de control y cuidado, asistencia al parto y al período de postparto inmediato de las mujeres inmigrantes embarazadas (Junyent, Núñez y Miro, 2006; Rodríguez-Álvarez, Lanborena-Elordui, Pereda-Riguera y Rodríguez- Rodríguez, 2008). Según Meleis (2007), las distintas teorías y modelos de asistencia a pacientes se pueden clasificar con respecto a su enfoque. Las "Teorías de necesidad" se centran en la labor de enfermería; las "Teorías de interacción" se centran en cómo el personal de enfermería proporciona los cuidados. Por último, las "Teorías de resultados" se centran en el producto asistencial y las características de la persona que recibe la atención. Estas últimas tienden a adaptar el cuidado del inmigrante mediante el estudio en profundidad de la relación entre la cultura y la asistencia sanitaria.

Por tanto, este aumento de la inmigración insta a las autoridades sanitarias a prestar especial atención a la situación de las mujeres inmigrantes por dos motivos principales: (i) el nacimiento de un hijo es un proceso vital de máxima importancia para una mujer, además de un factor de estrés; y (ii) el proceso de inmigración en sí es uno de los factores de riesgo para sufrir un trastorno mental.

El aumento de la población inmigrante en España ha dado lugar a nuevas demandas en los servicios sanitarios. Los inmigrantes registrados tienen derecho a los mismos beneficios sanitarios que los disfrutados por la población autóctona, mientras que los inmigrantes ilegales tienen derecho a asistencia sanitaria de urgencia, asistencia por embarazo y maternidad, y asistencia médica al niño hasta que cumpla los 18 años. En este último caso de asistencia sanitaria es donde se evidencian las diferencias entre la población española y la extranjera. Dichas desigualdades podrían estar relacionadas con las condiciones socio-económicas, el idioma, las barreras culturales y la falta de adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades específicas de esta población (Daponte, Bolívar y García, 2008). El plan del gobierno central español así como los de integración de los gobiernos de las distintas comunidades autónomas de España incluyen políticas sanitarias destinadas a la población inmigrante. Las estrategias de acción cumplen los siguientes objetivos: acceso a la sanidad, promoción de la salud, formación profesional, evaluación de las necesidades,

y acciones para reducir las desigualdades y lograr la igualdad (Lafuente, 2008; Comunidad Autónoma de Andalucía, 2006; Comunidad Autónoma de Madrid, 2006). Debemos destacar que la formación de los profesionales sanitarios se dirige hacia la mejora de su competencia en diversidad cultural.

Las diferencias mencionadas anteriormente en política sanitaria entre la población española y la extranjera dan lugar a desigualdades en la prestación de la asistencia sanitaria. Dichas desigualdades podrían deberse a las condiciones socio-económicas, las barreras culturales e idiomáticas, y a la falta de flexibilidad y adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades específicas de esta población (Daponte, Bolívar y García, 2008).

En el caso de las mujeres inmigrantes, los trastornos psicológicos causados por inadaptación social, estrés, ansiedad y aclimatación pueden afectar no sólo a su estado psicológico, sino también a su salud (Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega y Pérez-García, 2008). Por tanto, el objetivo del presente estudio es determinar si existen diferencias obstétricas y psicológicas entre mujeres de origen español y mujeres inmigrantes durante el proceso del parto.

Materiales y métodos

Participantes

En el estudio participaron 60 mujeres que acaban de dar a luz en un hospital materno-infantil público español. La muestra se dividió en dos grupos: el primer grupo incluía 30 mujeres inmigrantes y el segundo grupo estaba compuesto por 30 mujeres españolas. La muestra completa se seleccionó con los mismos criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: voluntad de participar en el estudio, edad por encima del umbral (18 años o más), un nivel mínimo de educación (las participantes debían estar alfabetizadas). También debían entender y leer el español, no haber dado a luz en más de cuatro ocasiones, haber accedido a la analgesia epidural y haber parido en el mismo hospital. El criterio de exclusión fue que las mujeres fueran profesionales de servicios sanitarios.

En función de su origen, las 30 mujeres inmigrantes participantes en el estudio se distribuyeron del siguiente modo: 11 provenían de Latinoamérica (18,3%), 10 de la Unión Europea (16,7%), 5 de Marruecos (8,3%) y 4 de Asia (6,7%). En conjunto, 55 mujeres estaban casadas (91,1%) y 5 eran solteras (8,3%). Con respecto al nivel de

estudios completado, 13 mujeres no habían finalizado la educación primaria (21,7%), pero sabían leer y escribir; 22 de ellas habían completado la educación primaria (36,7%); 20 mujeres habían finalizado la educación secundaria (33,3%); y 5 mujeres habían asistido a la Universidad (8,3%). Con respecto a la edad, la mujer más joven tenía 19 años y provenía de Asia. Las dos mujeres de mayor edad provenían de España y Latinoamérica, y ambas contaban con 41 años. La edad media de las mujeres entrevistadas fue 28,85 (D.E.=5,836).

Con respecto al número de años de residencia en España, el período máximo fue 10 años y el mínimo un año, con una media de 4,5 años (D.E.=1,99).

Todas las pacientes otorgaron su consentimiento informado a participar en el estudio, que fue aprobado por el Comité de ética del Hospital universitario en el que se realizó el estudio y siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

Recopilación de datos

Se utilizaron diversos cuestionarios para medir las variables socio-demográficas, la fórmula obstétrica y el tipo de parto, además de las variables relacionadas con el estado psicológico. Las variables socio-demográficas fueron las siguientes: edad, región de origen (asiática, latinoamericana, europea, árabes y española), estado civil, educación (educación primaria incompleta, educación primaria, educación secundaria y Universidad).

Para calcular la fórmula obstétrica se utilizaron los siguientes datos: número de embarazos, abortos, partos, hijos nacidos vivos e hijos vivos. Entre las variables relacionadas con el estado psicológico se incluyeron el optimismo, la percepción del estrés y la vulnerabilidad al estrés.

Para recopilar los datos relacionados con estas variables se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- **TEST DE OPTIMISMO (LIFE ORIENTATION TEST, LOT)** (Ferrando, Chico y Tous, 2002). Este cuestionario se compone de 12 ítems, ocho de los cuales hacen referencia a la variable que se va a analizar. Los cuatro ítems restantes son neutros. El intervalo de opciones de respuesta está comprendido entre 1 (totalmente de acuerdo) y 4 (totalmente en desacuerdo). El coeficiente alfa del cuestionario es 0,87 y la fiabilidad verificación del test (en un intervalo de cuatro semanas) es 0,74. La puntuación media de personas sanas en este instrumento es de 10,8.

El cuestionario se adaptó y estandarizó para España.

- **ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (EEP)** (Remor, 2006), en la versión española validada, está diseñado para medir en qué medida las situaciones de la vida se consideran estresantes. El cuestionario tiene 14 ítems con 5 opciones de respuesta, que van desde "totalmente de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo". Los participantes marcan la opción que mejor se ajusta a su situación actual (durante los últimos meses), utilizando la siguiente escala: 0= nunca; 1= casi nunca; 2= a veces; 3= frecuentemente; 4= muy frecuentemente. Estudios psicométricos han demostrado la correcta fiabilidad ($\alpha=0,81$; *fiabilidad de la verificación*=0,73), validez concurrente y confidencialidad. La población española muestra una puntuación media de 21 en este instrumento que mide el estrés percibido.
- **INVENTARIO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS** (Robles-Ortega, Peralta-Ramírez y Navarrete-Navarrete, 2006), en su versión española validada, evalúa la predisposición del individuo a sentirse influenciado por el estrés percibido. Se compone de 22 ítems y consta de una lista de problemas frecuentes de la vida diaria a los que cualquier persona tiene que enfrentarse. Tras leer la lista, el participante debe añadir una "S" si piensa que el problema le afecta frecuentemente y una "N" en caso de que piensen que casi nunca le afecta o que no le afecta en absoluto. Tiene una elevada fiabilidad de coherencia interna ($\alpha=0,87$). En relación con la validez convergente, existe una correlación estadísticamente significativa con el inventario de ansiedad, estado y rasgo-revisado (STAI-R) [$r=0,70$], el inventario de depresión de Beck (BDI) [$r=0,69$], la escala de síntomas somáticos-revisada (ESS-R) [$r=0,43$], y la escala de experiencias vitales recientes (SRLE) [$r=0,47$] en pacientes crónicos e individuos sanos (sin ninguna enfermedad). La puntuación media de la escala de vulnerabilidad al estrés en personas españolas con un elevado nivel de estrés es de 12.

Procedimiento

Una vez reclutadas las 60 participantes y antes de su evaluación, se les explicaron los objetivos de la investigación, se les pidió amablemente su consentimiento informado y se les garantizó su participación anónima en el proceso. Por este motivo, las participantes no incluyeron sus nombres ni ningún otro dato identificativo, y los resultados se analizaron en grupo y no individualmente.

Se comenzaron a recopilar los datos socio-demográficos, la fórmula obstétrica y el tipo de parto. Con respecto al origen cultural, se identificaron a las participantes femeninas como asiáticas, latinoamericanas, europeas y árabes. A continuación, un examinador cualificado (es decir, una matrona formada en interrogatorios psicológicos), realizó entrevistas personalizadas a cada participante y proporcionó los instrumentos psicológicos mencionados anteriormente a las 24 horas del parto. Los cuestionarios se rellenaron durante el transcurso de las primeras 24 horas posteriores al parto.

Análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando estadísticas descriptivas (es decir, medias, desviaciones estándar, o porcentajes y frecuencias), en función de si las variables eran cuantitativas o cualitativas (p. ej., región de origen, estado civil, tipo de parto). A continuación, se utilizó la prueba *t* de Student para comparar las medias de los grupos, y las distribuciones *U* de Mann-Whitney o de Kruskal-Wallis cuando se sospecharon anomalías en la distribución normal.

Resultados

1. Valores obstétricos

En primer lugar, se describieron las variables obstétricas del siguiente modo: fórmula obstétrica, (cuantificación del número de embarazos, abortos, partos, hijos nacidos vivos e hijos vivos); edad gestacional en el momento del parto; y tipo parto (parto normal, parto difícil o cesárea). Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas entre las mujeres españolas e inmigrantes en ninguna de las variables descritas (Tabla 1).

La edad gestacional media en el momento del parto fue de 39,60 semanas (D.E.=0,968) en las mujeres españolas, mientras que en las mujeres inmigrantes fue de 39,25 (D.E.=1,726). No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos ($p=0,337$) en esta variable. Para determinar si existían diferencias relacionadas con el parto, se realizó una tabla de contingencia y la prueba de Chi cuadrado correspondiente. Los resultados obtenidos se incluyen en la Tabla 2. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la variable Parto entre las muestras sometidas a estudio con una Chi cuadrada de Pearson igual a 0,941.

2. Variables psicológicas

Se analizaron las variables Optimismo y Estrés en la muestra. Para determinar si existían diferencias en las variables Optimismo, Vulnerabilidad al estrés y Estrés percibido, se realizó una distribución *t* de Student entre las mujeres españolas y las inmigrantes. Los resultados mostraron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las variables Vulnerabilidad al estrés y Estrés percibido. Las puntuaciones de las mujeres inmigrantes fueron más elevadas. No se encontraron diferencias en la variable Optimismo (Tabla 3).

Finalmente, dada la diferencia encontrada en las variables psicológicas entre el grupo nacional y el inmigrante, se examinaron las diferencias con respecto a la región de origen de las mujeres españolas e inmigrantes. Para ello, dado que no existía homogeneidad en las varianzas, se realizó un análisis de la varianza de un factor de Kruskal-Wallis. Los resultados aparecen en la Tabla 4.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas regiones de origen en las variables Vulnerabilidad al estrés y Estrés percibido. Para determinar qué regiones de origen diferían entre las mujeres españolas e inmigrantes, se realizó una comparación de grupos para cada una de las variables, utilizando la prueba *U* de Mann-Whitney, un análisis de comparación pareada no paramétrico. Los resultados obtenidos mostraron una diferencia significativa en las variables Vulnerabilidad al estrés entre las mujeres españolas e inmigrantes procedentes de Latinoamérica ($p=0,008$), Marruecos ($p=0,025$), y la Unión Europea ($p=0,000$). No obstante, no se encontraron diferencias entre las mujeres españolas y las asiáticas ($p=0,114$). Con respecto a la variable Estrés percibido, los resultados mostraron diferencias significativas entre las mujeres españolas y las latinoamericanas ($p=0,001$), resto de europeas ($p=0,000$), y marroquíes. De nuevo, no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres españolas y las asiáticas ($p=0,114$).

Discusión

En el presente estudio no se encontraron diferencias en las variables obstétricas entre mujeres españolas e inmigrantes. La fórmula obstétrica, la edad gestacional en el momento del parto y el parto fueron similares en ambos grupos. En cuanto a las variables psicológicas, al comparar los resultados del cuestionario de optimismo, no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres españolas e inmigrantes. Sin embargo, curiosamente, la puntuación más elevada de optimismo la obtuvieron

las mujeres asiáticas y la puntuación más baja las mujeres europeas.

Los resultados mostraron una diferencia significativa con respecto a la vulnerabilidad al estrés entre las mujeres españolas y latinoamericanas, marroquíes, y el resto de inmigrantes europeas. No obstante, no se encontraron diferencias entre las mujeres españolas y las inmigrantes asiáticas. Igualmente, en términos de estrés percibido, se obtuvieron diferencias significativas entre las mujeres españolas y las latinoamericanas, marroquíes y el resto de europeas. De nuevo, no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres españolas y las asiáticas.

Con respecto a los resultados obstétricos, podrían explicarse por el hecho de que el sistema sanitario español permite el acceso de las mujeres extranjeras en las mismas condiciones que las nacionales españolas. En este sentido, la legislación española actual en material de inmigración garantiza el derecho a los servicios sanitarios durante los períodos de embarazo, parto y postparto. Estos resultados coinciden con los obtenidos por O’Heir (2004) y, por tanto, confirman que no existan diferencias entre ambos grupos.

Además, el presente estudio sugiere que la similitud en los resultados relacionados con las puntuaciones de optimismo en mujeres inmigrantes y españolas se puede explicar por propia conceptualización. El optimismo se entiende como las “expectativas favorables generalizadas” de las cosas que ocurren durante la vida de una persona. Estas expectativas son disposiciones (características) estables. Por este motivo se habla de optimismo disposicional, que proporciona el concepto de un carácter estable (Scheier y Carver, 1985).

No obstante, debemos resaltar que la puntuación media de optimismo en ambos grupos fue bastante superior a la obtenida en la población media. Tener un hijo es un evento importante en la vida y modula de una forma positiva las construcciones establecidas como disposicionales; este es el caso del optimismo. Los resultados del presente estudio coinciden con los obtenidos por Moyer et al. (2009), aunque estos autores encontraron diferencias con respecto al optimismo en las tres poblaciones de mujeres sometidas a estudio (Ghana, China y Estados Unidos). Además, todas estas mujeres mostraron una puntuación de optimismo por encima de la media en el trimestre final del embarazo.

Debido a los resultados obtenidos en la evaluación de Vulnerabilidad al estrés y Estrés percibido, se pensó que eran coherentes con los procesos de adaptación y

otras dificultades relacionadas con la inmigración descritas en la introducción. No obstante, es importante abordar el estrés y el optimismo durante el proceso del parto. Además, es importante tener en cuenta que determinadas investigaciones han encontrado relación entre el estrés y el optimismo y el peso del recién nacido (Lobel, DeVincent, Kamine y Meyer, 2009).

Las mujeres inmigrantes participantes en el presente estudio llevaban residiendo en España una media de 4 años y, por tanto, no se pueden atribuir los resultados obtenidos al proceso de aculturación. Diversos autores consideran este proceso como un hecho proporcional a la edad y al tiempo al gente está expuesta a la nueva cultura, difiriendo significativamente entre hombres y mujeres (Zlobina, Páez y Gasteiz, 2004). Todas estas características nos hacen reflexionar sobre la posibilidad de que estos hallazgos estén relacionados con la aculturación en la muestra del presente estudio.

Los resultados obstétricos obtenidos no concuerdan con los obtenidos en otros estudios realizados en mujeres inmigrantes (Giribet i Rubio, Rodríguez-Cala y Martínez-Fernández, 1992). Los resultados del presente estudio sugieren que las mujeres inmigrantes son más propensas al parto prematuro, hecho que pudiera estar relacionado con una situación social desfavorable y factores psicológicos adversos. Por el contrario, los resultados obtenidos en las escalas de Vulnerabilidad al estrés y Estrés percibido coinciden con los obtenidos por otros autores, lo que sugiere que la condición de ser inmigrante causa trastornos relacionados con el estrés como, por ejemplo, el "*síndrome de Ulises*" (Achotegui, 2006).

La muestra utilizada en el presente estudio está limitada en el número de participantes debido a las dificultades para lograr la colaboración de mujeres inmigrantes. En el futuro, sería necesario aumentar el número de participantes. También sería importante ampliar la investigación para cubrir el segundo y el tercer trimestre del embarazo y el período de postparto tardío. Además, sería muy interesante incluir mujeres de otras regiones de España en el estudio para verificar los resultados obtenidos en Andalucía.

La presente investigación tiene importantes implicaciones en la asistencia clínica de mujeres durante el parto, ya que los niveles de estrés percibidos y la vulnerabilidad al estrés se consideran variables que se pueden mejorar. En este sentido, el modelo de asistencia sanitaria de Madeleine Leininger es una de las contribuciones más importantes a la enfermería. De este modo, sería posible entender los factores que intervienen en las experiencias a las que se enfrenta una mujer durante el período-

do del parto. Un protocolo sanitario que incluya los aspectos culturales de las mujeres procedentes de otras culturas muestra respeto por sus propias creencias y valores, lo que mejora su estado psicológico (Becerra y Cardoso, 2006). No se puede olvidar que es fundamental solucionar los problemas psicológicos a los que se enfrentan las mujeres inmigrantes durante el embarazo, el parto y el postparto. Tal enfoque psicológico mejoraría la salud mental de esta población. Los cuidados de enfermería de la población inmigrante deben seguir una metodología científica basada en el proceso del servicio de enfermería: análisis del estado de salud del paciente y su entorno, poniendo especial atención en la prevención, la educación y las relaciones interpersonales (Caron y Silva, 2003). La identificación de los diagnósticos del servicio de enfermería en la población inmigrante evitaría los frecuentes problemas de comunicación entre esta población y los profesionales sanitarios (Nadeem y Lange, 2009). En este sentido, diversos estudios han verificado que la comunicación no terapéutica prevalece entre los profesionales y las mujeres parturientas, lo que otorga a los cuidados obstétricos un perfil impersonal y supone un ejercicio de poder del profesional sobre la mujer (Merighi y Gualda, 2009; Bayes, Fenwick y Hauck, 2008). A este respecto, diversos investigadores (Hodnett, Gates, Hofmeyr y Sakala, 2008) han demostrado las ventajas de la asistencia personalizada continuada a las mujeres durante el proceso del parto. Estos estudios concluyen que dicha asistencia reduce ligeramente la duración del parto, aumenta las posibilidades de un parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia durante el parto. Además, las mujeres que reciben asistencia continuada son menos propensas a quedar insatisfechas con la experiencia del parto. Estos hallazgos han dado lugar a la implantación de la asistencia al parto en algunos centros de salud de Estados Unidos, donde se han implantado servicios de asistencia proporcionados por mujeres durante el proceso del parto. Estas mujeres, conocidas con "doulas" o compañeras de parto, reciben una formación especial y entran a formar parte del equipo del parto. Del mismo modo, se están implantando servicios sanitarios similares en España, el Reino Unido y Australia, para facilitar el proceso del parto.

Conclusiones

El proceso migratorio genera elevados niveles de estrés en las mujeres migrantes. La aclimatación al país anfitrión dependerá de las características socio-culturales del país anfitrión, además de las características personales de la mujer migrante. Lo ideal sería que el país anfitrión tuviera un determinado nivel de diversidad cultural y un

nivel bastante alto de apertura social.

El hecho de que España tenga un modelo sanitario universal es fundamental, ya que proporciona un primer refugio o nivel de protección a todos los ciudadanos españoles, ya sean inmigrantes registrados legalmente o ciudadanos nacidos en España, independientemente de su estado económico, social o cultural. Esto es especialmente cierto en el caso de la asistencia a las mujeres inmigrantes durante el embarazo, el parto y el postparto, y a su progeñe.

La política sanitaria española, independientemente del estado o el nivel regional de gobierno, responde ante los aspectos importantes de la asistencia sanitaria durante el proceso de embarazo y parto de la población inmigrante. Por tanto, evita la existencia de diferencias en los resultados postparto entre las poblaciones de mujeres nativas e inmigrantes (Comunidad Autónoma de Andalucía, 2006). Creemos que las diferencias encontradas se deben a la falta de conocimiento acerca del sistema sanitario español o la situación legal de la mujer inmigrante, y de si es una residente legalmente registrada o no.

Pensamos que es necesario abrir el diálogo con las mujeres inmigrantes y sus parejas para solucionar sus dudas y escuchar sus propuestas, y de este modo mejorar la calidad de los servicios de asistencia sanitaria. Además, consideramos importante intentar fomentar el papel de la pareja en el proceso del parto. Para ello, les fundamental proporcionar información acerca de la importancia del apoyo de la pareja durante la dilatación, el parto y el postparto inmediato (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2008).

En conclusión, se trata del primer estudio que intenta analizar si existen diferencias entre las mujeres españolas e inmigrantes con respecto a los aspectos psicológicos relacionados con el proceso del parto. Los resultados obtenidos, así como sus implicaciones en la salud mental de las mujeres inmigrantes abren una interesante nueva línea de investigación.

REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome de inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones*, 19, 59-85.
- Arango, J. (2003). Inmigración y diversidad humana. *Revista Occidente*, 268, 5-21.
- Bayes, S., Fenwick, J. y Hauck, Y. (2008). A Qualitative Analysis of Women's Short accounts of Labour and Birth in a Western Australian Public Tertiary Hospital. *Midwifery Womens Health*, 53, 53-61.
- Becerra, M. y Cardoso, M. (2006). Los factores que interfieren en las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14, 414-421.
- Caron, O. y Silva, I. (2002). La parturienta y el equipo obstétrico: el difícil arte de la comunicación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10, 485-492.
- Comunidad Autónoma de Andalucía (España). Dirección General de Políticas Migratorias de la Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía. (2006). *II Plan de Inmigración en Andalucía. 2006-2009*. Sevilla: Conserjería de Gobernación de la Junta de Andalucía.
- Comunidad Autónoma de Madrid. Conserjería de Inmigración. (2006). *Plan para la Integración (2006-2008)*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Daponte, A., Bolívar, J. y García, MM. (2008). *Las desigualdades sociales en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Endevin-Lagar, E. y Soliva-Bernardo, M. (2005). *La salud en las mujeres inmigrantes*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- Ferrando, P., Chico, E. y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Giribet i Rubiol M., Rodríguez-Cala, A. y Martínez-Fernández, V. (1992). Análisis de las diversas ansiedades que presentan las futuras madres durante la gestación. *Enferm Cient*, julio-agosto, 27-32.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. y Sakala, C. (2008). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *La biblioteca Cochrane Plus*, 2, en <http://www.update-software.com>.

- Hidalgo-Ruzzante, N., Peralta-Ramírez, M., Robles-Ortega, H. y Pérez-García, M. (2008). Estrés y ejecución neuropsicológica en mujeres inmigrantes. *Scientia*, 12, 37-52.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Peralta-Ramírez, M., Robles-Ortega H., Vilar-López, R. y Pérez García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: Repercusiones sobre la calidad de vida. *Psicol Conduct*, 17, 595-607.
- INE (2004). *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2009). *Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009. Datos provisionales*. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np551.pdf>. Último acceso 9 de junio de 2009.
- Junyent, M., Nuñez, S. y Miro, O. (2006). Urgencias médicas del inmigrante adulto. *An Sist Sanit Navarra*, 29, 27-34.
- Lafuente, P. (2008). *La inmigración reciente en España y la cobertura informativa de este fenómeno en la prensa española*. Tesis doctoral. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lobel, M., DeVincent, C., Kaminer, A. y Meyer, B. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychol*, 19, 544-53.
- Meleis, A (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Merighi, M. y Gualda, D. (2009). El cuidado de la salud materna en Brasil y el rescate de la enseñanza de obstetras para asistencia al parto. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 17, 265-270.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración (2009). *Anuario Estadístico del año 2008. Observatorio Permanente de la Inmigración*. Disponible en: <http://extranjeros.mtin.es.es/InformacionEstadistica>.

Anuario. Último acceso 3 de septiembre de 2009.

- Moyer, C., Yang, H., Kwawukume, Y., Gupta, A., Zhu, Y., Koranteng, I., et al. (2009) Optimism/pessimism and health-related quality of life during pregnancy across three continents: a matched cohort study in China, Ghana, and the United States. *BMC Pregnancy Childbirth*, 1, 9-39.
- Nadeem, E., Lange, J. (2009). Perceived Need for Care among Low-Income Immigrant and U.S.-Born Black and Latina Women with Depression. *Journal of Women's Health*, 18, 369-375.
- O'Heir, J. (2004). Pregnancy and Childbirth Care Following Conflict and Displacement: are for Refugee Women in Low-Resource Settings. *J Midwifery Women's Health*, 49, 14-18.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J psicol.*, 9, 86-93.
- Robles-Ortega, H., Peralta-Ramírez, M., Navarrete-Navarrete, N. (2006). Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burns y Scheffield. *Congreso sobre Avances en Psicología de la Salud, Avances en psicología de la salud*. Granada: Ediciones Sider.
- Rodríguez-Álvarez, E., Lanborena-Elordui, N., Pereda-Riguera, C. y Rodríguez-Rodríguez, A. (2005). Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Rev Esp Salud Pública*, 82, 209-220.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int. J. Clin. Health Psicol.*, 3, 141-157.
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implication of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Zlobina, B. A., Páez, D. y Gasteiz, V. (2004). *Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

TABLA 1: Descripción y comparación de las medias de los datos obstétricos en mujeres españolas e inmigrantes.

Variables	MUJERES ESPAÑOLAS MEDIA (D.E.)	MUJERES INMIGRANTES MEDIA (D.E.)	P
Nº. de embarazos	1,67 (0,959)	1,97 (0,999)	0,70
Nº. de abortos	2,53 (0,860)	2,33 (0,922)	0,21
Nº. de partos	1,43 (0,774)	1,53 (0,629)	0,69
Nº. de hijos nacidos vivos	1,43 (0,774)	1,57 (0,679)	0,98
Nº. de hijos vivos	1,40 (0,675)	1,57 (0,679)	0,60

DE (desviación estándar)

TABLA 2: *Tabla de contingencia entre región de origen y parto.*

VARIABLES	MUJERES ESPAÑOLAS	MUJERES INMIGRANTES	MUESTRA TOTAL
Parto normal	16 (53,3%)	17 (56,7%)	33 (55,0%)
Parto difícil	8 (26,7%)	8 (26,7%)	16 (26,7%)
Cesárea	6 (20,0%)	5 (16,7%)	11 (18,3%)

TABLA 3: Comparación media de variables psicológicas entre mujeres españolas e inmigrantes.

Variables	MUJERES ESPAÑOLAS MEDIA (D.E.)	MUJERES INMIGRANTES MEDIA (D.E.)	P
LOT	19,47 (4,562)	19,20 (4,189)	0,81
Vulnerabilidad al estrés	7,73 (4,160)	14,40 (5,605)	0,00
Escala de estrés percibido	25,70 (4,640)	39,03 (11,251)	0,00

LOT = Life Orientation Test, test de optimismo

TABLA 4: *Comparación Kruskal-Wallis de medias entre mujeres de cinco regiones diferentes.*

Variable	ESPAÑOLA (30) MEDIA (D.E.)	ASIÁTICA (4) MEDIA (D.E.)	LATINO A.(11) MEDIA (D.E.)	MARROQUÍ (5) MEDIA (D.E.)	EUROPEA E. (10) MEDIA (D.E.)	P
LOT	19,47 (4,562)	22,00 (8,000)	19,18 (2,562)	19,20 (3,033)	18,10 (4,358)	0,544
Vulnerabilidad al estrés	7,73 (4,160)	13,00 (8,832)	13,09 (5,375)	14,00 (7,036)	16,60 (3,565)	0,000
Estrés percibido	25.70 (4.640)	32.0 (20.801)	38.55 (7.353)	35.60 (14.741)	44.10 (7.047)	0.000

Latino A.: Latinoamericana; Europea E.: Europea del Este; LOT: Life Orientation Test, test de optimismo

CAPITULO 6

Diferencias sociodemográficas y obstétricas entre las mujeres inmigrantes y españolas durante el embarazo, parto y puerperio

FRANCISCA PÉREZ- RAMÍREZ,
INMACULADA GARCÍA- GARCÍA,
ISABEL PERALTA- RAMÍREZ

Resumen

La juventud y la feminización progresiva son dos rasgos del movimiento migratorio que, durante las últimas décadas, ha tenido a España como destino. Esto explica que un elevado porcentaje de inmigrantes sean mujeres en edad fértil que requieren de una atención sanitaria vinculada a su salud reproductiva.

Este estudio analiza las diferencias sociodemográficas entre las mujeres nacionales y las inmigrantes, así como las diferencias entre estos dos grupos de mujeres, en su estado de salud durante el proceso gestacional, el parto, el puerperio inmediato y los resultados perinatológicos.

Para ello se han evaluado 103 mujeres púerperas (50 españolas y 53 inmigrantes) y se han analizado sus historias clínicas.

Los resultados muestran que hay diferencias significativas en la semana de inicio del control gestacional ($p= 0,004$), pero no en el resto de las variables analizadas. Esto permite concluir que los servicios sanitarios deben favorecer la incorporación al programa de control del embarazo a las mujeres inmigrantes en las primeras semanas de gestación.

DESCRIPTORES: *mujeres, inmigrantes, parto, embarazo, puerperio, salud.*

Diferenças demográficas e obstétricas entre as mulheres imigrantes e espanholas durante a gravidez. Parto e pós-parto

Resumo

A juventude e a feminização progressiva são duas características do movimento migratório que durante as últimas décadas, têm a Espanha como destino. Isso explica por que uma elevada percentagem de imigrantes são mulheres em idade fértil que necessitam de cuidados de saúde relacionados à saúde reprodutiva.

Este estudo analisa as diferenças sociodemográficas entre as mulheres nacionais e as imigrantes, bem como as diferenças do estado de saúde, durante a gestação, parto, puerpério e resultados perinatólogicos. (escusas de repetir que a diferença é entre dois grupos de mulheres)

Foram avaliadas 103 mulheres puérparas (50 espanhóis e 53 imigrantes) e analisados os seus registos médicos.

Os resultados mostram que existem diferenças significativas, no controle da semana de início de gestação ($p = 0,004$). Quanto às restantes variáveis analisadas, não foram detectadas diferenças. Concluiu-se que os serviços de saúde devem promover a incorporação do programa de pré-natal para mulheres imigrantes nas primeiras semanas de gestação.

PALAVRAS -CHAVE: *mulheres, imigrantes, parto, gravidez, parto e saúde*

Sociodemographic and obstetric differences between spanish and immigrant women during pregnancy, labor and puerperium periods

Abstract

.....

Youth and growing feminization are two of the main characteristics of the migration movement happening in Spain during the last few decades. This explains why a large percentage of immigrant people are women of child-bearing age that require healthcare services linked to their reproductive health.

This study analyses the sociodemographic differences between Spanish and immigrant women, as well as the differences in health status during the gestational process, the labor and the immediate puerperium among these two groups of women, and the perinatologic results obtained.

To this end, there were analyzed 103 postpartum women (50 Spanish and 53 immigrants) and their medical records.

The findings showed significant differences during the gestational control starting week ($p=0,004$), but no differences were found in the remaining variables analyzed. It is concluded that healthcare services should support the incorporation of the immigrant women into the pregnancy control program during the very first weeks of the pregnancy period.

KEY WORDS: *women, immigrant, labor, pregnancy, puerperium, health.*

Introducción

En España se ha producido un incremento de la población inmigrante durante las últimas décadas ⁽¹⁾. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística ⁽²⁾, en este país viven 5,7 millones de inmigrantes. De ellos, aproximadamente el 63% tiene edades comprendidas entre 16 y 44 años. Además, el 47% son mujeres ⁽³⁾. Esta inmigración femenina, según algunos autores ⁽⁴⁾, obedece a dos grandes patrones: por un lado, el proceso de reunificación familiar, por otro, mujeres que emigran solas en busca de una mejora económica, social o mayor libertad.

Esta feminización del hecho migratorio viene acompañada de un paulatino incremento en el número de nacimientos de madres inmigrantes. En el caso de España, se ha pasado del 4,2% del total de los nacimientos en 1998 al 20,7% en el año 2009 ⁽⁵⁾.

Este cambio demográfico genera, a su vez, nuevas demandas en el proceso de atención sanitaria, especialmente en los aspectos vinculados a la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes.

El embarazo, el parto y el puerperio provocan importantes cambios en la mujer. De acuerdo con la teoría transicional ⁽⁶⁾, suponen periodos de transición fundamentales en la mujer.

En la embarazada inmigrante estas alteraciones transicionales son vividas de una manera más intensa debido a la experiencia migratoria, por ser esta también una transición vital que puede generar repercusiones importantes en su salud y en su bienestar. La migración, de hecho, ha sido considerada un factor de riesgo para la embarazada, por lo que durante mucho tiempo, se le atribuía resultados neonatales adversos y un aumento en la mortalidad ⁽⁷⁾.

No obstante, estudios recientes evidencian que las gestantes inmigrantes no tienen resultados perinatales negativos como podría esperarse de su situación social. Al contrario, se observan factores protectores y comportamientos prenatales más saludables que muestran datos similares y en ocasiones mejores a los detectados en gestantes españolas ^(8,9).

Por todo ello, este estudio tiene como objetivo identificar si hay diferencias significativas en las características sociodemográficas y sanitarias relacionadas con el proceso del embarazo, parto y puerperio entre mujeres españolas e inmigrantes.

Metodología

En esta investigación se ha realizado un estudio descriptivo y transversal. Los datos se han obtenido a través de la evaluación realizada a mujeres puérperas y del análisis de las historias clínicas de dichas mujeres. El período de estudio ha sido de ocho meses, desde octubre de 2010 a mayo de 2011. Previamente a la realización del mismo, se presentó el proyecto a la Comisión de Investigación y al Comité Ético del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Los documentos fueron aprobados por dicho organismo lo que permitió la realización del estudio. En ellos se adjuntó la "Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado" que incluye un apartado sobre la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida en los siguientes términos: "los datos serán tratados de forma confidencial tal y como lo establece la ley 15/99 de 13 de diciembre (Ley Orgánica de protección de Datos de Carácter Personal)".

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron: haber sido atendidas en el parto en el Centro Materno Infantil de Granada, la voluntariedad para participar, tener una edad igual o superior a 18 años y conocimiento del idioma castellano. Se ha excluido a puérperas profesionales sanitarias por su situación de privilegio en cuanto al conocimiento del proceso y también a las mujeres que no comprendieran el español.

La muestra de estudio fue de 103 mujeres en la fase del puerperio inmediato entre ellas había 50 mujeres españolas y 53 mujeres inmigrantes.

El procedimiento de recogida de datos se realizó a través de un cuestionario administrado a las 103 mujeres puérperas y del análisis de la historia clínica (HC) de las encuestadas. En estas HC se recogieron datos referentes a la fórmula obstétrica, las visitas sanitarias para el control del embarazo, los resultados del parto y las características del recién nacido.

Las variables analizadas en las mujeres que componían la muestra fueron:

- Sociodemográficas: edad, país de origen, nacionalidad, años de residencia en España, situación administrativa de regularidad o irregularidad, estado civil, origen y nacionalidad de la pareja, estudios, profesión y situación laboral.
- Sobre hábitos de salud: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y enfermedades previas al embarazo.
- Relacionadas con la fórmula obstétrica: número de embarazos, número de

abortos, número de partos, hijos nacidos vivos e hijos que viven.

- Relacionadas con el embarazo, parto y puerperio actual: control de embarazo, semana de la primera visita de control gestacional, número de controles en atención primaria y hospitalaria, número de ecografías realizadas y de registros cárdio-tocográficos, educación maternal e ingresos durante la gestación.
- Variables relacionadas con el parto: motivo de ingreso, petición de analgesia epidural, acompañamiento durante la dilatación y el parto, preferencia de la asistencia en el parto según el género, edad gestacional, tipo de dilatación, terminación del parto..
- Sobre el recién nacido: sexo, peso, Apgar al minuto y a los cinco minutos, y opción por parte de la madre sobre lactancia materna, mixta o artificial.

Análisis de los datos

El resultado de los cuestionarios se procesó a través del programa informático SPSS v. 15. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo con media, desviación típica o porcentajes y frecuencias, según las variables cuantitativas o cualitativas, respectivamente. Posteriormente se realizó un análisis bivariante a través de *t*-Student y Chi cuadrado. Se ha utilizado un intervalo de confianza (IC) del 95% y las diferencias se han considerado significativas a partir de una $p < 0,005$.

Resultados

A continuación se describen los rasgos sociodemográficos de las entrevistadas.

Del grupo de mujeres inmigrantes, el 20,4% eran de procedencia europea, seguido de las mujeres latinoamericanas (18,4%), africanas (9,7%) y asiáticas (2,9%). La edad media de las mujeres en el momento del parto era de 29,34 años (dt 5,26), con un rango de edad de 18 y 41 años. Existen diferencias significativas ($p = 0,025$) en relación a la edad media de las mujeres inmigrantes y las españolas, siendo en las extranjeras 28,10 (dt 4,96) y en la de las españolas 30,48 (dt 5,32).

La media de residencia en España en el momento del parto, del grupo de mujeres inmigrantes, se situaba en los 2,5 años (dt 2,93). En relación al estado civil no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Como refleja la tabla 1, todas las mujeres evaluadas tenían pareja. En cuanto al nivel educativo, existen diferencias

significativas entre los dos grupos de mujeres españolas e inmigrantes, además en estas últimas hay diferencias importantes en el porcentaje según el país de origen.

Destaca que en el grupo de mujeres procedentes de distintos países europeos, se encuentra la mayor diferencia de porcentaje entre mujeres con estudios superiores y mujeres sin formación.

En relación a su situación administrativa en suelo español, sólo el 13,2% de las mujeres inmigrantes se encontraban de modo irregular en el país. Es decir, que en el momento de la realización de la evaluación no tenían una tarjeta de residencia y/o trabajo que permitiera su permanencia en territorio español. De ellas, tres eran latinoamericanas, tres europeas y una africana.

La mayoría de las mujeres tenía una profesión cualificada (53,4%), pero existen diferencias significativas entre las mujeres españolas y las inmigrantes ($p=0,001$). Sin embargo, es necesario precisar que en las españolas este porcentaje es mayor (70%). Las europeas constituyen el segundo grupo con mayor número de mujeres con profesión cualificada (52,4%), seguido de las latinoamericanas (47,4%). En el caso contrario, se sitúan las mujeres africanas y asiáticas, donde todas las evaluadas tenían un trabajo no cualificado.

En cuanto a la situación laboral, como se refleja en la tabla 1, hay un mayor número de mujeres que tienen trabajo regular con contrato (44,7%), seguido del número de paradas (31,1%) y por último el grupo de las mujeres trabajaban sin contrato (24,3%). Se encontraron diferencias significativas entre las mujeres españolas y las mujeres inmigrantes ($p=0,001$).

Según el origen de las mujeres inmigrantes se observan diferencias destacables. En las mujeres latinoamericanas se detectó un elevado porcentaje de empleadas sin contrato (52,6%). En el grupo de las mujeres europeas, la suma de trabajadoras con contrato asciende hasta casi el doble con respecto al resto de los grupos (47,6%). Si nos fijamos en el caso de las mujeres africanas, éstas presentan el mayor porcentaje de paradas (70%). Entre las mujeres asiáticas, se encuentra el mayor porcentaje de trabajadoras en situación irregular (66,7%).

El número de mujeres inmigrantes con pareja de origen español es elevado en el caso de las mujeres europeas (66,7%). En el colectivo de las mujeres africanas, el 30% lo forman parejas mixtas, y en las mujeres latinoamericanas el (21,1%). Frente a estas cifras no se encontraron parejas mixtas entre las mujeres asiáticas.

TABLA 1. Origen de las mujeres, estado civil, nivel de estudios y situación laboral

VARIABLES	TOTAL	OTROS PAÍSES EUROPEOS (%)	LATINO-AMERICANAS (%)	AFRICANAS (%)	ASIÁTICAS (%)	INMIGRANTES (%)	ESPAÑOLAS (%)	P*
PROCEDENCIA	103	21 (20,4)	19 (18,4)	10 (9,7)	3 (2,9)	53 (51,5)	50 (48,5)	
ESTADO CIVIL								
Casadas o con pareja	102 (99)	21 (100)	19 (100)	10 (100)	3 (100)	53 (100)	49 (98)	0,485
Solteras	1 (1)						1 (2)	
NIVEL DE ESTUDIOS								
Sin formación Est. primarios incompletos	1 (1)	1 (4,8)	0	0	0	1 (1,9)	0	0,001
Est. Primarios	31 (30.1)	6 (28,6)	9 (47,4)	6 (60)	3 (100)	24 (45,3)	7 (14)	
Est. Medios	26 (25.2)	4 (19)	7 (36,8)	1 (10)	0	12 (22,6)	14 (28)	
Est. Universitarios	20 (19.4)	0	2 (10,5)	1 (10)	0	3 (5,7)	17 (34)	
Est. Universitarios	25 (24.3)	10 (47,6)	1 (5,3)	2 (20)	0	13 (24,5)	12 (24)	
SITUACIÓN LABORAL								
Regul. contrato	46 (44,7)	10 (47,6)	5 (26,3)	2 (20,0)	0	17 (32,1)	29 (58,0)	0,001
Parada	32 (31,1)	3 (14,3)	4 (21,1)	7 (70,0)	1 (33,3)	15 (28,3)	17 (34,0)	
Irreg. sin contrato	25 (24,3)	8 (38,1)	10 (52,6)	1 (10,0)	2 (66,7)	21 (39,6)	4 (8,0)	

* Chi-cuadrado entre inmigrantes y españolas

Con respecto a los hábitos de salud, enfermedades previas a la gestación, problemas de salud en el embarazo y aspectos relacionados con la fórmula obstétrica, en la tabla 2 se muestran los hallazgos encontrados para determinar, si existen diferencias significativas entre las mujeres españolas nacionales y las mujeres inmigrantes.

Los resultados muestran que hay diferencias porcentuales entre los dos grupos, pero no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas.

En relación a los hábitos saludables destacar que el 27,2 % de las entrevistadas fumaba antes y durante el embarazo. Otro hábito que puede afectar al estado de

salud de la embarazada es el consumo de alcohol. Del total de la muestra, el 8,7% reconoció consumir bebidas alcohólicas durante el embarazo. Los resultados indican, diferentes pautas de comportamiento sobre este aspecto dentro del grupo de las mujeres inmigrantes, ya que el consumo de alcohol se detectó principalmente en el caso de las mujeres latinoamericanas (26,3%) y de otros países europeos (9,5%). Ninguna de las encuestadas afirmó consumir sustancias tóxicas.

Se evaluó si las mujeres habían padecido enfermedades previas al embarazo. Los problemas de salud anteriores al embarazo de las mujeres españolas (12%), se centran en patología hipotiroidea, anemia crónica, asma bronquial, alergias y artrosis severa de cadera. Entre las enfermedades previas al embarazo del colectivo de mujeres latinoamericana (15,8%) encontramos que la patología había sido fiebre tifoidea. En las mujeres de otros países europeos (14,3%) encontramos talasemia menor y peritonitis. Las mujeres orientales (1%) habían padecido problemas gástricos y entre las mujeres de procedencia africana (1%) úlcera de estómago y hepatitis B.

Los resultados obtenidos en relación a la fórmula obstétrica que incluyen las variables: número de embarazos, abortos, partos, hijos nacidos vivos e hijos que viven se muestran en la tabla.

El 51,5% del total de la muestra vivía su primer embarazo. El 26,2% de las mujeres eran secundigestas y el resto (22,3%) eran multigestas.

En las mujeres españolas el porcentaje mayor es de primigestas (60%), seguido de las secundigestas y multigestas. En las extranjeras se observa una distribución similar puesto que el grupo más numeroso era el de las mujeres que vivía su primer embarazo (43,4%), seguido también de secundigestas.

Según el origen de las mujeres inmigrantes, el número de embarazadas primigestas era más elevado en las mujeres africanas (50%) seguido de las mujeres europeas (47,6%) y las mujeres latinas (42,1%). En la distribución de secundigestas encontramos en primer lugar las mujeres africanas (40%), latinas (26,3%) y europeas (23,8%). En el caso de las multigestas el número más numeroso fue el de las mujeres latinas (31,6%), seguido de las mujeres europeas (28,6%) y de las mujeres africanas (10%).

Además de los embarazos, siguiendo la fórmula obstétrica, se registró el número de abortos. Como reflejamos en la tabla 2, se habían producido más abortos entre las mujeres inmigrantes que entre las españolas aunque no se llegaron a encontrar diferencias significativas entre ambos grupos.

En cuanto al número de partos, incluido el actual sobre el que se realizó la evaluación, la mayoría de las españolas era primíparas, es decir, éste era su primer parto. Los datos de las mujeres inmigrantes indican la similitud con las mujeres españolas.

En el número de hijos nacido vivos así como hijos que viven, la cuarta y quinta variable incluidas en la fórmula obstétrica, no hay diferencias entre el grupo de españolas y de inmigrantes, ninguna mujer afirmó haber tenido fetos muertos ni hijos fallecidos tras el nacimiento.

TABLA 2: Hábitos de salud, enfermedades previas al embarazo, fórmula obstétrica

Variables	TOTAL (%)	INMIGRANTES	ESPAÑOLAS	P
PROCEDENCIA	103 (100)	53 (51,5)	50 (48,5)	
CONSUMO DE TABACO	28 (27,2)	14 (26,4)	14 (28,8)	0,857*
CONSUMO DE ALCOHOL	9 (8,7)	7 (13,2)	2 (4)	0,098*
ENF. PREVIAS AL EMBARAZO	14 (13,6)	8 (15,1)	6 (12)	0,647*
NÚMERO DE EMBARAZOS				
Primíparas	53 (51,5)	23 (43,4)	30 (60)	0,218*
Secundíparas	27 (26,2)	17 (32,1)	10 (20)	
Multíparas	23 (22,3)	13 (24,5)	10 (20)	
NÚMERO DE ABORTOS				
Cero abortos	73 (70,9)	34 (64,2)	40 (80)	0,145*
Un aborto	21 (20,4)	15 (28,3)	6 (12)	
Dos o más abortos	7 (6,8)	4 (7,5)	3 (6)	
IVE (Interrupción voluntaria del embarazo)	1 (1)	0	1 (2)	
NÚMERO DE PARTOS	1,48 (0,778) [1-5]	1,51 (0,750) [1-4]	1,44 (0,812) [1-5]	0,653**

* Chi-cuadrado

**t-Student Media (dt) [Mínimo-máximo]

Respecto a las variables sobre el control del embarazo en la tabla 3 se reflejan los resultados obtenidos. En el total de la muestra, sólo el 4,9% afirmó no haber seguido ningún tipo de control. Además no hubo diferencias significativas en cuanto el con-

trol del embarazo entre mujeres españolas y mujeres inmigrantes. Destaca el que las mujeres inmigrantes que no habían recibido control de su gestación, se concentran en el colectivo europeo, este grupo no siguió ningún tipo de control ni en atención primaria ni hospitalaria.

Hay diferencias significativas en el número de controles realizados en atención primaria ($p=0,003$) y hospitalaria ($0,000$) entre mujeres españolas y mujeres inmigrantes.

La semana de gestación de la primera visita es otro indicador de la calidad del control del embarazo. En general, todas las participantes inmigrantes acudieron por primera vez a un centro sanitario en la semana 12 de gestación, aunque en el caso de las españolas la primera visita se produjo en la semana seis por lo que encontramos diferencias significativas en ambas muestras ($p=0,004$)

Con respecto al número de ecografías realizadas durante el embarazo, destacar que hay diferencias significativas ($0,000$) entre españolas e inmigrantes, posiblemente derivado del hecho de que las segundas acudieron en menor medida a consultas tanto en centros de atención primaria como en hospitales y también a su incorporación más tardía al programa de control del embarazo. Sin embargo, no se encontraron diferencias ($0,487$) en el número de registros cardiotocográficos que se realizan a partir de la semana 38 de gestación.

Durante la gestación, el 72,8% de las mujeres evaluadas tomó tratamiento farmacológico (ácido fólico, hierro y yodo). Pero es estadísticamente diferente ($0,000$) entre el grupo de mujeres españolas y mujeres inmigrantes. Destaca que ninguna de las mujeres asiáticas entrevistadas tomó tratamiento farmacológico, y que en el caso de las mujeres latinoamericanas el porcentaje es relativamente bajo (36,8%).

En relación a los ingresos hospitalarios durante el embarazo no se encontraron diferencias significativas entre mujeres españolas y mujeres inmigrantes ($p=0,688$)

En los distritos de atención primaria, en el proceso del control del embarazo, se incluye la educación maternal con el objetivo de transmitir hábitos de salud y cuidados a las embarazadas tanto durante la gestación como en el puerperio. Sobre este aspecto se observan diferencias significativas ($0,008$) entre mujeres españolas (52%) y mujeres inmigrantes (26,4%). Las mujeres europeas son el colectivo de extranjeras que más acudieron a sesiones de educación maternal (33,3 %), seguido de las mujeres africanas (30%) y latinoamericanas (21,1%). En el extremo se sitúan las mujeres asiáticas, ninguna recibió este tipo de formación.

El 82,5% del total de la muestra solicitó analgesia epidural. Este porcentaje fue más elevado en el caso de las españolas como podemos ver en la tabla 3, encontrando diferencias significativas entre ambos grupos (0,000). Las mujeres africanas constituyen el colectivo de extranjeras que más solicitó este tipo de analgesia (90%), seguido de las mujeres europeas (71,4%) y latinoamericanas (68,4%). Las mujeres asiáticas no registraron ninguna petición de epidural.

El acompañamiento durante el parto por la pareja de la mujer fue solicitado en 71,8% de los casos, no encontrando diferencias significativas entre los dos grupos. Sólo el 1% del total de la muestra pidió estar acompañada por otra persona que no fuera su pareja. Las mujeres latinas son el colectivo que requirió en mayor medida el acompañamiento (84,2%), tras ellas las mujeres españolas, europeas, africanas y asiáticas.

TABLA 3: Control embarazo según el origen de las mujeres

	TOTAL (%)	INMIGRANTES (%) 53 (51,5)	ESPAÑOLAS 50 (48,5)	P
Control embarazo	98 (95,1)	49 (92,5)	49 (98)	0,190 *
Nº controles en Atención Primaria	5,24 (2,588) [0-15]	4,51 (2,778) [0-15]	6,02 (2,133) [0-12]	0,003**
Nº controles en hospitalaria	3,42 (1,689) [0-8]	2,66 (1,270) [0-5]	4,22 (1,718) [2-8]	0,000**
Semana gestación primera visita	12*** (5,676) [2-39]	12*** (6,963) [4-39]	6*** (3,217) [2-20]	0,004**
Numero de ecografías	3,91 (2,289) [0-15]	3,08 (1,530) [0-8]	4,8 (2,619) [2-15]	0,000**
Numero de registros cardiotocográficos	1,81 (1,609) [0-9]	1,70 (1,846) [0-9]	1,92 (1,322) [0-6]	0,487**
Tratamiento farmacológico	75 (72,8)	29 (54,7)	46 (92)	0,000*
Ingresos hospitalarios	16 (15,5)	7 (13,2)	9 (18)	0,688*
Educación maternal	40 (38,8)	14 (26,4)	26 (52)	0,008*
Anestesia epidural	85 (82,5)	37 (69,8)	48 (96)	0,000*
Acompañamiento, dilatación y parto				0,068*
- No acompañadas	25 (24,3)	17 (32,1)	8 (16)	
- La pareja	2 (1,9)	36 (67,9)	40 (80)	
- Otras personas	76 (73,8)	0	2 (4)	

* Chi cuadrado

** t-Student Media (dt)
[Mínimo-máximo]

*** moda

En lo que respecta a las variables relacionadas con el parto y las características del neonato (Tabla 4) no se encontraron diferencias en la mayoría de los parámetros entre las mujeres inmigrantes y las mujeres españolas. En la única variable en la que se halló diferencias fue en la relativa a la lactancia materna.

En la semana gestacional ($p=0,724$) en la que se presentó el parto y el modo en que se inició este ($p=0,972$) es similar en ambos grupos.

Con respecto al proceso de finalización de parto, aún sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0,172$), hay que subrayar que el número de españolas que terminaron con un parto eutócico (40%) es ligeramente inferior a las extranjeras (58,5%). En relación a los partos distócicos, no se utilizó fórceps en ningún caso en las mujeres españolas y sí en algunas mujeres extranjeras. En el caso de las cesáreas, en las mujeres españolas se realizó en un 40% y en las mujeres inmigrantes en un 22,6%.

Según los objetivos propuestos, los resultados obtenidos sobre el recién nacido son los siguientes. La media de los pesos del neonato indica que no hubo diferencias significativas entre hijos nacidos de mujeres españolas y de mujeres inmigrantes ($p=0,266$)

La valoración del test de Apgar, que se realiza al minuto y los cinco minutos de vida del neonato y mide los parámetros de frecuencia cardíaca, tono, coloración, respiración y reflejos con una puntuación de 0 a 2 por cada variable, también mostró unos datos similares ($p=0,724$) entre los hijos nacidos de las mujeres españolas e inmigrantes. En el primer minuto, la media fue próxima al 9 en ambos casos. A los cinco minutos se obtuvo un resultado similar ($p=0,787$) y una media aproximada a 9,5 en ambos grupos.

Por último, descartar que sí se encontraron diferencias estadísticas ($p=0,013$) en la elección de la lactancia materna. Las mujeres españolas que optaron la mayoría por la lactancia materna frente a las mujeres extranjeras. Sin embargo, el colectivo que eligió en mayor proporción esta alternativa fue el africano (70%). El grupo de mujeres españolas que prefirió la lactancia mixta, fue inferior a las mujeres inmigrantes. Dentro de las púerperas inmigrantes, las mujeres asiáticas fueron las que más eligieron esta opción (66,7%)

TABLA 4: Finalización del parto según el origen de las mujeres, resultados neonatales de hijos de mujeres españolas y extranjeras

	TOTAL	INMIGRANTES	ESPAÑOLAS	P
SEMANA GESTACIONAL	39*** (1,454) [33-42]	39*** (1,134) [36-41]	40*** (1,741) [33-42]	0,724**
INICIO PARTO				0,972*
Espontáneo	54 (52,4)	27 (50,9)	27 (54)	
Estimulado	14 (13,6)	8 (15,1)	6 (12)	
Inducido	29 (28,2)	15 (28,3)	14 (28)	
Cesárea electiva	6 (5,8)	3 (5,7)	3 (6)	
TER. DEL EMBARAZO				0,172*
Eutócico	54 (52,4)	31 (58,5)	23 (40)	
Vacuo	7 (6,8)	3 (5,7)	4 (8)	
Forces	3 (2,9)	3 (5,7)	0	
Kiwi	7 (6,8)	4 (7,5)	3 (6)	
Cesárea	32 (31,1)	12 (22,6)	20 (40)	
PESO AL NACER	3,123 (436,426) [1,800-4,500]	3,170 (430,402) [2,300-4,500]	3,073 (441,629) [1,800-4,220]	0,266**
TEST DE ÁPGAR				
1 minuto	9,05 (0,598) [7-10]	9,03 (0,647) [7-10]	9,07 (0,547) [7-10]	0,724**
5 minutos	9,54 (0,590) [8-10]	9,52 (0,638) [8-10]	9,56 (0,540) [8-10]	0,787**
LACTANCIA				0,013*
Materna	52 (50,5)	24 (45,3)	28 (56)	
Artificial	8 (7,8)	1 (1,9)	7 (14)	
Mixta	43 (41,7)	28 (52,8)	15 (30)	

*Chi cuadrado

**t-Student Media (dt) [Mínimo-máximo]

*** moda

Discusión y conclusiones del estudio

Las diferencias sociodemográficas estadísticamente significativas entre las mujeres inmigrantes y las mujeres españolas se encuentra en el nivel educativo y en la falta de contrato laboral. En relación a los resultados perinatales se encontró que hay diferencias significativas en la semana de incorporación al control del embarazo, en el número de ecografías, en la realización del curso de Educación Maternal y en la opción de la lactancia materna. Al contrario en las variables, inicio de parto y finalización de este no se encontraron diferencias entre ambos grupos.

En el presente estudio se ha hecho en primer lugar, una descripción sociodemográfica de las mujeres, pues estos rasgos podrían estar relacionados con los resultados clínicos y obstétricos. De estas características sociales, destacar que el hecho de que las mujeres extranjeras incluidas en el estudio hubieran residido en España durante una media de más de 3 años ha debido facilitar su conocimiento y utilización de los recursos sanitarios. En este sentido, este factor explicaría que no se hayan encontrado grandes diferencias entre las mujeres españolas y las mujeres extranjeras como se explicará más adelante⁽¹⁰⁾.

En este sentido, la existencia de un porcentaje relativamente alto de parejas mixtas, formadas por una mujer inmigrante y un español, podría incidir en su grado de conocimiento del sistema hospitalario y el acceso a los recursos socio-sanitarios. Lo que apoyaría la primera conclusión a la que hemos llegado: la primera consulta sanitaria, bien en un centro de atención primaria o en un hospital de las mujeres inmigrantes, no se circunscribe habitualmente al momento del parto.

Los datos han revelado que en el consumo de alcohol durante el embarazo, es probablemente donde se encuentran las mayores divergencias sobre los hábitos de salud de las mujeres dependiendo de su origen. Así, mencionar que el consumo de bebidas alcohólicas es relativamente importante en las mujeres latinas, puesto que más de un tercio mantenía esta pauta de comportamiento durante la gestación. Este hecho, podría explicarse por un déficit de educación sanitaria y por elementos de tipo cultural. Precisamente este último factor, el contexto cultural, justificaría también que las mujeres africanas (mayoritariamente de religión musulmana) y las asiáticas no consumieran alcohol.

En nuestro estudio al igual que en otras investigaciones⁽¹¹⁾, no se han encontrado patologías graves previas al embarazo ni durante este período. En el caso de las ex-

tranjeras, esto se explicaría porque el hecho migratorio lo realizan mujeres sanas. A esto agregar que esta investigación se realiza en una población en edad fértil, que por tanto, raramente supera la franja de los 45 años⁽¹²⁾.

En el seguimiento del embarazo, como otros autores⁽¹³⁾, encontramos que las mujeres españolas tienen su primera visita en la semana 8 y las mujeres inmigrantes en la 11. Es decir, estas últimas se incorporan más tarde a los controles de salud del embarazo, por lo que se registran menos visitas, un menor porcentaje de extranjeras que toman el tratamiento farmacológico habitual y un menor número de ecografías. Al contrario, todas las mujeres coinciden en el número de registros cardiotocográficos que se realizan a partir de la semana 38. Este dato se podría explicar, porque tanto gestantes españolas como inmigrantes, en el tercer trimestre del embarazo están recibiendo atención sanitaria.

Se han encontrado diferencias significativas en la asistencia de las embarazadas a los cursos de educación maternal, que son ofertados en todos los centros de salud. De hecho, el número de mujeres españolas que recibieron esta formación es el doble que el de mujeres inmigrantes. Estas cifras podrían explicarse por las mayores dificultades que viven las mujeres inmigrantes, derivadas del menor número de redes sociales o familiares, e incluso, por una mayor inestabilidad laboral que obstaculizaría la participación en estos cursos^(14,15).

No se han encontrado diferencias significativas entre mujeres españolas e inmigrantes, en el trabajo de parto, tanto en el inicio como en la finalización. Dado que la edad media gestacional es similar entre ambos grupos y que, además todas han sido atendidas en el mismo centro hospitalario (con los mismos profesionales, protocolos y medios técnicos) esta coincidencia es lógica. Esto explicaría también las similitudes en los resultados relacionados con el estado de salud del recién nacido como la media de peso y test de Apgar⁽¹⁶⁾.

Finalmente, respecto al tipo de lactancia, las pautas seguidas por ambos grupos de mujeres difieren. Las españolas optan por la lactancia materna en mayor proporción, mientras que las mujeres inmigrantes optan por la mixta. Dos factores podrían explicar esta circunstancia: una menor educación sanitaria en el caso de las mujeres inmigrantes, pero también una mayor inestabilidad laboral que dificultaría la lactancia materna en el futuro inmediato tras el parto.

En conclusión, los resultados obtenidos en esta investigación, revelan que aunque

no existen diferencias significativas entre las mujeres españolas e inmigrantes, en todos los aspectos relacionados con su estado de salud, hay algunas cuestiones, como el consumo de alcohol, la incorporación tardía al control gestacional, la ausencia a clases de educación maternal y el déficit en la crianza con lactancia materna, en las que cabría una mayor implicación por parte de las autoridades sanitarias para modificar estos patrones de conducta que inciden en la salud de la madre y del neonato. A través del equipo de atención primaria, especialmente de los trabajadores sociales y mediadores culturales, sería necesaria la captación del colectivo de mujeres inmigrantes antes de la gestación. Esto permitiría implementar cuidados preconcepcionales y brindar y acercar los programas de educación para la salud a este colectivo, adaptándolos a su espacio, tiempo, nivel de formación, cultura y religión, y así adquirir conocimientos y desarrollar habilidades o reforzar las ya aprendidas. Esta formación debiera estar enfocada, no sólo al proceso del embarazo y el parto, sino también en los cuidados en salud relacionados con el puerperio, recién nacido, y más tarde, el lactante.

REFERENCIAS

- (1) Lafuente P. Mediatización del fenómeno migratorio: la inmigración en España vista a través de El País, El Mundo y Abc. Buenos Aires: Libros en Red; 2011. p. 15-35.
- (2) Instituto Nacional de Estadística [internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. (2011)- [acceso en: 22 de agosto 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/espcif/pobl11.pdf>
- (3) Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la población. Nacimientos de madre extranjera. 2008. Accesible en: [http://: www.ine](http://www.ine).
- (4) Solé C, Reyneri E. El impacto de la inmigración en la economía y en la sociedad receptora. Barcelona: Anthropos Editorial Rubí; 2001.
- (5) Los datos referidos a 2009 son los últimos publicados oficialmente por el Instituto Nacional de Estadística. Accesible en: <http://: www.ine>
- (6) Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Hilfinger Messias DK, Shumacher K. Experiencing

transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000; 23(1): 12-18.

- (7) Martínez E, López AF. Diferencias de morbilidad asociadas al embarazo y de resultados obstétricos perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Profesión*. 2004; 5: 12-18.
- (8) García-García J, Pardo-Serrano C, Hernández-Martínez A, Lorenzo-Díaz M, Gil-González D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. *Prog Obstet Ginecol*. 2008; 51 (82): 53-62.
- (9) Martínez F, Monzón A, Falcón A, Pardo A. Partos de inmigrantes y jóvenes inmigrantes en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). *Index Enferm*. 2002; 38: 15-7
- (10) Leal-Mateos M, Barboza-Retanab J. Prenatal care and delivery characteristics of immigrant women at "Dr. Rafael Angel Calderón Guardia" Hospital. *Acta méd. costarric*. 2008; 50 (2): 107-111.
- (11) Sánchez-Fernández Y, Muñoz-Ávalos N, Pérez-Cuadrado S, Robledo-Sánchez A, Pallás-Alonso C. R, de la Cruz-Bértolo J, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol*. 2003; 46 (10): 441-7.
- (12) Razum, O.; Zeeb, H., Rohrmann, S. "The 'healthy migrant effect'. Not merely a fallacy of inaccurate denominator figures". En, *Int J Epidemiol*, 2000; 29, pp. 191-192.
- (13) Martínez E, López AF. Diferencias de morbilidad asociadas al embarazo y de resultados obstétricos perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Profesión*. 2004; 5: 12-8.
- (14) Becerra MG, Cardoso MV. Los factores que interfieren en las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14 (3) 414-421.
- (15) Caron O. La parturienta y el equipo obstétrico: el difícil arte de la comunicación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002; 10(4): 485-492.
- (16) Diani F, Zanconato G, Foschi F. Turinett of the pregnant immigrant women in *Obstet Gynaecol*. 2003; 83:257-265.

CAPITULO 7

Estudio psicológico y emocional de las mujeres inmigrantes en el puerperio inmediato con respecto a las mujeres españolas

FRANCISCA PÉREZ- RAMÍREZ,
INMACULADA GARCÍA- GARCÍA,
ISABEL PERALTA- RAMÍREZ

Resumen

Las mujeres inmigrantes requieren una especial atención en el proceso del embarazo, parto y puerperio: primero, porque el nacimiento de un hijo es un proceso de transición vital de gran importancia y un factor estresante; segundo, porque entre los factores de riesgo para padecer un trastorno del estado de ánimo se encuentra el propio proceso migratorio. En este sentido, las alteraciones psicológicas debidas al estrés y la ansiedad por la necesidad de adaptación a un nuevo entorno pueden repercutir tanto en los resultados obstétricos como en el estado psicológico de las mujeres inmigrantes.

El objetivo de esta investigación ha sido analizar las variables sociodemográficas, obstétricas y perinatológicas y su relación con el estado psicológico en mujeres inmigrantes con respecto a mujeres españolas.

Para ello 103 mujeres, de las cuales 53 eran inmigrantes y 50 eran españolas, han sido evaluadas en parámetros sociodemográficos, de trastornos psicológicos y de la historia obstétrica. Los resultados mostraron que ambos grupos estaban igualados en las principales variables obstétricas. Sí se encontraron diferencias significativas en el nivel cultural, en la regularidad administrativa de los contratos de trabajo y en el número de controles del embarazo. Fue en las variables relacionadas con los trastornos psicológicos donde se encontraron mayores diferencias. En concreto, las mujeres inmigrantes presentaban mayores puntuaciones en las dimensiones, obsesión compulsión ($p=.005$), sensibilidad interpersonal ($p=.001$), depresión ($p=.001$), ansiedad fóbica ($p=0.001$), ideación paranoide ($p=.005$) y psicoticismo ($p=.005$). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el índice de severidad global del SCL-90.

PALABRAS CLAVE: *mujeres inmigrantes, salud mental, embarazo, parto, puerperio*

Introducción

Los movimientos migratorios no son un fenómeno nuevo, al contrario, han existido a lo largo de la historia (Lafuente, 2011). Sin embargo, en las últimas décadas del siglo XX, se produjeron una serie de cambios como el incremento de mujeres inmigrantes y el hecho de que nuevos países engrosen la lista de lugares de destino, que permiten hablar de una “nueva era de las migraciones internacionales” (Arango, 2003). Dentro de este contexto debe ubicarse el incremento de población inmigrante que se ha producido durante las últimas décadas en España y que justifica el interés de este trabajo.

Según los datos de empadronados del Instituto Nacional de Estadística (2011: 2) en este país viven 5.7 millones de inmigrantes. De ellos, aproximadamente el 63% tiene edades comprendidas entre 16 y 44 años de los cuales, el 47% son mujeres. Este crecimiento de la población inmigrante en España ha generado importantes cambios, tanto desde el punto de vista sociodemográfico como en las demandas de atención sanitaria y, especialmente, en las referidas a la salud reproductiva dada la juventud y feminización del proceso migratorio.

La actual legislación de Extranjería en España, en concreto el artículo 12 referente al acceso a la sanidad pública de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, regula que todos los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Según la citada norma el único requisito es encontrarse inscrito en el padrón del municipio en el que se reside habitualmente. Por otra parte, todos los extranjeros que se encuentren en España, estén en situación administrativa regular o irregular, tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. En este artículo se especifica también que todas las mujeres extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto y a los cuidados en salud del recién nacido.

De modo general, en el caso de las extranjeras embarazadas, generalmente se les hace un seguimiento hasta las seis semanas posteriores al parto y se les informa del derecho a acogerse a la asistencia sanitaria gratuita por el hecho de estar empadronadas.

Por tanto, en la actualidad, “si bien existen diferencias en el tratamiento jurídico

hacia los extranjeros respecto a los nacionales, sobre todo en el ámbito laboral y la participación política en la sociedad española, se entiende que la condición de extranjero no es óbice para el acceso a una serie de derechos como la educación básica obligatoria o la sanidad" (Lafuente, 2011).

En el sistema sanitario español una de las características de calidad del programa que integra el control del embarazo, parto y puerperio es el cumplimiento de este en sus contenidos y en los tiempos establecidos. La incorporación precoz de la embarazada antes de la semana 12, así como del número de visitas realizadas, son dos indicadores de calidad. En el caso de las mujeres inmigrantes estos principios parecen más difíciles de cumplir. Los motivos podrían ser: el propio desconocimiento del sistema y de su derecho a la prestación sanitaria, las barreras lingüísticas, las situaciones de aislamiento por motivos de residencia o el temor derivado de las situaciones de irregularidad administrativa. Otros motivos que lo explicarían también son los problemas laborales (horarios rígidos o el temor al despido), el hecho de que algunas mujeres extranjeras no consideren necesaria una atención prenatal y finalmente, en algunos casos, una autonomía limitada y dependencia de la pareja para acudir a los servicios sanitarios.

Es importante señalar que el embarazo no es sólo un periodo de cambios físicos, también desde el punto de vista psicológico genera transformaciones en la mujer que la obligan a elaborar estrategias para facilitar el vínculo con su hijo (Canals, Esparó, Fernández-Ballart, 2006). Además, las características propias de la personalidad de la mujer pueden influir en el afrontamiento de la maternidad. El temor elevado al parto y comportamientos para evitar el dolor están relacionados según Saisto y Halmesmaki (2003) con un factor de neuroticismo en la personalidad.

En este sentido, se han medido los diferentes niveles en distintas variables relacionadas con el estado psicológico durante el proceso de la gestación y después de ésta, mediante el cuestionario SCL-90, y se han encontrado mayores puntuaciones en las diferentes dimensiones primarias en las gestantes (Borjesson, 2005). En concreto, estos autores encontraron mayores puntuaciones en los parámetros, depresión, ansiedad, somatización y neuroticismo.

En esta misma línea, otro estudio encontró que alrededor del 30% de las mujeres experimentan algún tipo de ansiedad durante sus vidas siendo en la gestación y en el período posparto donde los episodios de ansiedad aparecen con más frecuencia (Heron, O'Connor, Evans, Golding, Glover, 2004).

Por otro lado, se sabe que las mujeres inmigrantes también sufren gran cantidad de trastornos psicológicos. García-Campayo y Sanz (2002) indican que los problemas que con más frecuencia se dan en la población inmigrante son el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad, depresión, somatizaciones y en casos extremos la esquizofrenia y la paranoia. En esta misma línea, Achotegui (2002, 2003) hace referencia al término de "Ulises" para agrupar la sintomatología del inmigrante que se caracteriza por síntomas ansiosos, depresivos, y somatizaciones.

En el estado psicológico de las mujeres en la fase de puerperio juegan un papel importante los cambios hormonales y los factores psicosociales predisponentes. Este es un período que puede cursar con estrés y ansiedad y si además si se le añade el factor inmigración, como elemento desencadenante de estrés (vinculado en muchas ocasiones a la falta de apoyo social), podrían aumentar estas alteraciones en salud mental, desencadenando un afrontamiento disfuncional del puerperio que podría incluso afectar al vínculo afectivo con el hijo.

Por otro lado, con respecto a la salud de las mujeres extranjeras hay estudios que afirman que éstas tienen un peor estado de salud que las autóctonas, siendo algunas de sus enfermedades de difícil diagnóstico al ser desconocidas o bien erradicadas en el país receptor (Gascón, 2003). Así mismo otros autores afirman que en este colectivo se dan peores resultados perinatológicos (Herrera de la Muela, 1999; Delvaux y cols., 2001). Pero no todos los autores están de acuerdo con estas afirmaciones ya que también hay resultados de otros trabajos que no confirman estos aspectos. En este sentido nos encontramos estudios llevados a cabo en Estados Unidos (Cervantes, 1999) que concluyen que los resultados obstétricos y del recién nacido en las mujeres hispanas inmigrantes de primera generación no difieren de las autóctonas aunque las condiciones socioeconómicas no sean favorables, gracias al apoyo de una importante red social (familiares y amigos), de los buenos hábitos de salud, y a la ausencia de consumo de sustancias tóxicas. Elementos todos ellos que protegen a las mujeres inmigrantes y a sus hijos.

Por todo lo anteriormente comentado y dadas las implicaciones que tiene en la mujer tanto la inmigración como el embarazo y parto, esta investigación tiene como objetivo fundamental conocer las diferencias sociodemográficas, del embarazo, parto y puerperio y su relación con el estado psicológico de las mujeres inmigrantes con respecto a las mujeres españolas.

Método

Participantes

La muestra la formaron 103 mujeres puérperas con una edad de 29.34 años (DT=5.265) del Hospital Materno-Infantil de Granada, España. Estas mujeres fueron divididas en dos grupos, uno de 50 puérperas nacionales y otro de 53 puérperas inmigrantes.

El conjunto de la muestra cumplía los mismos criterios de inclusión y exclusión. Los de inclusión fueron: la voluntariedad para participar en el estudio, tener una edad superior a 18 años y conocimiento del castellano, acceso a la analgesia epidural, asistencia al parto en el mismo centro hospitalario y asistencia por los profesionales sanitarios que trabajan en este centro en el área de partos y puerperio. Los factores de exclusión fueron que las mujeres puérperas trabajaran en el hospital, pues pensamos que podían estar en situación de privilegio en cuanto al conocimiento del medio.

Previamente a la realización de la evaluación se presentó el proyecto de investigación a la Comisión de Investigación y al Comité Ético del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Los documentos fueron aprobados por dicho organismo lo que permitió la realización de la evaluación. En ellos se adjuntó la "Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado" que incluye un apartado sobre la privacidad y la confidencialidad tal y como lo establece la ley 15/999 de 13 de diciembre (Ley Orgánica de protección de Datos de Carácter Personal). El porcentaje de respuesta y cumplimentación de los cuestionarios fue del 100%.

Instrumentos

Los registros incluían diferentes variables para obtener datos referentes a los rasgos sociodemográficos y el estado de salud de las mujeres que componían la muestra. Además, se realizó un estudio de la historia clínica de las puérperas evaluadas para recoger datos referidos, por una parte, a la fórmula obstétrica que incluye el número de embarazos, abortos, partos, de hijos nacidos vivos y de hijos que viven. Por otra parte, se analizaron variables relacionadas con el control del embarazo y los resultados del parto. De esta manera se pudo cotejar la información proporcionada por la mujer y también permitió conocer datos técnicos y más precisos registrados por los profesionales sanitarios.

Para la recogida de estos datos se han utilizado cuatro cuestionarios: Prueba de Orientación en la vida (LOT), Inventario de Vulnerabilidad al Estrés, Escala de Estrés Percibido, (EEP) y el SCL-90 que se detallan a continuación.

Con el objetivo de evaluar el optimismo utilizamos el cuestionario LOT o prueba de Orientación en la Vida (LOT -Life Orientación Test) que consta de doce ítems, ocho de los cuales se corresponden con la variable que se desea evaluar con la escala, los cuatro restantes son ítems de relleno. Las opciones de respuesta usadas en esta escala van de 1 (Estoy muy de acuerdo) a 4 (Estoy muy en desacuerdo) e informan de un coeficiente alfa de fiabilidad de 0.87 y una fiabilidad test-retest (sobre un intervalo de tiempo de cuatro semanas) de 0.74. La puntuación media de las personas sanas en este instrumento es de 10.8 (Ferrando y cols, 2002)

Para medir el grado en que las situaciones de la vida se valoran como estresantes utilizamos la Escala de Estrés Percibido (EEP) de Cohen, en versión española validada por Remor. Consta de 14 ítems con 5 opciones de respuestas, desde totalmente de acuerdo a completamente en desacuerdo. En él se marca con una "x" la opción que mejor se adecua a la situación actual (último mes) del entrevistado, utilizando el siguiente criterio: 0= Nunca; 1= Casi nunca; 2= De vez en cuando; 3:=A menudo; 4= Muy a menudo. Los estudios psicométricos han demostrado una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 0,81$, y *test-retest*, $r = 0,73$), validez concurrente y sensibilidad. La puntuación media de la población española en el PSS es de 21 (Remor y cols, 2006).

Con el objetivo de evaluar la predisposición de la persona a sentirse influido por el estrés percibido, hemos utilizado el Inventario de Vulnerabilidad al Estrés, en versión española validada por Robles Ortega y cols, (2006).). Consta de 22 ítems en los que aparece una lista de problemas frecuentes en la vida de cualquier persona. Tras la lectura del listado, la persona debe añadir una "S", si considera que el problema le afecta habitualmente y una "N" en caso de que no le afecte en absoluto o lo haga raramente. Este instrumento presenta alta consistencia interna ($\alpha = 0,87$). Con respecto a la validez convergente, existe una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con el STAI-R ($r = 0,70$), el BDI ($r = 0,69$), el ESS-R ($r = 0,43$) y el SRLE ($r = 0,47$), en pacientes crónicos y en personas sanas. La puntuación media de la escala de vulnerabilidad al estrés en personas con alto estrés en la población española es de 12 (Robles-Ortega, 2006).

Asimismo se administró a todas las mujeres puérperas el *Inventario de síntomas SCL-90-R* (Derogatis, 1994) adaptado por (UBA 1999/2004), desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes. Es una escala de autoinforme formada por 90 ítems, con cinco alternativas de respuesta (0-4). La persona debe responder en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de la administración del inventario. Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico [Índice Global de Severidad (GSI), total de síntomas positivos (PS), y malestar sintomático positivo (PSDI)].

Se consideran índices normales en estas variables, el valor igual o menor de 50. La consistencia interna del cuestionario oscila entre 0.781 y 0.90 y la estabilidad temporal entre 0.78 y 0.90.

Procedimiento

Los datos utilizados se han obtenido a partir de dos registros. Por un lado, para obtener datos sociodemográficos y obstétricos se han analizado historias clínicas, a través del documento de salud de la embarazada, partograma y hoja de evaluación enfermera. Los datos que no se obtuvieron a través de estos documentos se recogieron mediante una entrevista personal a la mujer puérpera. Por otro lado, los valores referidos al estrés y estado psicológico se obtuvieron a través de los cuestionarios de optimismo, inventario de vulnerabilidad, estrés percibido y del inventario SCL-90-R, realizando una entrevista personalizada a cada una de las participantes.

Esta investigación se ha realizado en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (España) en el centro Materno Infantil, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2010 y los meses de enero a mayo del 2011. Los registros se llevaron a cabo en el puerperio inmediato, es decir, en las primeras 24 horas del parto. La información del ingreso hospitalario de las puérperas se obtenía a través del programa informático utilizado en el hospital.

La realización de los registros se hacía de forma individualizada y tras explicar a cada mujer como cumplimentarlos. El tiempo medio dedicado a cada mujer puerpera fue aproximadamente de una hora. Antes de contestar los cuestionarios las mujeres leían el consentimiento informado en el que se les explicaban las condiciones de participación en el estudio.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se realizó un estudio descriptivo con media, desviación típica o porcentajes y frecuencias, según las variables cuantitativas o cualitativas. Posteriormente se realizó un análisis bivalente, mediante contrastes de medias a través de ANOVA, t-Student, Kruskal- Wallis, chi-cuadrado y U de Mann-Whitney. Estos últimos en las muestras que no cumplían los supuestos de normalidad. Se ha utilizado un intervalo de confianza (IC) del 95% y las diferencias se han considerado significativas a partir de una $p < .05$.

Resultados

1. Descripción sociodemográfica de las mujeres inmigrantes y autóctonas

Los resultados arrojados por los cuestionarios muestran que en el momento del parto la media de los años de residencia en España de las mujeres extranjeras se situaba en 3.5 años. Con respecto a la procedencia de este colectivo, el 20.4% procedían de países europeos, el 18.4% de Latinoamérica el 9.7% de países africanos y el 2.9% asiáticas (Tabla 1).

Si comparamos las principales variables sociodemográficas de las mujeres nacionales con respecto a las extranjeras encontramos diferencias significativas en edad, escolaridad, profesión y situación laboral. Con respecto a la edad de las mujeres encuestadas, el rango se situó entre los 18 y 41 años. Si atendemos a su origen como se puede observar en la tabla 1, la edad media de las extranjeras es menor que la de las mujeres españolas con una diferencia estadísticamente significativa.

TABLA 1: Principales variables sociodemográfica de las mujeres inmigrantes y mujeres españolas

Variables	TOTAL	OTROS PAÍSES EUROPEOS (%)	LATINO-AMERICANAS (%)	AFRICANAS (%)	ASIÁTICAS (%)	INMIGRANTES TOTAL (%)	ESPAÑOLAS (%)	p* INMIGRANTES Y ESPAÑOLAS
PROCEDENCIA	103	21 (20.4)	19 (18.4)	10 (9.7)	3 (2.9)	53	50 (50)	
EDAD	29.34 (5.26)	29.33 (5.29)	28.26 (5.2)	27.10 (3.10)	24.67 (3.78)	28.26 (4.88)	30.48 (5.45)	.032
ESTADO CIVIL								
Casadas o con pareja	102 (99)	21 (100)	19 (100)	10 (100)	3 (100)	53 (100)	49 (98)	.485
Solteras	1	0	0	0	0	0	1	
NIVEL DE ESTUDIOS								
Sin formación	1 (1)	1 (4.8)	0	0	0	1 (1.9)	0	.001
Est. primarios incompletos	31 (30.1)	6 (28.6)	9 (47.4)	6 (60)	3 (100)	24 (45.3)	7 (14)	
Est. Primarios	26 (25.2)	4 (19)	7 (36.8)	1 (10)	0	12 (22.6)	14 (28)	
Est. Medios	20 (19.4)	0	2 (10.5)	1 (10)	0	3 (5.7)	17 (34)	
Est. Universitario	25 (24.3)	10 (47.6)	1 (5.3)	2 (20)	0	13 (24.5)	12 (24)	
PROFESIÓN								
Cualificada	55 (53.4)	11 (52.4)	9 (47.4)	0	0	20 (37.7)	35 (70)	.001
No cualificada	48 (46.6)	10 (47.6)	10 (52.6)	10 (100)	3 (100)	33 (62.3)	15 (30)	
SITUACIÓN LABORAL								
Regul contrato	46 (44.7)	10 (47.6)	5 (26.3)	2 (20.0)	0	17 (32.1)	29 (58.0)	.001
Parada	32 (31.1)	3 (14.3)	4 (21.1)	7 (70.0)	1 (33.3)	15 (28.3)	17 (34.0)	
Irreg sin contrato	25 (24.3)	8 (38.1)	10 (52.6)	1 (10.0)	2 (66.7)	21 (39.6)	4 (8.0)	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA*								
Regular	46 (86.8)	18 (85.7)	16 (84.2)	9 (90)	3 (100)		NP	
Irregular	7 (13.2)	3 (14.3)	3 (15.8)	1 (10)	0		NP	
PROCEDENCIA DEL MARIDO:								
Españoles	70 (68)	14 (66.7)	4 (21.1)	3 (30)	0	21 (39.6)	49 (98)	.000
Latino-americanos	15 (14.6)	1 (4.8)	14 (73.7)	0	0	15 (28.3)	0	
Otros p. europeos	7 (6.8)	6 (28.6)	1 (5.3)	0	0	7 (13.2)	0	
Africanos	8 (7.8)	0	0	7 (70)	0	7 (13.2)	1 (2)	
Asiáticos	3 (2.9)	0	0	0	3 (100)	3 (5.7)	0	

*Solo mujeres inmigrantes

** p entre inmigrantes y nacionales; NP: no procede

En la entrevista también se tuvo en cuenta la nacionalidad y origen de la pareja de la mujer puesto que podía incidir en su grado de conocimiento del sistema hospitalario y acceso a los recursos socio-sanitarios. Es destacable el hecho de que el número de parejas mixtas es elevado en el caso de las europeas y latinoamericanas. Al contrario, el de parejas mixtas es bastante menor en el caso de las africanas y ninguna de las mujeres asiáticas tenía pareja que no perteneciera a su mismo colectivo.

2. Variables relacionadas con antecedentes de salud y fórmula obstétrica, control de embarazo y parto y recién nacido

Con respecto a las variables de salud y fórmula obstétrica no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas

En relación al estado de salud cabe destacar que se encontraron mujeres que fumaban antes y durante el embarazo, aunque no hay grandes diferencias en este aspecto entre las mujeres nacionales y las no nacionales. Otro hábito que puede afectar al estado de salud de la embarazada y puérpera es el consumo de alcohol. Del total de la muestra, el 8.7% reconoció consumir bebidas alcohólicas durante el embarazo. Sin embargo, aunque no hay diferencias significativas, si se atiende al lugar de origen en las mujeres españolas este porcentaje se sitúa en un 4%, mientras que en las extranjeras se elevó hasta un 13.2%. Cabe destacar además diferentes pautas de comportamiento sobre este aspecto dentro del grupo de las extranjeras, ya que el consumo de alcohol se detectó sólo en el caso de las latinoamericanas y de las europeas. En relación al consumo de sustancias tóxicas, hay que mencionar también que ninguna de las encuestadas afirmó consumir sustancias tóxicas.

Con respecto a los resultados obtenidos mediante la fórmula obstétrica se puede observar que tanto las mujeres inmigrantes como las nacionales presentan similar número de embarazos, abortos, partos, hijos nacidos vivos e hijos que viven.

TABLA 2: Datos de mujeres inmigrantes y españolas en variables de hábitos de salud, enfermedades previas al embarazo y fórmula obstétrica

Variables	TOTAL (%)	INMIGRANTES	ESPAÑOLAS	P
PROCEDENCIA	103	53 (51.5)	50 (48.5)	
CONSUMO DE TABACO	28 (27.2)	14 (26.4)	14 (28.8)	.857
CONSUMO DE ALCOHOL	9 (8.7)	7 (13.2)	2 (4)	.098
ENF. PREVIAS AL EMBARAZO	14 (13.6)	8 (15.1)	6 (12)	.647
NÚMERO DE EMBARAZOS				
Primíparas	53 (51.5)	23 (43.4)	30 (60)	
Secundíparas	27 (26.2)	17 (32.1)	10 (20)	.218
Multíparas	23 (22.3)	13 (24.5)	10 (20)	
NÚMERO DE ABORTOS				
Cero abortos	73 (70.9)	34 (64.2)	40 (80)	
Un aborto	21 (20.4)	15 (28.3)	6 (12)	.145
Dos o más abortos	7 (6.8)	4 (7.5)	3 (6)	
NÚMERO DE PARTOS**	1.48 (0.778) [1-5]	1.51 (0.750) [1-4]	1.44 (0.812) [1-5]	.653

**t-Student Media (dt) [Mínimo-máximo]

Entre los objetivos de esta investigación se encuentra también el conocer si hay diferencias en el control del embarazo, parto y variables del recién nacido, entre mujeres nacionales e inmigrantes. Los resultados han mostrado que existen diferencias significativas en las siguientes variables: semana de gestación de la primera visita para control de embarazo, número de ecografías realizadas y petición de analgesia epidural.

Con respecto a la Educación Maternal, las españolas que la recibieron ocuparon el 52% mientras que en las extranjeras este porcentaje desciende hasta el 26.4%. Las europeas son el colectivo de extranjeras que más acudieron a sesiones de educación maternal, seguido de africanas y latinoamericanas.

TABLA 3: Control embarazo según el origen de las mujeres (en porcentaje)

Variables	TOTAL (%)	INMIGRANTES (%)	ESPAÑOLAS (%)	P
CONTROL EMBARAZO	98 (95.1)	49 (92.5)	49 (98)	.190
NO CONTROL	4,9	7,5	2	
SEMANA GESTACIÓN PRIMERA VISITA	12 (5.67)	12 (6.96)	6 (3.21)	.004
NUMERO DE ECOGRAFÍAS	3.91 (2.28)	3.08 (1.53)	4.8 (2.6)	.000
SEMANA GESTACIONAL DEL PARTO	39 (1.45)	39 (1.13)	40 (1.74)	.724
INICIO PARTO				.972
Espontáneo	54 (52.4)	27 (50.9)	27 (54)	
Inducido	29 (28.2)	15 (28.3)	14 (28)	
Cesárea electiva	6 (5.8)	3 (5.7)	3 (6)	
FINALIZACIÓN PARTO				.172
Eutócico	54 (52.4)	31 (58.5)	23 (40)	
Distócico	17 (16.5)	10 (18.9)	7 (14)	
Cesárea	32 (31.1)	12 (22.6)	20 (40)	
ACOMPañAMIENTO DILATACIÓN Y PARTO				.068
No acompañadas	25 (24.3)	17 (32.1)	8 (16)	
Acompañada de pareja				
ANALGESIA EPIDURAL	85 (82.5)	37 (69.8)	48 (96)	.000
PESO RECIÉN NACIDO	3.123 (436.42)	3.170 (430.40)	3.073 (441.62)	.266
APGAR				
1minuto	9.05 (0.59)	9.03 (0.64)	9.07 (0.54)	.72
5minutos	9.54 (0.59)	9.52 (0.63)	9.56 (0.54)	.78
LACTANCIA				.013
Materna	52 (50.5)	24 (45.3)	28 (56)	
Mixta	43 (41.7)	28 (52.8)	15 (30)	
Artificial	8 (7.8)	1 (1.9)	7 (14)	

Con respecto a las variables de parto hay que destacar que no se observaron diferencias relevantes entre ambos grupos. El porcentaje de partos con inicio espontáneo es similar en ambos grupos, así como el número de partos inducidos, y el tipo de parto (partos eutócicos, distócicos y cesáreas)

Con respecto a los datos del recién nacido, la media de los pesos de los neonatos indica que apenas hubo diferencias entre hijos nacidos de españolas y de extranjeras como hemos reflejado en la tabla 3.

Por último, con respecto a los hábitos de lactancia materna, sí encontramos diferencias significativas entre el grupo de mujeres extranjeras con respecto a las mujeres españolas. En concreto, en el grupo de las mujeres españolas algo más de la mitad optó por la lactancia materna frente al de mujeres extranjeras que no alcanzaron esta cifra. Sin embargo, el colectivo que eligió en mayor proporción esta alternativa fue el africano (70%). En relación a la opción de lactancia mixta el porcentaje fue más elevado en las extranjeras.

3. Variables psicológicas

Con respecto a las variables psicológicas y psicopatológicas hay que destacar que en la fase de puerperio inmediato las mujeres incluidas en este estudio presentaban valores por encima de la media en las diferentes psicopatologías evaluadas mediante el SCL-90 (Ver figura 1). Con respecto a las variables de estrés y optimismo los valores fueron siempre ligeramente más altos en las puérperas extranjeras que en las españolas, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. En concreto, en la variable LOT se obtuvo una media de 15.24 en las españolas y de 13.94 en las inmigrantes; en la variable Escala de Estrés percibido (EEP) la media del primer grupo fue de 23.78 y en el segundo de 25.42; en la variable de vulnerabilidad al estrés la media en las españolas fue de 6.66 y en las inmigrantes de 7.66.

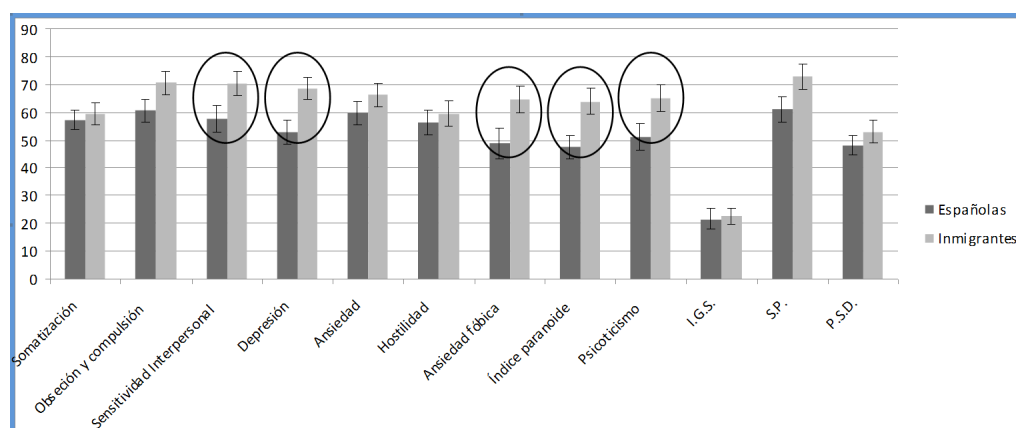
Por otro lado, con respecto a las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas del SCL-90 hay que decir que sí existían diferencias estadísticamente significativas entre mujeres inmigrantes y españolas, en las subescalas de sensibilidad interpersonal, obsesión compulsión, depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. En concreto en la "subescala obsesión compulsión" ($p=.005$) las puntuaciones de las mujeres inmigrantes son mayores (70.7) que las puntuaciones de las españolas (60.5), llegando a obtenerse en estas primeras incluso puntuaciones

clínicas. Por otro lado, con respecto a la variable "sensitividad interpersonal" ($p=.001$) encontramos un valor medio de 57.56 en las mujeres españolas y de 70.35 en el grupo de extranjeras, llegando estas últimas a valores clínicos. Igual ocurre con los resultados obtenidos en la variable "depresión" ($p=.001$) en la que se encuentran mayores puntuaciones entre las mujeres inmigrantes (68.4) y las nacionales (52.9). Así mismo con respecto a la subescala de "ansiedad fóbica" ($p=.001$) una vez más las mujeres inmigrantes presentaban mayores puntuaciones 64.71 que las mujeres españolas 48.74.

Por último decir que en las subescalas de "ideación paranoide" ($p=.005$) y psicoticismo ($p=.005$) las mujeres inmigrantes también presentaban mayores puntuaciones (47.50 en las mujeres españolas versus 63.92 en las puérperas inmigrantes) para el caso de ideación paranoide y 51,12 en mujeres nacionales versus 65,02 en mujeres inmigrantes para la subescala de psicoticismo.

No se encontraron diferencias entre ambos grupos en las demás subescalas.

**GRÁFICA 1: Representación de las puntuaciones en cada una de las subescala
Inventario SCL90**



Discusión

En este estudio se ha hecho, en primer lugar, una descripción sociodemográfica de las mujeres en la fase de puerperio inmediato, pues estos rasgos podrían estar relacionados con los resultados clínicos, obstétricos y psicológicos posteriores. De estas características sociales cabría destacar que el hecho de que las mujeres extranjeras evaluadas hubieran residido en España durante una media de más de 2.5 años facilitaría su conocimiento y utilización de los recursos sanitarios. En este sentido, este factor explicaría que no se hayan encontrado grandes diferencias entre las mujeres españolas y las mujeres extranjeras.

En la misma línea, nosotras hipotetizamos que la existencia de un porcentaje relativamente alto de parejas mixtas, formadas por una extranjera y un español, apoyaría la primera conclusión a la que hemos llegado: la primera consulta sanitaria de control de embarazo, realizada por gestantes inmigrantes, bien en un centro de atención primaria o en un hospital, no se circunscribe habitualmente al momento del parto.

Nuestros resultados han revelado que en el consumo de alcohol durante el embarazo es probablemente donde se encuentran las mayores divergencias sobre los hábitos de salud de las mujeres dependiendo de su origen. Así, cabe mencionar como el consumo de bebidas alcohólicas es relativamente acusado en las latinas puesto que más de un tercio mantenía esta pauta de comportamiento en la gestación. Este hecho podría explicarse por un déficit de educación sanitaria, así como, por elementos de tipo cultural. Precisamente este último factor, el contexto cultural, justificaría también que las mujeres africanas (mayoritariamente de religión musulmana) y las asiáticas no consumieran alcohol.

No se han encontrado patologías graves previas al embarazo ni durante este período. En el caso de las extranjeras esto se explicaría porque el hecho migratorio lo llevan a efecto mujeres sanas. A esto se suma que esta investigación se realiza sobre una población en edad fértil que, por tanto, raramente supera la franja de los 45 años.

Con respecto a las variables de salud y fórmula obstétrica no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas, por lo que nuestros resultados coinciden con otros estudios (Cervantes, 1999) y (Sánchez, Muñoz, et al. 2003) por otra parte, creemos que el grupo de mujeres estudiado son jóvenes y por tanto en una edad con baja incidencia en enfermedades.

En el seguimiento del embarazo destaca que las mujeres españolas tienen su pri-

mera visita en la semana 8 y las extranjeras en la 12. Es decir, estas últimas se incorporan más tarde a los controles de salud del embarazo por lo que se registran menos visitas, un menor porcentaje de extranjeras que reciben el tratamiento farmacológico habitual y un menor número de ecografías (como la del primer trimestre). Al contrario, todas las mujeres coinciden en el número de registros cardiotocográficos que se realizan a partir de la semana 38. Este dato se podría explicar porque, tanto las gestantes españolas como las inmigrantes, ya están dentro del sistema de atención al embarazo.

Sobre la asistencia de las embarazadas inmigrantes a los cursos de educación Maternal, también se pudo contrastar menor presencia de este colectivo en relación a las mujeres españolas. Estos cursos son ofertados en todos los centros de salud e impartidos por matronas. De hecho, el número de españolas que recibieron esta formación dobla al de extranjeras. Estas cifras podrían explicarse por las mayores dificultades que viven las mujeres extranjeras derivadas del menor número de redes sociales o familiares e, incluso, por una mayor inestabilidad laboral, que obstaculizarían la participación en estos cursos.

No se han encontrado diferencias significativas entre españolas e inmigrantes, en el trabajo del parto, tanto en el inicio como en la finalización. Consideramos que estos datos eran esperables dado que la edad media gestacional es similar entre ambos grupos y que, además, todas han sido atendidas en el mismo centro hospitalario, por los mismos profesionales, protocolos y medios técnicos.

Con respecto al peso del neonato tampoco encontramos diferencias entre ambos grupos, sin embargo, hay que destacar que existe cierta controversia con los resultados relativos al peso del recién nacido, ya que no todos los autores han encontrado los mismos resultados. En concreto, nuestros datos coinciden con otros estudios nacionales e internacionales como pueden ser el de García- García y Pardo-Serrano (2008) ya que éstos tampoco encontraron diferencias entre el peso de los neonatos de las mujeres inmigrantes con respecto al de las españolas. En el mismo sentido, Martínez et al (2003) en un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza tampoco hallaron diferencias en el peso en los recién nacido de ambos colectivos. Manganaro et al (2007), en una investigación llevada a cabo en Italia, justificaron la similitud entre los resultados del peso en los recién nacidos de mujeres inmigrantes e italianas por la adaptación sociocultural de las primeras al país de acogida, en este caso Italia. En esta misma línea, estudios realizados en Estados

Unidos, justifican los resultados por factores como la cultura tradicional, los hábitos saludables y el cuidado prestado por la red familiar o la comunidad.

Al contrario, Armandá (2006) en Madrid, así como Martínez y López (2004), en Almería, sí encontraron mayor número de pesos normales entre la población española que entre la inmigrante. En cuanto a la puntuación de test de Apgar no se encontraron diferencias entre los dos grupos de hijos nacidos, aspecto en el que coincidimos con Martínez y López (2004).

Otro resultado destacable son las diferencias encontradas en el tipo de lactancia, ya que las pautas seguidas por ambos grupos de mujeres difieren. Las españolas optan por la lactancia materna en mayor proporción mientras que las extranjeras por la mixta. Dos factores podrían explicar esta circunstancia, aunque sería necesario una mayor profundización en este aspecto: una menor educación sanitaria en el caso de las mujeres inmigrantes, pero también una mayor inestabilidad laboral que dificultaría la lactancia materna en el futuro inmediato tras el parto.

En cuanto a las variables psicológicas, el puerperio requiere de una adaptación para todas las mujeres. Sin embargo, el estado mental durante este período puede verse modificado o alterado por diferentes factores. Podemos plantearnos que las similitudes de los resultados en las puntuaciones obtenidas en optimismo de las mujeres inmigrantes con respecto a las mujeres nacionales podrían explicarse por la propia conceptualización del optimismo ya que este se entiende como "expectativas generalizadas favorables" acerca de las cosas que suceden a la persona en la vida. Tales expectativas son disposiciones estables (rasgos) de ahí que se hable de optimismo disposicional, dándole una identidad de estabilidad al constructo, Scheier, et al (1985).

Sin embargo, tener un hijo es un hecho importante en la vida de una persona que modula en positivo constructos establecidos como disposicionales, este es el caso del optimismo.

Por otra parte, el posparto constituye un período de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer trastornos psicológicos es mayor que en cualquier otra etapa. En este sentido los resultados obtenidos en nuestro estudio son coincidentes con otras investigaciones Tejerizo et al (1997). Con respecto al análisis de las variables psicológicas, consideramos que dan respuesta al hecho de que todo proceso migratorio implica una serie de reajustes en el individuo que pueden provocar tras-

tornos psicológicos, en especial si la migración se produce en una situación de vulnerabilidad personal, familiar o social.

La inmigración supone enfrentarse a un duro proceso de adaptación y a la lejanía o pérdida de los seres queridos. En este sentido las dificultades laborales, problemas para obtener los papeles de residencia, permanecer con el temor de ser repatriados en cualquier momento, provocan situaciones límites que pueden incidir en que las personas inmigrantes sean más proclives a las alteraciones psicológicas.

En este sentido, los resultados de nuestro estudio, coinciden con otras investigaciones como las de Achotegui (2002), Navas et al (2006), Molero et al (2004). Así los elementos que acompañan al proceso migratorio, son capaces de desencadenar un estrés crónico y múltiple caracterizado por una sintomatología depresiva asociada a síntomas de ansiedad.

Las personas inmigrantes sufren multitud de estresores asociados a la experiencia migratoria, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos. En esta línea, autores como Hovey (2001) identifican estresores divididos en cinco grupos principales: 1) según la propia relación con el proceso migratorio; 2) las barreras del lenguaje y los problemas de comunicación; 3) los estresores del ambiente relacionados con los cambios socioculturales; 4) estresores económicos desempleo y marginación social; 5) la pérdida de apoyo social y familiar.

De la misma manera, en nuestra investigación observamos como el contexto sociocultural es de gran importancia en el desarrollo de alteraciones psicológicas, hecho, que hemos podido contrastar en estudios realizados sobre estos aspectos. Así el grupo étnico que presenta más tasas de depresión según la mayoría de los estudios realizados en Estados Unidos es el de los latinos. En los inmigrantes hispanoamericanos parece existir mayor frecuencia de síntomas depresivos expresados como quejas somáticas (Zarza, 2007).

Coincidimos, por tanto, en este aspecto con estudios realizados sobre estrés y psicopatología en inmigrantes (Hidalgo-Ruzzante, et al, 2009). Consideramos que este estudio arroja resultados relacionados con ansiedad, ansiedad fóbica, agotamiento emocional, disfunción social, pérdida de autoconfianza y autoestima, coincidentes con investigaciones centradas en el Síndrome de Ulises o síndrome del inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, así como manifestaciones psicopatológicas relacionadas con suceso vitales estresantes, como la propia inmigración y el nacimiento de un hijo.

Conclusiones

El nacimiento de un hijo, como suceso vital estresante, explicaría los altos niveles de síntomas psicopatológicos obtenidos en las puérperas españolas. El estrés acumulativo por diferentes sucesos nos ayudaría a entender las diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres inmigrantes en comparación con las españolas.

En la actualidad, se puede considerar que el fenómeno migratorio es una realidad tanto a nivel nacional como internacional y obliga a ser estudiado desde distintas áreas, (políticas, sociales, sanitarias, antropológicas).

Sería necesario tener en cuenta las distintas variables, socio-económicas, culturales y de género, que inciden sobre las mujeres inmigradas para implantar mecanismos, con el objetivo de disminuir las desigualdades en este colectivo. En este sentido, se hacen necesarias estrategias específicas de captación activa y de información del programa a través servicios de atención al inmigrante.

Es preciso también adaptar la atención sanitaria durante el embarazo a las necesidades concretas de las gestantes inmigradas, mediante mediadores, materiales específicos escritos en diferentes idiomas, etc.

A nivel asistencial y clínico, el conocimiento de la influencia de los factores psicológicos sobre la gestación, el parto y del puerperio, puede suponer una mejora de los cuidados prestados a las mujeres que se encuentran en esta situación y una mayor satisfacción de las mismas tanto con el desarrollo de su embarazo y los resultados del mismo, como con el sistema sanitario por la calidad de los cuidados prestados.

La mejora de la situación psicológica de las mujeres inmigrantes durante el embarazo también podría reducir las complicaciones posteriores.

Todos los datos obtenidos no permiten llegar a conclusiones extensibles al conjunto del sistema sanitario español. Sin embargo, sí puede ser un paso más, junto a similares estudios en otras regiones, y a lo largo del tiempo, que permita elaborar un análisis comparativo de la situación de las mujeres extranjeras durante el periodo gestacional, parto y puerperio.

REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2007). El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple el Síndrome de Ulises. A Tarlarn (comp.) *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder, 487-524.
- Arango, J. (2003). Inmigración y diversidad humana. *Revista de Occidente*, septiembre, 268:5.
- Armandá, M. I.; Alonso, T., Alonso, P. (2006). Aspectos epidemiológicos en los hijos de madres inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Toko Gin Pract*, 10: 33-8.
- Borjesson, K., Ruppert, S. y Bagedahl-Strindlund, M. (2005). A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Arch Women Ment Health*. Nov; 8(4): 232-42.
- Borjesson, K. (2005). *Mental illness: relation to childbirth and experience of motherhood* (tesis doctoral). Stockholm: Karolinska University Press.
- Canals, J., Esparó, G., Fernández-Ballart, J (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Pers Individ Dif*. 33(2): 253-9.
- Canals, J., Esparó, G., Fernández-Ballart, J. (2006) How anxiety sensitivity as predictor of labor pain. *Eur J Pain*. Apr; 10(3): 263-70.
- Cervantes, A., Keith, L., Wyshak, G. (1999) Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: replicating national evidence regarding Mexicans at the local level. *Matern Child Health*. 3: 99-109.
- Fernández, J. C. y Fernández, A. (ed.) (2005): *Ley de Extranjería y legislación complementaria*. Tecnos, Madrid. 2:90-110
- García- García, J, Pardo- Serrano C, Hernández- Martínez A, Lorenzo- Díaz M, Gil-González, D. (2008). Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autócto-

nas e inmigrantes. Prog Obstet Ginecol. 51(2): 53-62.

- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover, V. (2004) The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Disord. May; 80(1):65-73.)
- Hidalgo-Ruzzante, N., Peralta-Ramírez, M. I., Robles-Ortega, H, Vilar-López, R y Pérez García, M. (2009) Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes. Repercusiones sobre la calidad de vida. Psicología Conductual. In pres.2009
- Hovey, J.D. (2001). Mental Health and Substance Abuse. Program for the study of immigration and mental health. The University of Toledo.
- Instituto Nacional de Estadística (2004). España en cifras 2004. Citado el 20/9/2005: <http://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística (2005). España en cifras 2005. Citado el 20/9/2005: <http://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2011)- [acceso en: 22 de agosto 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/escif/pobl11.pdf>
- Jones M. E.; Bond, M. L. (1999) Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women. J. Nurs Care Qual; 14:56-62.
- Lafuente, P. (2011). Mediatización del fenómeno migratorio: la inmigración en España vista a través de *El País*, *El Mundo* y *Abc*. Buenos Aires: Libros en Red.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Título I, capítulo 1.
- Lu M.C, Lin Y. Prietto, G. Garite, T. (2000) Elimination of public funding of prenatal care undocumented inmigrats in California: s cost/Benedit analisis. Am J Obstet Gynecol: 182: 233-9.
- Martínez, F., Monzón, A., Falcón, A., Pardo, A. (2002). Partos de inmigrantes y jóvenes inmigrantes en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). Index Enferm Gran. 38: 15-7.
- Martínez, E.; López A. F. (2004) Diferencias de morbilidad asociadas al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas.

Matronas Profesión, 2004; 5:12-8.

- McGlades, M. S.; Saha, S.; Dahlstrom, M. E. (2004). The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery. *Am J Public Health*; 94: 2062-5
- Meadows, L. M.; Thurston, W. E.; Melton, C. (2001). Inmigrant women's health. *Soc Sci Med*: 52: 1451-8.
- Molero, J.M., Fernández, M.R., Martín, M.A., Pelayo, J. y Vázquez, J. (2004). Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de los inmigrantes. Madrid: El Médico Interactivo. Programa de Formación Continuada Acreditada para médicos de Atención Primaria.
- Navas, M. García, M.C., Rojas, A.J. (2006). Acculturation strategies and attitudes of African American immigrants in the South of Spain: Between Reality and Hope. *Cross-Cultural Research*, 40, 331-351.
- Neggers, Y., Goldenberg, R., Cliver, S., Hauth, J. (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 85(3): 277-85.
- Sánchez-Fernández, N.; Muñoz-Ávalos, S.; Pérez-Cuadrado (2003). Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol*. 46 (10): 441-7.
- Scheier, M. y Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implication of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*. 4 (219-247).
- Saisto, T., Halmesmaki, E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Mar; 82 (3): 201-8
- Tejerizo C, Teijelo A; Novo- Gueimonde L. et al. (1997). "Alteraciones psiquiátricas del posparto". *Psicosis postparto. Clin. Invest. Gin. Obst.* 24 (5): 174-186.
- Zarza, M. J. y Sobrino, S. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica Vol. 23, nº 1 (junio), 72-84.

IV. Discusión general, conclusiones y perspectivas futuras

CAPÍTULO 8. *Discusión general*

CAPÍTULO 9. *Conclusiones y perspectivas futuras*

CAPITULO 8

Discusión general

Discusión General

La discusión correspondiente a las tres fases del estudio, se mostrará de forma conjunta con el objetivo de exponer las interrelaciones encontradas en los resultados de las distintas variables analizadas.

Entendemos que el colectivo de mujeres inmigrantes no es homogéneo, sus respuestas y comportamientos sanitarios varían en función de la edad, condiciones socioculturales, laborales, nivel educativo, religión y nivel de desarrollo en su lugar de origen. De acuerdo con Oliver, Jiménez, Carmona y Oliver, (2003) creemos que la situación sanitaria de las mujeres inmigrantes no se debe simplemente al factor migratorio, sino también a las condiciones socioeconómicas que padecen, muchas de las veces rozando la precariedad y marginalidad.

El objetivo de nuestro estudio fue comprobar las posibles diferencias obstétricas, del proceso de parto y recién nacido así como el estado psicológico (estrés, vulnerabilidad al estrés, optimismo y síntomas psicopatológicos) de las mujeres inmigrantes comparadas con las mujeres españolas, siendo ambas evaluadas en el puerperio inmediato. Una de las diferencias encontradas a nivel sociodemográfico es la edad de las mujeres inmigrantes con respecto a las mujeres españolas en el momento del parto, presentando estas últimas mayor edad. Los resultados obtenidos coinciden con los resultados mostrados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Este afirma que la edad media de las mujeres de origen español, que fueron madres en España en el primer trimestre de este 2011 ascendió a 31,06 años. Consideramos que las diferencias vienen dadas por el cambio en las necesidades y forma de vida de las mujeres españolas. El periodo de estudios se amplía, así como la incorporación a la vida laboral.

En relación a la situación laboral de las mujeres evaluadas, obtuvimos diferencias significativas en la regularidad de los contratos de trabajo entre las mujeres inmi-

grantes y las mujeres españolas. Creemos que a pesar de que el número de mujeres inmigrantes sin un trabajo regular es significativamente mayor que el de las españolas, las mujeres inmigrantes que regularizaron su situación laboral, la pudieron llevar a efecto, a través de una Disposición Transitoria de la reforma del “Reglamento de la ley de derechos y libertades de los extranjeros”. Este proceso de regularización estaba destinado a inmigrantes que en algún momento habían tenido permiso de residencia o trabajo, y a familiares de estas personas ya residentes en España. Es importante señalar en este sentido, que el tipo de permiso de trabajo es uno de los principales indicadores de estabilidad o inestabilidad jurídica de las mujeres inmigrantes, circunstancia que condiciona fuertemente las trayectorias de inclusión o exclusión social (Gregorio, 2005)

La existencia de un porcentaje relativamente alto de parejas mixtas, formadas por una extranjera y un español, podría incidir en el conocimiento del sistema hospitalario y en el acceso a los recursos sociosanitario de este grupo de mujeres. Aspecto que podría estar relacionado con el hecho de que el primer contacto con los servicios sanitarios realizado por gestantes inmigrantes, bien en un centro de atención primaria o en un hospital, no se circunscribe habitualmente al momento del parto.

En relación a las variables sobre el control de embarazo, parto, puerperio y variables del recién nacido, es importante destacar que en la mayoría de variables estudiadas, nosotras no hemos encontrado diferencias significativas entre ambos grupos. Subrayar que las mujeres inmigrantes empiezan más tarde los controles del embarazo que las mujeres nacionales, lo que las lleva a tener menos controles y en muchos casos no insertarse en las clases de educación maternal. Estos resultados son interesantes en relación con el abordaje del Sistema Sanitario Español y específicamente en Andalucía, ya que la asistencia prenatal constituye uno de los ámbitos de atención, y una de las características de calidad del proceso asistencial del embarazo, parto y puerperio.

Con respecto a las variables de salud y fórmula obstétrica (número de embarazos, abortos, partos, hijos nacidos vivos e hijos que viven) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas.

Nuestros resultados coinciden con otros estudios Cervantes (1999), y Sánchez et al (2003). Además, creemos que el grupo de mujeres estudiado son jóvenes y por tanto en una edad con baja incidencia en enfermedades.

Por otra parte, cada vez más estudios evidencian que las gestantes inmigrantes no tienen resultados perinatales tan negativos como se podría esperar por su situación social. Al contrario, se observan factores protectores, como puede ser el apoyo social con el que cuentan y comportamientos prenatales más saludables que muestran datos similares y en ocasiones mejores a los observados en gestantes españolas (García-García, Pardo-Serrano, Hernández-Martínez, et al, 2008).

En esta línea y de acuerdo con otras investigaciones no se han encontrado patologías graves ni previas al embarazo ni durante este (Sánchez- Fernández, Muñoz-Avalos, Pérez- Cuadrado, et al, 2003). En el caso de las mujeres extranjeras esto se explicaría porque el hecho migratorio lo llevan a efecto mujeres sanas. A esto se suma que esta investigación se realiza sobre una población en edad fértil que, por tanto, raramente supera la franja de los 45 años.

No obstante, las mujeres inmigrantes tienen peor seguimiento del embarazo que las mujeres españolas, este déficit reside especialmente en el inicio tardío de control prenatal y, en la realización de un número insuficiente de visitas de control de embarazo. Creemos que los motivos relacionados con este déficit y descritos en la literatura científica (García-García, Pardo-Serrano, Hernández-Martínez, Lorenzo-Díaz, et al, 2008) estarían centrados en el propio desconocimiento del sistema sanitario y de su derecho a la prestación sanitaria. Por otra parte a estos aspectos habría que añadir, las barreras lingüísticas, situaciones de aislamiento por motivos de residencia, temor en situaciones de irregularidad administrativa, problemas laborales, y mujeres con una autonomía limitada que dependen de su pareja para acudir a los servicios sanitarios.

En este sentido y coincidiendo con otras investigaciones (Rodríguez-Alvarez, Lanborena, Pereda, et al, 2008) consideramos que para muchas de las mujeres inmigrantes debido a su contexto de origen con sistemas sanitarios deficitarios, no comparten el enfoque preventivo de la enfermedad, por lo que al sentirse sanas no consideran la necesidad de una atención prenatal.

El control del embarazo, la incorporación a las visitas prenatales antes de la semana 12, y su seguimiento de forma reglada, constituyen indicadores de calidad que en las mujeres inmigrantes son difíciles de cumplir. Sería necesario, tener en cuenta las distintas variables, tanto socio-económicas, culturales y de género que inciden sobre las mujeres inmigradas, para implantar mecanismos orientados a disminuir las diferencias en este colectivo de mujeres.

En relación a la asistencia al programa de educación maternal, son significativas las diferencias entre las mujeres inmigrantes y las españolas. Creemos que muchas de las mujeres inmigrantes tienen problemas para acceder a las sesiones de Educación Maternal debido a varios factores, entre ellos problemas en el trabajo, horarios incompatibles y falta de comprensión en las clases impartidas. Abordar estos elementos podría facilitar un mayor número de mujeres inmigrantes que se beneficiarían de esta educación en salud, que por otra parte, consideramos primordial, no sólo para mejorar el cuidado en el embarazo y el parto, sino también para garantizar las buenas prácticas en los cuidados de las madres a los recién nacidos.

Al analizar la tasa de administración de analgesia epidural, obtuvimos que el número de mujeres que en el parto solicitan esta analgesia era superior entre las mujeres españolas. Pensamos que este hecho podría deberse a características culturales, falta de comprensión, o miedo a someterse a una técnica invasiva.

En los datos obtenidos sobre el desarrollo y finalización del parto, a pesar de observar que un mayor número de mujeres inmigrantes acudieron al hospital en fase de parto más avanzada, los resultados obtenidos en esta investigación no evidencian diferencias significativas en estos aspectos. Hemos concluido que el haber sido atendidas todas las mujeres en el mismo hospital, por los mismos profesionales y en base a unos mismos protocolos, explicaría la homogeneidad en los resultados.

Pese a que el fenómeno migratorio está marcado por condiciones de pobreza y muchas de las veces por exclusión social (Bernis, 2008), hemos comprobado en nuestra investigación que con respecto al peso del neonato y los valores del test de APGAR de los recién nacidos de mujeres inmigrantes, se obtuvieron iguales indicadores de salud que en los nacidos de mujeres españolas.

Sin embargo, hay que destacar que existe cierta controversia con los resultados relativos al peso del recién nacido, ya que no todos los autores han encontrado los mismos resultados. En concreto, nuestros datos coinciden con otros estudios nacionales e internacionales como pueden ser el de García- García y Pardo-Serrano (2008) ya que éstos tampoco encontraron diferencias entre el peso de los neonatos de las mujeres inmigrantes con respecto al de las mujeres españolas. En el mismo sentido, Martínez et al (2003) en un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza tampoco hallaron diferencias en el peso en los recién nacido de ambos colectivos. En esta línea, Manganaro et al (2007), en una investigación llevada a cabo en Italia, justificaron la similitud entre los resultados del peso en los recién nacidos de

mujeres inmigrantes e italianas por la adaptación sociocultural de las primeras al país de acogida, en este caso Italia. En esta misma línea, estudios realizados en Estados Unidos, justifican los resultados por factores como la cultura tradicional, los hábitos saludables y el cuidado prestado por la red familiar o la comunidad.

Por el contrario, Armandá (2006) en Madrid, así como Martínez y López (2004), en Almería, sí encontraron mayor número de pesos normales entre la población española que entre la población inmigrante. En cuanto a la puntuación del test de Apgar no se encontraron diferencias entre los dos grupos de hijos nacidos, aspecto en el que coincidimos con Martínez y López (2004).

Con respecto al tipo de lactancia, las pautas seguidas por ambos grupos de mujeres difieren. Las españolas optan por la lactancia materna en mayor proporción que las mujeres inmigrantes. Dos factores podrían explicar esta circunstancia, una menor educación sanitaria en el caso de las mujeres inmigrantes, pero también una mayor inestabilidad laboral que dificultaría la lactancia materna en el futuro inmediato tras el parto.

Como hemos comentado anteriormente no existen diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables relacionadas con el proceso de embarazo, parto y puerperio entre las mujeres inmigrantes y las mujeres españolas sin embargo, fue en las variables relacionadas con los trastornos psicológicos donde se encontraron mayores diferencias. En concreto, las mujeres inmigrantes presentaban mayores puntuaciones en las dimensiones, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

Nuestro concepto de maternidad coincide con la de otros autores (Kaplan y Sadock, 2000) entendiéndola como un importante acontecimiento en la vida de las mujeres para el que fisiológicamente están preparadas. Pero no podemos olvidar que esta vivencia es estresante y por tanto podría predisponer a la mujer al desarrollo de trastornos emocionales que podrían oscilar desde la disforia y trastornos de ansiedad, hasta la depresión y psicosis puerperal.

En relación a los factores causantes de estas alteraciones, los resultados de nuestra investigación están en consonancia con otros estudios (Scott, Kate 2005) que han descrito cómo las alteraciones psicológicas podrían estar relacionadas con acontecimientos vitales estresantes. Los factores desencadenantes de estrés psicosocial están relacionados con situaciones de desigualdad económica, de género y por la

desigualdad de origen, Gregorio (2005). Estos aspectos implicarían más riesgo de problemas psicológicos en las mujeres inmigrantes que en las mujeres autóctonas.

En este sentido podríamos afirmar que las mujeres inmigrantes suman a los elementos generadores de estrés y ansiedad propios del proceso del embarazo y el parto, los factores del hecho migratorio.

De acuerdo con la teoría de las transiciones, (Meleis, Sawyer, Hilfinger, et al, 2000) el proceso de tener un hijo, y el factor migratorio provocaría en la mujer inmigrante un profundo cambio, que repercutiría en su salud y en su estado de vida.

Consideramos que nuestro estudio refleja estos aspectos; pues en relación a las variables psicológicas, encontramos diferencias significativas, en los valores obtenidos en la evaluación de vulnerabilidad al estrés y percepción al estrés, entre las mujeres inmigrantes y las mujeres españolas. Sin embargo, al comparar los resultados de optimismo, no encontramos diferencias reseñables entre ambos grupos de mujeres. Las similitudes de los resultados en las puntuaciones obtenidas en la variable optimismo de las mujeres inmigrantes con las mujeres nacionales, podrían explicarse por la propia conceptualización del optimismo entendiendo por este "expectativas generalizadas favorables" acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Tales expectativas (Scheier, y Carver, 1985) son disposiciones estables (rasgos) de ahí que se hable de optimismo disposicional, dándole una identidad de estabilidad al constructo. Esta estabilidad explica nuestros resultados siendo coherente que el nivel de estrés percibido por una persona sea muy sensible al cambio, no siendo así el optimismo (Scheier, y Carver, 1988).

Por otra parte nuestros resultados también estarían respaldados por otros estudios que demuestran que las gestantes inmigrantes no tienen resultados perinatales tan negativos como podría esperarse por su situación social. Al contrario, se observan factores protectores y comportamientos prenatales más saludables que muestran datos similares, y en ocasiones mejores, a los observados en gestantes españolas (Becerra y Cardoso, 2006).

Con respecto a los valores obtenidos en la evaluación de vulnerabilidad y percepción del estrés estos son congruentes con los procesos de adaptación y las dificultades ligadas a la inmigración. Los resultados obtenidos a través de la escala de vulnerabilidad al estrés y estrés percibido coinciden con los encontrados por Achotegui

(2006) que señala que la condición de inmigrante provoca patologías relacionadas con el estrés como el denominado "síndrome de Ulises".

El hecho de que el apoyo social pueda mejorar el impacto del estrés psicosocial Sandín (1993) permite formular que las mujeres que están sometidas a estrés psicosocial, podrían mejorar la sintomatología propia de éste, mediante intervenciones dirigidas a la prevención de sus efectos.

En relación a las variables psicológicas y psicopatológicas hay que destacar que en la fase de puerperio inmediato las mujeres incluidas en este estudio presentaban valores por encima de la media, en las diferentes psicopatologías evaluadas mediante el SCL-90. Las mujeres inmigrantes mostraron mayor grado de alteración psicopatológica que las mujeres españolas, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre mujeres inmigrantes y españolas, en las subescalas de sensibilidad interpersonal, obsesión compulsión, depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. En concreto en la "subescala obsesión compulsión" "sensibilidad interpersonal" y "depresión" las puntuaciones de las mujeres inmigrantes son mayores que las puntuaciones de las españolas, llegando a obtenerse en estas primeras incluso puntuaciones clínicas. Por último decir que en las subescalas de "ideación paranoide" y "psicoticismo" las mujeres inmigrantes también presentaban mayores puntuaciones que las mujeres españolas. Estos resultados están en consonancia con los encontrados por otros autores Plante (1995).

En nuestra investigación el grupo de puérperas inmigrantes presentaba un mayor grado de sensibilidad interpersonal, es decir, mayor sentimiento de inadecuación e inferioridad personal, en comparación con las puérperas españolas. Esto podría justificarse entre otras causas, por los problemas relacionados con la adaptación a la nueva cultura y al nuevo idioma.

Las mayores tasas en los índices de depresión y ansiedad encontradas en las mujeres inmigrantes, coinciden con los resultados reflejados en otros trabajos (Sandín, 1996) que asocian estas manifestaciones psicopatológicas con el estrés psicosocial provocado por los sucesos vitales.

Por otra parte la elevada tasa en ansiedad fóbica, podría estar relacionada con el ingreso hospitalario y la relación que la puérpera ha de mantener con el personal sanitario durante su ingreso. Los signos de ideación paranoide y psicoticismo tam-

bién son superiores en las mujeres inmigrantes, esto está en consonancia con los resultados encontrados por otras investigaciones, Louden (1995).

Se ha sugerido que entre los predictores generales más útiles de adaptación, se encuentra la experiencia previa con otras culturas, el dominio de la lengua, el estatus socioeconómico y el tipo de sociedad de origen, (Scott y Scott, 1985). Este hecho confirma que la inmigración es determinante en las diferencias psicológicas y emocionales encontradas en nuestro estudio entre las mujeres inmigrantes y las españolas. En este sentido hay que considerar además, que las condiciones de acogida a este colectivo, la orientación, asesoramiento social y jurídico, intervención y seguimiento, son elementos determinantes que influyen claramente en los aspectos psicológicos.

Con respecto a los valores obtenidos en la evaluación de vulnerabilidad y percepción al estrés estos son congruentes con los procesos de adaptación y las dificultades ligadas a la inmigración. Los resultados obtenidos a través de la escala de vulnerabilidad al estrés y estrés percibido coinciden con los encontrados por Achotegui (2006) que señala que la condición de inmigrante provoca patologías relacionadas con el estrés como el denominado "síndrome de Ulises".

Nuestra mayor dificultad para realizar este estudio ha sido el momento de la evaluación ya que el puerperio inmediato es un momento complejo para evaluar a una mujer sin embargo esta dificultad se detectó tanto en mujeres inmigrantes como nacionales. Creemos que existe un temor generalizado en responder a las preguntas de cualquier instrumento de evaluación a pesar de explicar con detalle el objetivo del estudio y el contenido del documento "consentimiento informado". Por otra parte comprendemos que este es un momento especial para ellas en el que se encuentran inmersas en el reconocimiento del hijo y de ellas mismas como madres.

A esto se unen otros factores como el inicio y las dificultades que encuentran muchas mujeres con la lactancia materna, visitas de familias, interrupciones por parte de auxiliares de enfermería, enfermeras, pediatras, obstetras y en algunas ocasiones mujeres que pertenecían al grupo de apoyo a la lactancia materna ("mami lactancia") y pasaban a la habitación de la puérpera para dar consejos sobre este aspecto. La presencia de la pareja o el marido no siempre favoreció la recogida de datos, pues encontramos en algunas ocasiones que la opinión de las mujeres estaba supeditada a la de sus parejas. Todos estos factores influyeron en limitar nuestro estudio a 83 mujeres inmigrantes y 80 mujeres españolas.

Entre las púerperas inmigrantes, encontramos en ocasiones temor y negación para la encuesta por la situación de irregularidad administrativa en que se encontraban en ese momento en el país. Sin embargo, existen pocos estudios que aborden aspectos relacionados con el estrés y variables psicopatológicas en mujeres inmigrantes en el puerperio inmediato por lo que se hacía especialmente interesante abordar esta etapa en las mujeres tanto nacionales como inmigrantes. Al llevar a cabo este estudio solo en un hospital es posible que los datos obtenidos no permitan llegar a conclusiones extensibles al conjunto del sistema sanitario español. Sin embargo, sí puede ser un paso más, junto a similares estudios en otras regiones, y a lo largo del tiempo, que permita elaborar un análisis comparativo de la situación de las mujeres extranjeras durante el periodo gestacional, parto y puerperio.

De nuestros datos, parecen derivarse ciertas implicaciones prácticas, tales como la precisión de diseñar posibles vías de prevención y actuación que se concreten en programas que respondan a las necesidades de las mujeres inmigrantes. Esto debería ser un fin fundamental, ya que cada día es más frecuente la movilidad de las personas y la desaparición de límites fronterizos entre los países, lo cual, hemos comprobado que incide en la salud. Por otro lado, dados los resultados obtenidos se hace necesario el abordaje psicológico de las mujeres en el puerperio inmediato ya que no solo presentan un incremento en diversas psicopatologías sino que un gran porcentaje de éstas obtienen valores que llegan a ser clínicos.

BIBLIOGRAFIA

- Achotegui J, 2006: Estrés límite y salud mental: el síndrome de inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones*. 2006; 19 (59-85).
- Derogatis, L. R.: SCL-90-R. Administration, scoring procedures manual-11. Towson: Clinical Psychometric Research. 1983.
- García-García, J., Pardo-Serrano, C., Hernández-Martínez, A., Lorenzo-Díaz, M., Gil-González, D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. *Prog Obstet Ginecol*. 2008; 51 (82): 53-62;
- Gregorio, C; Representaciones de género y parentesco en la aplicación de las políticas de acción social. *Democracia feminismo y universidad en el siglo xxi*.pp. 667 -678.2005.
- Loudon, D. M.: The epidemiology of schizophrenia among Caribbean-born and

firstand second-generation migrants in Britain. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 1995; 4:237-253.

- Meleis A, Sawyer LM, Im E, Hilfinger Messias DK, Shumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* 2000; 23 (1): 12-18
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compendio de psiquiatría: ciencia do comportamiento e psiquiatría clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2000
- Plante, T. G.; Manuel, G. M.; Menendez, A. V.; Marcotte, D.: Coping with stress among Salvadoran immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 1995; 17:471-479.
- Rodríguez-Alvarez E, Lamborerena Elourdui N, Pereda Riguera C, Rodríguez Rodríguez A, Rodríguez Alvarez E: Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Rev Esp Salud Pubila*, 2008, 82: 209-20.
- Sandin, B.: Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Ed.), *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide. 1993.
- Scheier, M. y Carver, C.S. Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implication of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*. 1985; 4(219-247).
- Sánchez- Fernández, Y., Muñoz-Ávalos, N., Pérez- Cuadrado, S., Robledo-Sánchez, A., Pallás-Alonso, C. R., de la Cruz-Bértolo, J., García-Burguillo, A. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol* 2003; 46 (10): 441-7.
- Scheier, M. y Carver, C.S. Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implication of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*. 1985; 4(219-247).
- Scott M. Monroe, Kate L et al. "Life stress, the Kindling Hypotesis, and the Recurrence of Depression: Considerations from a Life Stress Perspective". *Psychological Review*. (2005). Vol 112, N 2, 417-445.
- Scott, WA.; Scott, R.: Some predictors of migrant adaptation available at selection-time. *Australian Psychologist*, 1985; 20: 313-343.

CAPITULO 9

Conclusiones y perspectivas futuras

Conclusiones

Las conclusiones principales que se derivan de este trabajo de investigación son:

- 1ª Las mujeres inmigrantes tienen un inadecuado seguimiento del embarazo. Este peor control consiste en la incorporación tardía al control gestacional y la ausencia a clases de educación maternal. También encontramos diferencias en el abordaje de la lactancia materna teniendo las mujeres nacionales mayor adherencia a ésta.
- 2ª No existen diferencias obstétricas, ni en el proceso de parto, ni de variables del recién nacido entre las mujeres inmigrantes y las mujeres españolas.
- 3ª El proceso migratorio genera elevados niveles de estrés psicológico en las mujeres inmigrantes. El estrés acumulativo por diferentes sucesos nos ayudaría a entender las diferencias estadísticamente significativas en las variables psicológicas de las mujeres inmigrantes en comparación con las españolas.
- 4ª Aunque todas las mujeres presentan puntuaciones mayores a la media en sintomatología psicopatológica en el puerperio inmediato, se encuentra diferencias significativas entre las mujeres españolas y las mujeres inmigrantes en las escalas de: sensibilidad interpersonal, obsesión compulsión, depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Siendo las mujeres inmigrantes las que presentan mayor psicopatología.

Perspectivas futuras

De los resultados obtenidos en nuestro estudio se podrían derivar diferentes perspectivas futuras tanto a nivel asistencial como a nivel de investigación:

A NIVEL ASISTENCIAL:

1. Mejorar o poner en marcha, estrategias específicas de captación activa de este colectivo de mujeres, a través de servicios de atención al inmigrante, trabajadores sociales, mediadores culturales e “iguales” para favorecer la comprensión y la comunicación.
2. Adaptar la atención sanitaria a las necesidades concretas de las gestantes inmigradas, brindar y acercar los programas de educación para la salud a este colectivo, adaptándolos a su espacio, tiempo, nivel de formación, cultura y religión.
3. Enfocar esta formación, no sólo al proceso del embarazo y el parto, sino también a los cuidados en salud relacionados con el puerperio, recién nacido, y más tarde, el lactante.
4. Formación de los profesionales de la salud en competencias en multiculturalidad para conocer y respetar la diversidad de culturas, creencias y valores. Comprender los factores que interfieren en las experiencias vividas por las mujeres inmigrantes, e incluir en el cuidado los aspectos culturales evidenciaría la importancia del respeto hacia este colectivo de personas. Es una propuesta de mejora pero creo que esto no es una conclusión.

A NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

- 1º Realizar estudios en otros puntos del territorio nacional que permitan elaborar un análisis comparativo de la situación de las mujeres inmigrantes durante el embarazo, parto y puerperio.
- 2º Realizar un estudio de seguimiento para verificar el estado psicológico de las mujeres inmigrantes y españolas, consideramos que debería extenderse al embarazo, parto y puerperio.

Referencias



REFERENCIAS

- Achotegui, J (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome de inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones*, 19, 59-85.
- Achotegui, J (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. *Medicina y Cultura*. Barcelona: Bellaterra.
- Achotegui, J (2002). La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegui, J (2007). El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple el Síndrome de Ulises. A Tarlarn (comp.) *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder, 487-524.
- Achotegui, J (2008). "Avances en Salud Mental Relacional / Avances in relational mental health". Vol.7, núm. 1, pp.6-14
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. (2007). "Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto" (Revisión Cochrane traducida), en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, Oxford: Update Software Ltd. Recuperado el 20 de julio de 2011, de <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- American College of Obstetricians and Gynecologist (1999). "Antepartum fetal surveillance", en *Practice Bulletin*, 9, October.
- American College of Obstetricians and Gynecologist (2002). "Special test for monitoring fetal health", en *Patient Education Pamphlet*, January.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. "Exercise during pregnancy and the postpartum period", en *ACOG Committee Opinion*, 267, January.
- Aparisi, A (2003): "La inmigración: reflexiones desde el derecho". En Banús, E. (ed.): *La inmigración, desafío y oportunidad para Europa*. Pamplona: Eunsa.
- Arango, J (2004). La población inmigrada en España. *Economistas*, 99, 6-14.

- Arango, J (2002). "La inmigración en España a comienzos del siglo XXI: Un intento de caracterización". En García Castaño, J y Muriel López, C. (Eds.), *La inmigración en España. Contextos y alternativas* (pp. 57-69). Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales.
- Arango, J. (2003). Inmigración y diversidad humana. *Revista Occidente*, 268, 5-21.
- Armandá, M. I.; Alonso, T., Alonso, P. (2006). Aspectos epidemiológicos en los hijos de madres inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Toko Gin Pract*, 10: 33-8.
- Bakke, A.C.; Purtzer, M. Z. y Newton, P. (2002). "The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer", en *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 1131-1137.
- Balasch, J. (1992). "Desarrollo folicular y ovulación. Regulación endocrina", en *Fertilidad y Esterilidad Humanas*, 25-33.
- Balasch, J., Vanrell, J. A. (1990). "Conceptos actuales sobre el ciclo ovárico y su regulación", en *Clin. Invest. Obstet*, 11, 73.
- Barnett, R., Steptoe, A. (2005). "Marital Role Quality And Stress-Related Psychobiological Indicators", en *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 30, 1, pp. 45-67.
- Bayes, S., Fenwick, J. y Hauck, Y. (2008). A Qualitative Analysis of Women's Short accounts of Labour and Birth in a Western Australian Public Tertiary Hospital. *Midwifery Womens Health*, 53, 53-61.
- Becerra MG, Cardoso MV. Los factores que interfieren en las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14 (3) 414-421.
- Beckmann, M. M., Garret, A. J. (2007). "Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal" (Revisión Cochrane traducida), en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1, Oxford: Update Software Ltd. Recuperado el 20 de julio de 2011, de <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Benson, P. (2006). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Bernabé, M. A. (2004). "Lactancia materna: Dificultades y estrategias de promoción en la lactancia materna desde atención primaria". En, Arguallo, J. (Ed.). La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla, pp. 306-13.
- Borjesson, K. (2005). Mental illness: relation to childbirth and experience of motherhood (tesis doctoral). Stockholm: Karolinska University Press.
- Borjesson, K., Ruppert, S. y Bagedahl-Strindlund, M. (2005). A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. Arch Women Ment Health. Nov; 8(4): 232-42.
- Burroughs, A. (2002). Enfermería Materno infantil. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Burruelo, J. (2002). "Primeros vínculos en la vida", en Revista pediatría de At. Prim., vol. II, nº 15.
- Cabero, L. (2003). Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Tomo 1. Madrid: Médica Panamericana, SEGO.
- Calais-Germain, B. (2004). El Periné Femenino y el Parto. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Canals, J., Esparó, G., Fernández-Ballart, J (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. Pers Individ Dif. 33(2): 253-9.
- Canals, J., Esparó, G., Fernández-Ballart, J. (2006) How anxiety sensitivity as predictor of labor pain. Eur J Pain. Apr; 10(3): 263-70.
- Caron O. La parturienta y el equipo obstétrico: el difícil arte de la comunicación. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002; 10(4): 485-492.
- Caron, O. y Silva, I. (2002). La parturienta y el equipo obstétrico: el difícil arte de la comunicación. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 10, 485-492.
- Carrera, J. (2008). Preparación física para el embarazo y parto. 2ª edición revisada. Barcelona: Medici.

- Cervantes, A., Keith, L., Wyshak, G. (1999) Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: replicating national evidence regarding Mexicans at the local level. *Matern Child Health*. 3: 99-109.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., Porter, R. (2001): "Who principals of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care curse", en *Birth*, 28, pp. 202-207.
- Charro, P., Ruiz de Huidobro, J. M. (2000). "La LO 4/2000: Análisis técnico-jurídico de sus principales novedades", en *Migraciones*, nº 7, 2000, págs.7- 56.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004). "Lactancia Materna: guía para profesionales". En, *Monografías de la A.E.P*, 5. Madrid: Ergón.
- Comunidad Autónoma de Andalucía (España). Dirección General de Políticas Migratorias de la Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía. (2006). *II Plan de Inmigración en Andalucía. 2006-2009*. Sevilla: Conserjería de Gobernación de la Junta de Andalucía.
- Comunidad Autónoma de Madrid. Conserjería de Inmigración. (2006). *Plan para la Integración (2006-2008)*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2003). *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*. Sevilla: Fundación Progreso y Salud.
- Consellería de Sanitat Valenciana (2004). *La aventura de ser padres: Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Correa, E. y Holgrem, D. (2005). "Trastorno Bipolar en el período reproductivo", en, *Avances en Psiquiatría Biológica*, vol 6, pp. 28-45.
- Cortés, J. (2004), *Obstetricia General*. Madrid: Universitaria Ramón Areces.
- Crespo, C. (2000). *Cuidados de enfermería en neonatología*. Madrid: Síntesis.
- Crespo, R. (2000). *Atles de recursos sobre immigració estrangera de la provincia de Barcelona*. Barcelona: Diputación de Barcelona.

- Crump, C.; Lipsky, S.; Mueller, B. A. (1999). "Adverse birth outcomes among Mexican-Americans: are US-born women at greater risk than Mexico-born women?". En, *Ethnic Health*, 4, pp. 29-34.
- Cunningham, G.; Leveno, K. J.; Bloom, S. L. (2006). "Obstetricia de Williams", en, *Evaluación prenatal*, 15, pp. 26-38.
- Daponte, A., Bolívar, J. y García, MM. (2008). *Las desigualdades sociales en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Derogatis, L. R.: *SCL-90-R. Administration, scoring procedures manual-11*. Towson: Clinical Psychometric Research. 1983.
- Diani F, Zanconato G, Foschi F. *Turinet of the pregnant inmigrant women in Obstet Gynaecol*. 2003; 83:257-265.
- Díez, L. (2002). "La ley española de inmigración 4/2000 tras la reforma". En Pastor, L. J., *Globalización y migraciones hoy* (pp. 31-48). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Donat, F. (2000). *Enfermería Maternal y Ginecológica*. Madrid: Masson.
- Echeverría, J. (2003). "Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal", en *Anales de Pediatría*, volumen 58, 6, pp. 519-522.
- Endevin-Lagar, E. y Soliva-Bernardo, M. (2005). *La salud en las mujeres inmigrantes*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- Fernández, J. C. y Fernández, A. (ed.) (2005): *Ley de Extranjería y legislación complementaria*. Tecnos, Madrid. 2:90-110
- Ferrando, P., Chico, E. y Tous, J. (2002). *Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test*. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (2006). *Estado de la población mundial 2006. Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional*. Recuperado el 8 de diciembre de 2011, de <http://www>.
- García-García J, Pardo-Serrano C, Hernández-Martínez A, Lorenzo-Díaz M, Gil-González D. *Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes*. *Prog Obstet Ginecol*. 2008; 51 (82): 53-62.

- García del Campo, L (2003). "Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la psicoprofiaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto". En, Nure Investigación, Nov, 1(0), pp. 23-29.
- García, L., Aguado, J., Ascano, C., Caparrós, F., Navarro, P.; Ojuel, J. (1998). Estudio de la depresión Postparto en las madres españolas: detección, incidencia y factores asociados. Madrid; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Garza-Guerrero, A. C. (1979). "Culture shock: it's tounring and the vicissitudes of identity". En, Journal of American Psychoanalytical Association, 22, pp. 408-429.
- Gaschler, K. (2008). "Depression postparto". En, Mente y cerebro, Julio-Agosto, pp. 43 - 47.
- Gibert-Rahola, J. (2004) "Estrés y depresión". En, Gilaberte, I. (Ed.). Nuevas perspectivas en la depresión. Madrid: Aula médica, pp. 48- 59.
- Giribet i Rubiol M., Rodríguez-Cala, A. y Martínez-Fernández, V. (1992). Análisis de las diversas ansiedades que presentan las futuras madres durante la gestación. Enferm Cient, julio-agosto, 27-32.
- González-Merlo, A. y Del Sol. A. (1985). "Desarrollo y crecimiento del embrión y feto". En, Obstetricia, I, pp. 100-104.
- Gregorio, C (2002). Mujeres inmigrantes, asociacionismo y participación. En L. Serra (Coord.), II Seminario sobre la investigación de la inmigración extranjera en Andalucía. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía.
- Gregorio, C. (1998). Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género. Nancea: Madrid.
- Gregorio, C; Representaciones de género y parentesco en la aplicación de las políticas de acción social. Democracia feminismo y universidad en el siglo xxi.pp. 667 -678.2005.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). Psicoanálisis de la migración y del exilio. Madrid: Alianza Editorial.
- Guzmán López, S., Guzmán López, A. (2003). Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Panamericana.

- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover, V. (2004) The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* May; 80(1):65-73.)
- Hidalgo-Ruzzante, N., Peralta-Ramírez, M., Robles-Ortega H., Vilar-López, R. y Pérez García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: Repercusiones sobre la calidad de vida. *Psicol Conduct*, 17, 595-607.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Peralta-Ramírez, M., Robles-Ortega, H. y Pérez-García, M. (2008). Estrés y ejecución neuropsicológica en mujeres inmigrantes. *Scientia*, 12, 37-52.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. y Sakala, C. (2008). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *La biblioteca Cochrane Plus*, 2, en <http://www.update-software.com>.
- Hovey, J.D. (2001). *Mental Health and Substance Abuse. Program for the study of immigration and mental health.* The University of Toledo.
- Hurtado, F.; Donat, F.; Escrivá, P.; Poveda, C.; Ull, N. (2003). "La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento". En, *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 66, pp. 67. 78.
- INE (2004). *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España.* Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2009). *Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009. Datos provisionales.* Disponible en: <http://ww.ine.es/prensa/np551.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística (2004). *España en cifras 2004.* Citado el 20/9/2005: <http://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística (2005). *España en cifras 2005.* Citado el 20/9/2005: <http://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Movimiento Natural de la población. Nacimientos de madre extranjera. 2008.* Recuperado el 19 de agosto de 2011, de [http://: www.ine](http://www.ine).

- Instituto Nacional de Estadística (2009). Explotación estadística del Padrón a 1 de enero de 2009, Población extranjera en España por edad. Recuperado el 19 de agosto de 2011, de [http://: www.ine](http://www.ine).
- Instituto Nacional de Estadística. (2011)- [acceso en: 22 de agosto 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Jones M. E.; Bond, M. L. (1999) Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women. *J. Nurs Care Qual*; 14:56-62.
- Jones, M. E.; Bond, M. L. (1999). "Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women". En, *J Nurs Care Qual*, 14, pp. 56-62
- Junyent, M., Nuñez, S. y Miro, O. (2006). Urgencias médicas del inmigrante adulto. *An Sist Sanit Navarra*, 29, 27-34.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (2003). Compendio de psiquiatría: ciencia do comportamento e psiquiatria clinica. Porto Alegre: Artmed.
- Kennedy, H. P.; Beck, C. T.; Driscoll, J. W. (2003). "Una luz en la niebla". En, *Matronas Profesión*, vol.4, 13, pp.4-18.
- Lafuente, P. (2011) Mediatización del fenómeno migratorio: la inmigración en España vista a través de El País, El Mundo y Abc. Buenos Aires: Libros en Red.
- Lafuente, P. (2008). La inmigración reciente en España y la cobertura informativa de este fenómeno en la prensa española. Tesis doctoral. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Leal-Mateos M, Barboza-Retanab J. Prenatal care and delivery characteristics of immigrant women at "Dr. Rafael Angel Calderón Guardia" Hospital. *Acta méd. costarric*. 2008; 50 (2): 107-111.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Título I, capítulo 1.

- Llaca, V. y Fernández, J. (2000). *Obstetricia*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Lobel, M., DeVincent, C., Kaminer, A. y Meyer, B. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychol*, 19, 544-53.
- Lopez-Vélez, R. y Gimeno, L (2004). "La inmigración una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud". En, *MediFam*, 4, 3, pp. 104-114.
- Louden, D. M.: The epidemiology of schizophrenia among Caribbean-born and first and second-generation migrants in Britain. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 1995; 4:237-253.
- Lu M.C, Lin Y, Prietto, G, Garite, T. (2000) Elimination of public funding of prenatal care undocumented immigrants in California: a cost/benefit analysis. *Am J Obstet Gynecol*: 182: 233-9.
- Mallona, A. (1999). "Surfacing the self: narratives of central American immigrant women". En, *Dissertation Abstract International Behavior Science England*, 59, pp. 45-50.
- Manticano, J. L.; Garcia, J. (2004). *Los problemas de salud Mental en el paciente Inmigrante*. Madrid: Internatiocional Marketing & Communications.
- Martin, L; Reeder, S. (1991). *Essentials of maternity nursing, family centered care*, Philadelphia: Lippincott.
- Martínez E, López AF. Diferencias de morbilidad asociadas al embarazo y de resultados obstétricos perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Profesión*. 2004; 5: 12-8.
- Martínez F, Monzón A, Falcón A, Pardo A. Partos de inmigrantes y jóvenes inmigrantes en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). *Index Enferm*. 2002; 38: 15-7
- Martínez, F., Monzón, A., Falcón, A., Pardo, A. (2002). Partos de inmigrantes y jóvenes inmigrantes en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). *Index Enferm Gran*. 38: 15-7.

- Martínez, M. F.; García, M. y Maya, I. (2001). "El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes". En, *Psicothema*, 13, 4, pp.605-610.
- McGlades, M. S.; Saha, S.; Dahlstrom, M. E. (2004). The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery. *Am J Public Health*; 94: 2062-5
- Meadows, L. M.; Thurston, W. E.; Melton, C. (2001). Inmigrant women's health. *Soc Sci Med*: 52: 1451-8.
- Meleis A, Sawyer LM, Im E, Hilfinger Messias DK, Shumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* 2000; 23 (1): 12-18
- Meleis, A (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Merighi, M. y Gualda, D. (2009). El cuidado de la salud materna en Brasil y el rescate de la enseñanza de obstetras para asistencia al parto. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 17, 265-270.
- Merino, P. (2006) Síndrome de Ulises. La patología psiquiátrica entre la población inmigrante. Barcelona: Edición Laboratorio Dexal Farmacéutica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el sistema Nacional de Salud*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2011). Informe trimestral del mes de agosto-2011. <http://www.mtin.es/estadisticas/>
- Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración (2009). Anuario Estadístico del año 2008. Observatorio Permanente de la Inmigración en: <http://extranjeros.mtin.es.es/InformacionEstadistica/Anuario>.
- Misol, R. C. (2009). "Atención a la Mujer y el Niño durante el embarazo y el puerperio". En, Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Atención Primaria del PAPPSSemFYC. en <http://www.aepap.org/>
- Miskurka, M; Goulet, L; Zunzunegui M. (2010). *Salud Pública* 2010. Sep -Oct. 101(5) 358-64

- Molero, J.M., Fernández, M.R., Martín, M.A., Pelayo, J. y Vázquez, J. (2004). Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de los inmigrantes. Madrid: El Médico Interactivo. Programa de Formación Continuada Acreditada para médicos de Atención Primaria.
- Moyer, C., Yang, H., Kwawukume, Y., Gupta, A., Zhu, Y., Koranteng, I., et al. (2009) Optimism/pessimism and health-related quality of life during pregnancy across three continents: a matched cohort study in China, Ghana, and the United States. *BMC Pregnancy Childbirth*, 1, 9-39.
- Nadeem, E., Lange, J. (2009). Perceived Need for Care among Low-Income Immigrant and U.S.-Born Black and Latina Women with Depression. *Journal of Women's Health*, 18, 369-375.
- Navas, M. García, M.C., Rojas, A.J. (2006). Acculturation strategies and attitudes of African American immigrants in the South of Spain: Between Reality and Hope. *Cross-Cultural Research*, 40, 331-351.
- Neggers, Y., Goldenberg, R., Cliver, S., Hauth, J. (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 85(3): 277-85.
- O'Heir, J. (2004). Pregnancy and Childbirth Care Following Conflict and Displacement: are for Refugee Women in Low-Resource Settings. *J Midwifery Women's Health*, 49, 14-18.
- Oliver, M. I.; Jiménez, J; Carmona, E.; Oliver, J.; Reinoso, M. (2003). "Seguimiento del control de embarazo en mujeres inmigrantes residentes en Almería". En, VIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calida Asistencial. Almería
- Otaduy, J., Tejero, E., Viana, A. (eds.): "Migraciones, Iglesia y Derecho". En *Actas del V Simposio del Instituto Martín de Azpilicueta sobre "Movimientos migratorios y acción de la Iglesia. Aspectos sociales, religiosos y canónicos"*. Pamplona: Navarra ediciones gráficas.
- Oviedo, F.; Mondragón, V. (2006). "Trastornos afectivos posparto". En, *Universitas Médica*, vol.47, 2.
- Plante, T. G.; Manuel, G. M.; Menendez, A. V.; Marcotte, D.: Coping with stress among Salvadoran immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 1995; 17:471-479.

- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2005). Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision.
- Razum, O.; Zeeb, H., Rohrmann, S. (2000). "The 'healthy migrant effect'. Not merely a fallacy of inaccurate denominator figures". En, *Int J Epidemiol*, 29, pp. 191-192.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J psicol.*, 9, 86-93.
- Robles-Ortega, H., Peralta-Ramírez, M., Navarrete-Navarrete, N. (2006). Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burns y Scheffield. Congreso sobre Avances en Psicología de la Salud, Avances en psicología de la salud. Granada: Ediciones Sider.
- Rodríguez-Álvarez, E., Lanborena-Elordui, N., Pereda-Riguera, C. y Rodríguez-Rodríguez, A. (2005). Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Rev Esp Salud Pública*, 82, 209-220.
- Ruiz, B. y Ruiz, E. J. (2001). Las políticas de inmigración: la legitimación de la exclusión. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Saisto, T., Halmesmaki, E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Mar; 82 (3): 201-8
- Sánchez-Fernández Y, Muñoz-Ávalos N, Pérez-Cuadrado S, Robledo-Sánchez A, Pallás-Alonso C. R, de la Cruz-Bértolo J, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol*. 2003; 46 (10): 441-7.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int. J. Clin. Health Psicol.*, 3, 141-157.
- Sandin, B.: Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J.Buendía (Ed.), *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide. 1993.
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implication of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scott, M.; Monroe, K. et al. (2005). "Life stress, the Kindling Hypothesis, and the Recurrence of Depression: Considerations from a Life Stress Perspective". En, *Psychological Review*, 112, 2, pp. 417-445.

- Scott, WA.; Scott, R.: Some predictors of migrant adaptation available at selection-time. *Australian Psychologist*, 1985; 20: 313-343.
- Sebastián, G. (2000). "Entrenamiento psicofísico en la gestante". En, *Matronas profesión*, septiembre, pp. 4-13.
- Servicio Vasco de Salud (2003). *Guía Vasca: Vas a ser madre*. Bilbao: Dep. Sanidad SS-1599/03.
- Simkin, P. (2007). "La experiencia de la maternidad en la vida de una mujer". *Journal of Obstetric*, pp.73-85.
- Sistema Canario de Salud (2004). "Rol Profesional de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud". En *Dirección General de Programas Asistenciales del SCS*. Gran Canarias: SCS.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (1995). "Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal". En, *Grupo de Trabajo sobre Asistencia al Parto y Puerperio Normal*. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Zaragoza: INO Reproducciones, pp. 45-65.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2005). "Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología". En, *Documentos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: SEGO.
- Solé C, Reyneri E. *El impacto de la inmigración en la economía y en la sociedad receptora*. Barcelona: Anthropos Editorial Rubí; 2001.
- Solé, C. (2000) *La inmigración femenina en la era de la globalización*. En M. A. Roque (Dir.), *Mujer y migración en el mediterráneo occidental*. Barcelona: Icaria
- Taylor, G.J. (1994). "The Alexithymia Construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality". En, *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, pp. 61-74.
- Teixeira, D., Martin, O., Prendiville, V. y Glover, V. (2005). "The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy". *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, December, 26, 4, pp. 271-276.

- Tejerizo C, Teijelo A; Novo- Gueimonde L. et al. (1997). "Alteraciones psiquiátricas del posparto". *Psicosis postparto. Clin. Invest. Gin. Obst.* 24 (5): 174-186.
- Tennant, M. (1991). *Adulthood and learning: psychological approaches*. Esplugues de Llobregat: El Roure.
- Torrens, R.M. y Martínez Bueno, C. (2001). *Enfermería de la mujer*. Madrid: DAE.
- Uriel, M. D. (2005). "The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions. The need for interdisciplinary integration". En, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, pp. 1312-22.
- Usandizaga, J. A., De la Fuente, P. (1997). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, vol I. Madrid: McGraw- Hill/Interamericana.
- Vanrel, J. A. (1992). "Gametogénesis. Fecundación e implantación". En, *Fertilidad y esterilidad Humanas*, pp. 45-54.
- Vidart, J. A; Jimeno, J. M. (1988). *Pregrado en obstetricia y ginecología*. Tomo I. Madrid: Luzán.
- Vissandjee, Desmeules, M. et al (2004). "Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women's health". En, *BMC Women's Health*, 4, 1, 32, pp. 44-57.
- Voss, U.; Tuin, I. (2008). "Integration of immigrants into a new culture is related to poor sleep quality". En, *Health Qual Life Outcomes*, 6, pp. 61-66.
- Wisner, K.; Parry, B.; Piontek, C. (2002). "Clinical practice. Postpartum depression". En, *N Engl J Med*, 347, pp. 194-199.
- Yamashita, H.; Yoshida, K. (2003) "Screening and intervention for depressive mothers of newborn infants". En, *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105, 9, pp. 1129-1135.
- Zarza, M. J. y Sobrino, S. (2007). *Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica* Vol. 23, nº 1 (junio), 72-84.
- Zlobina, B. A., Páez, D. y Gasteiz, V. (2004). *Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco*. Vitoria-Gazteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Anexos



ANEXO 1

The migration process as a stress factor in pregnant immigrant women

Abstract

Spain has seen a significant increase of the immigrant population in recent times. More specifically, there are 5.6 million registered immigrants in this country and 63% of them range in age between 16 and 44 years of age. Furthermore, 47% of those immigrants are women. This situation demands additional health care, particularly as it pertains to the sexual and reproductive health of immigrant women. The objective of our study was to determine if there were differences between women of Spanish origin and immigrant women in terms of perinatal results and psychological variables during the immediate postpartum period. To that end, we evaluated 30 women of Spanish origin and 30 immigrant women (Latin American =11; European =10; Arabic =5; and Asian = 4) during the immediate postpartum period. In the four following months, we gathered perinatal data from those women via the health record of pregnant women, their partograms, and nursing assessment notes. Additionally, during the immediate postpartum period, participants filled out the Stress Perception and Stress Vulnerability questionnaires, as well as the Optimism Scale. Immigrant women have greater perception of stress ($p=0.00$) and vulnerability to stress ($p=0.00$) than Spanish women. However, no group differences were found in obstetric variables.

KEY WORDS: *Immigration, women, pregnancy, postpartum, stress.*

Introduction

The European Mediterranean countries have experienced a progressive increase in their immigrant population in the last two decades. Specifically in Spain, immigrant women make up 47% of the total immigrant population and 8.4% of the total birth rate corresponds to immigrant women. The countries of origin of these women are determined by a number of factors: proximity of Africa, historical and cultural ties between Spain and Latin America, workforce demand in very specific sectors of the economy (e.g., construction, agriculture, domestic service) (Anuario estadístico España, 2008; INE, 2003), as well as the recent entry of new Eastern European member States (e.g., Romania and Bulgaria) into the European Union. Andalusia is also experiencing this trend; as of January 1, 2009, 668.093 immigrants were registered in this region (INE, 2009).

Despite the aforementioned data, immigration is not a sudden, new phenomenon in our society. The entrance and settlement of groups of people in the Iberian Peninsula dates back to Pre-historical times (Lafuente, 2008), due both to its geographical location and the fact that humankind was considered a "migratory species" (Arango, 2003) up to 10,000 years ago. However, given the subsequent transformations in population movement and starting in the middle of the 20th century, we have started to talk about 'a new era' in the history of international migrations, feminization being among its new characteristics.

In this new situation, laws are crucial; they dictate who is an immigrant and, as such, the specific norms that the individual must follow. In Spain, the application of the Immigration Law separates non-nationals into two broad categories: "regular" immigrants, referring to those who are legally admitted into the country; and "irregular" immigrants, who are not legally authorized to reside in the country or who fail to renew their immigration license. This classification entails a legal difference and a clear social separation that leaves unlawful immigrants legally exposed. And yet, despite successive changes in Spanish laws, there are still distinctions in the legal treatment of immigrants with respect to Spanish nationals, particularly in the workplace and with respect to political participation. Lafuente (2008) sustains that being a foreigner should not impede access to some basic rights, such as mandatory basic education and public healthcare.

The WHO defines health as 'a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity'. Therefore, health is a dy-

dynamic process that changes in time and varies with personal circumstances, affecting all areas of the person. If we focus on the potential implications of migration on the course of pregnancy, various studies have shown that migration does not directly affect postpartum results (Endevin-Lagar, & Soliva-Bernardo, 2005), but this is in contrast with the new pathologies associated with immigration (e.g., malaria, tuberculosis, RH iso-immunization) and the possibility that immigrant women are subjected to higher levels of stress than non-immigrant women (Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Vilar-López, & Pérez-García, 2009).

We conceive stress as the psychological process that takes place between an individual and his/her environment by which the latter is deemed as threatening and overwhelming of his/her resources and, thus, endangering his/her welfare (Lazarus, 1978). Generally speaking, stress can be defined as a set of particular relationships between an individual and a certain situation, which is regarded as something that exceeds his/her own resources and endangers his/her wellbeing (Lazarus, & Folkman, 1984). Three main social stressors can be distinguished: vital events that require drastic changes, role stress, and everyday changes leading to small daily readjustments. From this point of view, the pregnancy, parturition, and postpartum process may be a very stressful factor for women, irrespective of their origin or social situation (Giribet i Rubiol, Rodríguez-Cala, & Martínez-Fernández, 1992). In fact, it has been proven that the mother's physiological responses to stressors lead to physiological and metabolic changes, such as hypoxia, increases in cortisol levels, malnutrition, and appearance of toxic substances that may influence the neural development of the fetus (Sandín, 2003). On the other hand, immigrants experience a drastic vital change that may be considered an important stress factor and, given the difficulties they encounter, they are likely to face high levels of everyday stress (Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Vilar-López, & Pérez García, 2009; Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, & Pérez-García, 2008).

Immigration generates confusion, discomfort, and stress as a result of the differences and discrepancies in values, practices, and customs that immigrants have to face, while not recognizing them as theirs (Lafuente, 2008). Following migration, people have to confront a new cultural context and to discover and understand the way the hosting society works (i.e., customs, social norms, bureaucracy, laws, and institutions). Therefore, immigrants have to go through a period of change and adaptation. This process is fraught with feelings of loneliness, anxiety, indignation, agitation, and stress (Achotegui, 2006). This situation should generate an adaptive response on

the part of healthcare personnel that services immigrants, as well as the healthcare system itself, given the intrinsic multicultural nature of immigration. Such adaptation should, in turn, lead to an increased use of gynecological, obstetric, and pediatric services, which would constitute a challenge for the health system in terms of monitoring and care of pregnant immigrant women, labor assistance, and immediate postpartum period (Junyent, Nunez, & Miro, 2006; Rodríguez-Álvarez, Lanborena-Elordui, Pereda-Riguera, & Rodríguez-Rodríguez, 2008). According to Meleis (2007), the various theories and models of patient care can be classified with respect to their focus. Need Theories center on nursing work; Interaction Theories concentrate on how nurses provide care. Finally, Outcome Theories focus on the product of care and the characteristics of the person receiving the attention. These latter theories tend to adapt to immigrant care by studying in depth the relationship between culture and health care.

Therefore, this increment in immigration urges the health authorities to pay special attention to the situation of immigrant women for two main reasons: (i) childbirth is a vital process of the highest importance for a woman, as well as a stress factor; and (ii) the immigration process itself is one of the risk factors for suffering a mental disorder. The increase in the immigrant population in Spain has brought about new demands in health care. Registered immigrants have the right to obtain health care benefits equal to those of the autochthonous population, while illegal immigrants have the right to urgent medical care, pregnancy and maternity care, and child medical care up to the age of 18 years. It is in this latter form of health care that differences are evidenced between the Spanish and the foreign populations. Such inequalities could be related to socio-economic conditions, language and cultural barriers, and lack of adaptation of health services to the specific needs of this population (Daponte, Bolívar, & García, 2008). Health policies aimed at the immigrant population are covered in the Spanish National Plan and the Integration Plans of the various Autonomous Governments of Spain. Action strategies meet the following objectives: healthcare access, promotion of health, professional training, assessment of needs, and actions to reduce inequalities and achieve equality (Lafuente, 2008; Comunidad Autónoma de Andalucía, 2006; Comunidad Autónoma de Madrid, 2006). It should be noted that the training of health professionals is directed toward improving their competence in cultural diversity.

The aforementioned differences in healthcare policy between the Spanish and the foreign populations result in inequalities in healthcare delivery. Such inequalities

could be due to socio-economic conditions, cultural and language barriers, and the lack of flexibility and adaptability of health care services in response to the specific needs of immigrants (Daponte, Bolívar, & García, 2008).

In the case of immigrant women, psychological disorders caused by social maladjustment, stress, anxiety, and acclimation may affect not only their psychological state but also their health (Hidalgo-Ruzzante, Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, & Pérez-García, 2008). Therefore, this study aims to determine whether there are obstetric and psychological differences between women of Spanish origin and immigrant women during the labor process.

Materials and methods

Participants

The study was performed in 60 women who had just given birth at a public Maternity Hospital in Spain. The sample was divided into two groups: the first including 30 immigrant women and the second comprising 30 Spanish women. The whole sample was selected according to the same inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria were: willingness to participate in the study, age above the threshold (18 years of age or older), a minimal education level (participants had to be literate). They also needed to understand and read Spanish, not have given birth in more than four occasions, have access to epidural analgesia, and have to deliver at the same hospital at the same hospital. Exclusion criteria were: healthcare professionals.

According to their origin, the 30 immigrant women participating in the study were distributed as follows: 11 were from Latin America (18.3%), 10 were from the European Union (16.7%), 5 were from Morocco (8.3%), and 4 were from Asia (6.7%). Overall, 55 women were married (91.1%) and 5 were single (8.3%). As for their completed studies, 13 women had not completed their primary education (21.7%) but could read and write; 22 of them had completed primary education (36.7%); 20 women had finished secondary education (33.3%), and 5 women had attended University (8.3%). In regards to their age, the youngest woman was 19 years old and was woman from Asia. The two oldest were women from Spain and Latin American, both of them 41 years of age. The mean age of the women interviewed was 28.85 (SD=5.836).

With respect to the number of years they had been residing in Spain, the maximum period was 10 years and the minimum one year, with an average of 4.5 years (SD=1.99).

All of the patients gave their signed informed consent to participate in the study, which was approved by the Ethics Committee of the University Hospital where it was conducted and followed the recommendations of the Helsinki Declaration.

Data collection

We used several questionnaires to measure socio-demographic variables, obstetric formula, and delivery; as well as variables related to the psychological state. Socio-demographic variables were: age, region of their region of origin (Asian, Latin American, European, Arabic, and Spanish), civil state, education (incomplete primary education, primary education, secondary education, and university).

In obstetric formula we used the following data: number of pregnancies, abortions, parturitions, children born alive, and living children.

Variables related to the psychological state included levels of optimism, perception of stress, and vulnerability to stress.

To collect data about these last variables, we used the following questionnaires:

- **LIFE ORIENTATION TEST (LOT)** (Ferrando, Chico, & Tous, 2002). This questionnaire is composed of 12 items, eight of which refer to the variable to be assessed. The remaining four items are neutral. Response options range between 1 (completely agree) to 4 (completely disagree). Alpha-coefficient of the questionnaire is 0.87 and test-retest reliability (over a four-week interval) is 0.74. Average score of healthy people in this instrument is 10.8. The questionnaire has been adapted and standardized in Spain.
- **PERCEIVED STRESS SCALE (PSS)** (Remor, 2006), in the validated Spanish version, is designed to measure the extent to which life situations are considered stressful. The questionnaire has 14 items with 5 response options, ranging from 'completely agree' to 'completely disagree'. The participant marks the option that best relates to the current situation (over the last month), using the following scale: 0= never; 1= hardly ever; 2= sometimes; 3= often; 4= very often. Psychometric studies have shown adequate reliability ($\alpha=0.81$; *test-retest*, $r=0.73$), concurrent validity, and sensitivity. The Spanish population shows an average score of 21 on this instrument measuring perceived stress.

- **STRESS VULNERABILITY INVENTORY** (Robles-Ortega, Peralta-Ramirez, & Navarrete-Navarrete, 2006) in its validated Spanish version, assesses predisposition of the individual to feel influenced by the stress perceived. It has 22 items, with a list of frequent everyday problems that any person has to confront. After reading the list, the participant must add a 'S' if they think that the problem frequently affects them, and an 'N' in case they think it hardly ever affects them or does not affect them at all. It has a high internal consistency reliability ($\alpha=0.87$). Regarding convergent validity, there is a statistically-significant correlation with STAI-R ($r=0.70$), BDI ($r=0.69$), ESS-R ($r=0.43$), and SRLE ($r=0.47$) in chronic patients and healthy (disease-free) individuals. Average score on the stress vulnerability scale in highly-stressed Spanish people was 12.

Procedure

Once the 60 participants had been recruited and prior to their assessment, we explained the research objectives, kindly asked for their informed consent, and made sure that their participation was anonymous. For that purpose, participants did not include their names or any other identifying data, and results were analyzed in group form and not individually.

The first thing we collected was socio-demographic data, obstetric formula, and delivery. In terms of the cultural origin, we identified female participants as Asian, Latin American, European, and Arabic. Then, a qualified examiner (i.e., a midwife who was trained in psychological interviewing) personally interviewed each participant and handed the psychological instruments included above within 24 hours after delivery. Questionnaires were filled out within the first 24 hours following delivery.

Data analysis

Data were analyzed using descriptive statistics (i.e., means, standard deviations, or percentages and frequencies, according to whether variables were quantitative or qualitative (e.g., region of origin, marital status, type of delivery)). Then, we used Student's *t* to compare group means, and Kruskal-Wallis or Mann-Whitney U distributions when violations of the normal distribution were suspected.

Results

1. Obstetric variables

In the first place, obstetric variables were described as: obstetric formula, (quantifying the number of pregnancies, abortions, parturitions, children born alive, and living children); gestational age at labor; and delivery (normal delivery, difficult delivery, or cesarean section). The results obtained did not show significant differences between immigrant and Spanish women in any of the variables described (Table 1).

The mean gestational age at time of delivery was 39.60 weeks (SD=0.968) in Spanish women, whereas in immigrant women it was 39.25 (SD=1.726). There were no significant differences between the two groups ($p=0.337$) in this variable. In order to determine whether there were differences regarding delivery, we made a contingency table and the relative Chi-square. The results obtained are included in Table 2. The results showed no significant differences in the variable Delivery between the studied samples with a Pearson's chi-square of 0.941.

2. Psychological Variables

We analyzed the variables optimism and stress in the sample. In order to determine whether there were differences in the variables Optimism, Vulnerability to Stress, and Perceived Stress, we performed a Student's-*t* distribution between immigrant and Spanish women. The results showed that there were statistically significant differences between the two groups in Vulnerability to Stress, and Perceived Stress, the scores of immigrant women being higher. No differences were found in the variable Optimism (Table 3).

Finally, given the difference in psychological variables between the immigrant and the national groups, we examined differences due to the region of origin of the immigrant and the Spanish women. In order to do this, as there was no homogeneity in the variances, we performed a Kruskal-Wallis one-way analysis of variance. The results are shown in Table 4.

We found statistically significant differences between the different regions of origin in Vulnerability to Stress and Perceived Stress. In order to determine which regions of origin differed between immigrant and Spanish women, we made a comparison of groups for each of these variables, using the Mann-Whitney U, a non-pa-

metric pair-comparison analysis. The results obtained showed a significant difference in Vulnerability to Stress between Spanish and immigrant women from Latin America ($p=0.008$), Morocco ($p=0.025$), and the European Union ($p=0.000$). However, no differences were found between Spanish and Asian women ($p=0.114$). As for Perceived Stress, the results showed that there were significant differences between Spanish women and Latin American ($p=0.001$), other European ($p=0.000$), and Moroccan women. Again, there were no significant differences between Spanish and Asian women ($p=0.114$).

Discussion

In this study we did not find differences in obstetric variables between Spanish and immigrant women. Obstetric formula, gestational age at labor, and delivery were similar in both groups. As for the psychological variables, when comparing the results of the questionnaire on optimism, we did not find significant differences between immigrant and Spanish women. Interestingly, though, the highest score in optimism was obtained by Asian women and the lowest score was that of the European women.

The results showed a significant difference in vulnerability to stress between Spanish and Latin American, Moroccan, and other European immigrant women. However, no differences were found between Spanish women and Asian immigrant women. Similarly, in terms of perceived stress, significant differences were obtained between Spanish women and Latin American, other European, and Moroccan women. Once again, no significant differences were found between Spanish and Asian women.

As for the obstetric results, these may be explained by the fact that the Spanish Healthcare System allows access to foreigners under the same conditions as Spanish nationals. In this sense, the current Spanish Immigration Law grants the right to healthcare during pregnancy, parturition, and postpartum period. These results coincide with those found by O'Heir (2004) thus confirming that there are no differences between both groups.

In addition, we suggest that the similarity in results regarding optimism scores in immigrant and Spanish women may be explained by its very conceptualization. Optimism is understood as 'generalized favorable expectations' of the things that happen in the person's life. These expectations are stable dispositions (features). This is why

we talk about dispositional optimism, which grants the concept a stable character (Scheier, & Carver, 1985).

Nevertheless, we must highlight that the mean optimism score in both groups was well above those found in the average population. Having a child is an important event in life and positively modulates constructs established as dispositional; this is the case of optimism. Our results coincide with those found by Moyer et al. (2009), although these authors found differences in optimism in the three female populations studied (Ghana, China, and the United States). In addition, all these women showed a score in optimism above the mean in the final trimester of pregnancy.

As for the results obtained in the assessment of Vulnerability to Stress and Perceived Stress, we think these are coherent with the adaptation processes and other immigration-related difficulties described in the introduction. However, it is important to tackle stress and optimism during the labor process. Moreover, it is important to note that some have found stress and optimism to be related to the newborn's birth weight (Lobel, DeVincent, Kaminer, & Meyer, 2009).

The immigrant women participating in this study had resided in Spain an average of 4 years and, thus, we cannot attribute our results to the process of acculturation. Many authors consider this process as proportional to the time people are exposed to the new culture and to their age, differing significantly between men and women (Zlobina, Páez, & Gasteiz, 2004). All these characteristics make us question the possibility that these findings are related to acculturation in our sample.

Our obstetric results do not agree with those of other studies on immigrant women (Giribet i Rubio, Rodríguez-Cala, & Martínez-Fernández, 1992). Our results suggest that immigrant women are more prone to premature labor, which may be related to the unfavorable social situation and adverse psychological factors. On the contrary, the results obtained on the Vulnerability to Stress and Perceived Stress scales agree with those by other authors, suggesting that the condition of being an immigrant causes stress-related disorders such as the '*Ulysses Syndrome*' (Achotegui, 2006).

The sample used in our research is limited in the number of participants due to the difficulties in reaching immigrant women. In the future, it would be necessary to increase the number of participants. It would also be relevant to extend the research to cover the second and third trimesters of pregnancy, and late postpartum period.

In addition, it would be very interesting to include other Spanish regions in the study in order to verify the results obtained in Andalusia.

This research has important implications on the clinical care of women during labor, as we consider levels of perceived stress and stress vulnerability as variables that can be improved. In this sense, the Healthcare Model by Madeleine Leininger is one of the most important contributions to nursing. This way, it would be possible to understand the factors intervening in the experiences that a woman at labor faces. A health protocol including the cultural aspect of women of other cultures shows respect for their own beliefs and values, which improves their psychological state (Becerra, & Cardoso, 2006). We cannot forget that it is fundamental to address the psychological issues being faced by immigrant women during pregnancy, delivery, and postpartum. Such psychological approach would improve mental health in this population. Nursing care of the immigrant population must follow a scientific methodology based on the Nursing Process: analysis of the patient's health state and their environment, paying special attention to prevention, education, and interpersonal relationships (Caron, & Silva, 2003). Identifying nursing diagnoses in the immigrant population would avoid the frequent communication problems between this population and health professionals (Nadeem, & Lange, 2009). In this sense, various studies have verified that non therapeutic communication prevails between professionals and women in labor, which gives obstetric care an impersonal profile and makes it an exertion of power of the professional over the woman (Merighi, & Gualda, 2009; Bayes, Fenwick, & Hauck, 2008). In this regard, many researchers (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2008) have shown the advantages of continuous personalized support of women during the delivery process.

These studies conclude that such support slightly decreases the length of labor, increases the chances of spontaneous vaginal delivery, and reduces the need for analgesia during labor. Furthermore, women that receive continuous support are less likely to be dissatisfied with their delivery experience. These findings have led to the implementation of delivery assistance at some health centers in the United States, where they have established support services provided by women during the delivery process. These women, known as "doulas" or labor companions, are specially trained and become members of the delivery team. Likewise, similar delivery health services are being implemented in Spain, the United Kingdom, and Australia, so as to facilitate the delivery process.

Conclusions

The migration process generates high stress levels in migrants. The acclimation to the host country will depend on the socio-cultural characteristics of the host country, as well as the personal characteristics of the migrant. Ideally, the host country should have a certain level of cultural diversity and a fair degree of social openness.

The fact that Spain has a universal Health Model is fundamental, as it provides a first shelter or protection to all Spanish citizens, whether they are legal registered immigrants or Spanish-born citizens, regardless of their financial, social, or cultural status. This is particularly true for immigrant women during their pregnancy, delivery, and postpartum, and for their progeny.

Spain's health policy, whether at the state or the regional level of government, responds to important aspects of health care during the pregnancy and delivery process of the immigrant population. Thus, it prevents the existence of differences in postpartum results between the immigrant and native populations (Comunidad Autónoma de Andalucía, 2006). We believe that the differences found are due to lack of knowledge about the Spanish health system or to the legal situation of the immigrant woman, and whether or not she is a legal registered resident.

We think it is necessary to open the dialogue with immigrant women and their partners, so as to solve their uncertainties and listen to their proposals, thus improving the quality of health care services. Moreover, we try to promote the partner's role in the delivery process by providing information on the importance of the partner's support during dilation, labor, and immediate postpartum (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2008).

In conclusion, this is the first study that attempts to examine whether there are differences between immigrant and Spanish women in psychological aspects related to the labor process. The results found, as well as their implications in mental health of immigrant women, open an interesting new line of investigation.

REFERENCES

- Achotegui, J. (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome de inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones*, 19, 59-85.
- Arango, J. (2003). Inmigración y diversidad humana. *Revista Occidente*, 268, 5-21.
- Bayes, S., Fenwick, J., & Hauck, Y. (2008). A Qualitative Analysis of Women's Short accounts of Labour and Birth in a Western Australian Public Tertiary Hospital. *Midwifery Womens Health*, 53, 53-61.
- Becerra, M., & Cardoso, M. (2006). Los factores que interfieren en las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14, 414-421.
- Caron, O., & Silva, I. (2002). La parturienta y el equipo obstétrico: el difícil arte de la comunicación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10, 485-492.
- Comunidad Autónoma de Andalucía (España). Dirección General de Políticas Migratorias de la Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía. (2006). *II Plan de Inmigración en Andalucía. 2006-2009*. Sevilla: Conserjería de Gobernación de la Junta de Andalucía.
- Comunidad Autónoma de Madrid. Conserjería de Inmigración. (2006). *Plan para la Integración (2006-2008)*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Daponte, A., Bolívar, J., & García, MM. (2008). *Las desigualdades sociales en salud*. Granada: Escuela Andaluza de salud Pública.
- Endevin-Lagar, E., & Soliva-Bernardo, M. (2005). *La salud en las mujeres inmigrantes*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- Ferrando, P., Chico, E., & Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Giribet i Rubiol M., Rodríguez-Cala, A., & Martínez-Fernández, V. (1992). Análisis de las diversas ansiedades que presentan las futuras madres durante la gestación. *Enferm Cient*, jul-ago, 27-32.

- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2008). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *La biblioteca Cochrane Plus*, 2, from <http://www.update-software.com>.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Peralta-Ramírez, M., Robles-Ortega, H., & Pérez-García, M. (2008). Estrés y ejecución neuropsicológica en mujeres inmigrantes. *Scientia*, 12, 37-52.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Peralta-Ramírez, M., Robles-Ortega H., Vilar-López, R., & Pérez García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: Repercusiones sobre la calidad de vida. *Psicol Conduct*, 17, 595-607.
- INE (2004). *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2009). *Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009. Datos provisionales*. Available at: <http://www.ine.es/prensa/np551.pdf>. Accessed June 9, 2009.
- Junyent, M., Nuñez, S., & Miro, O. (2006). Urgencias médicas del inmigrante adulto. *An Sist Sanit Navarra*, 29, 27-34.
- Lafuente, P. (2008). *La inmigración reciente en España y la cobertura informativa de este fenómeno en la prensa española*. Tesis doctoral. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lobel, M., DeVincent, C., Kaminer, A., & Meyer, B. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychol*, 19, 544-53.
- Meleis, A (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Merighi, M., & Gualda, D. (2009). El cuidado de la salud materna en Brasil y el rescate de la enseñanza de obstetras para asistencia al parto. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 17, 265-270.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración (2009). *Anuario Estadístico del año 2008. Observatorio Permanente de*

la Inmigración. Available at: <http://extranjeros.mtin.es.es.InformacionEstadistica.Anuario>. Accessed September 3, 2009.

- Moyer, C., Yang, H., Kwawukume, Y., Gupta, A., Zhu, Y., Koranteng, I., et al. (2009). Optimism/pessimism and health-related quality of life during pregnancy across three continents: a matched cohort study in China, Ghana, and the United States. *BMC Pregnancy Childbirth*, 1, 9-39.
- Nadeem, E., Lange, J. (2009). Perceived Need for Care among Low-Income Immigrant and U.S.-Born Black and Latina Women with Depression. *Journal of Women's Health*, 18, 369-375.
- O'Heir, J. (2004). Pregnancy and Childbirth Care Following Conflict and Displacement: are for Refugee Women in Low-Resource Settings. *J Midwifery Women's Health*, 49, 14-18.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J psicol.*, 9, 86-93.
- Robles-Ortega, H., Peralta-Ramírez, M., Navarrete-Navarrete, N. (2006). Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burns y Scheffield. *Congreso sobre Avances en Psicología de la Salud, Avances en psicología de la salud*. Granada: Ediciones Sider.
- Rodríguez-Álvarez, E., Lanborena-Elordui, N., Pereda-Riguera, C., & Rodríguez-Rodríguez, A. (2005). Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Rev Esp Salud Pública*, 82, 209-220.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int. J. Clin. Health Psicol.*, 3, 141-157.
- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implication of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Zlobina, B. A., Páez, D., & Gasteiz, V. (2004). *Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

TABLE 1: *Description and comparison of means of obstetric data in Spanish women and immigrant women.*

Variables	SPANISH WOMEN	IMMIGRANT WOMEN	P
	MEAN (SD)	MEAN (SD)	
No. of pregnancies	1,67 (0,959)	1,97 (0,999)	0,70
No. of abortions	2,53 (0,860)	2,33 (0,922)	0,21
No. of parturitions	1,43 (0,774)	1,53 (0,629)	0,69
No. of children born alive	1,43 (0,774)	1,57 (0,679)	0,98
No. of living children	1,40 (0,675)	1,57 (0,679)	0,60

SD (Standard deviation)

TABLE 2: Contingency table between region of origin and delivery.

Variables	SPANISH WOMEN	IMMIGRANT WOMEN	TOTAL SAMPLE
Normal delivery	16 (53,3%)	17 (56,7%)	33 (55,0%)
Difficult delivery	8 (26,7%)	8 (26,7%)	16 (26,7%)
Cesarean section	6 (20,0%)	5 (16,7%)	11 (18,3%)

TABLE 3: *Mean comparison of psychological variables between Spanish and immigrant women.*

Variables	SPANISH WOMEN MEAN (SD)	IMMIGRANT WOMEN MEAN (SD)	P
LOT	19,47 (4,562)	19,20 (4,189)	0,81
Vulnerability to Stress	7,73 (4,160)	14,40 (5,605)	0,00
Perceived Stress scale	25,70 (4,640)	39,03 (11,251)	0,00

LOT = Life Orientation Test

TABLE 4: *Kruskal-Wallis comparison of means between women of five different regions.*

Variable	SPANISH (30) MEAN (SD)	ASIAN (4) MEAN (SD)	LATINA.(11) MEAN (SD)	MOROCCAN (5) MEAN (SD)	E. EUROP. (10) MEAN (SD)	P
LOT	19,47 (4,562)	22,00 (8,000)	19,18 (2,562)	19,20 (3,033)	18,10 (4,358)	0,544
Vulnerability to Stress	7,73 (4,160)	13,00 (8,832)	13,09 (5,375)	14,00 (7,036)	16,60 (3,565)	0,000
Perceived Stress	25.70 (4.640)	32.0 (20.801)	38.55 (7.353)	35.60 (14.741)	44.10 (7.047)	0.000

LatinA.: Latin American; E. Europ.: Eastern European; LOT: Life Orientation Test

ANEXO 2

HOJA INFORMATIVA A LA PACIENTE

Solicito su conformidad para participar en el estudio: **Estrés en mujeres inmigrantes durante el proceso del parto.**

Este trabajo, corresponde al proyecto de investigación de la Tesis Doctoral realizada en el Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Granada.

El objetivo principal del estudio es, conocer y valorar el grado de estrés de las mujeres inmigrantes, durante el proceso del parto. Otro objetivo es: - Conocer la influencia de los factores estresantes (inmigración y parto) en los resultados perinatales

Se trata de un estudio descriptivo para el cual le ruego cumplimente una encuesta sobre:

- Datos sociodemográficos
- Estado de salud
- Control del embarazo
- Terminación del parto
- Vulnerabilidad al estrés

Su participación es voluntaria y anónima y en cualquier momento puede revocar su consentimiento, sin necesidad de tener que dar explicaciones. Me comprometo a mantener la confidencialidad de los datos obtenidos y en ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre. Toda la información de carácter personal será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad. Los datos serán tratados de forma confidencial tal y como establece la Ley 15/99 de 13 de Diciembre (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.)

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Los datos aportados pueden ser de utilidad para conocer el papel de los profesionales en la atención al parto y valorar si la atención al mismo responde a las necesidades y expectativas de las embarazadas.

Agradeciéndole de antemano su colaboración.

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Título del estudio: **ESTRÉS EN MUJERES INMIGRANTES DURANTE EL PROCESO DEL PARTO.**

Yo.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la responsable del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA:

FIRMA DEL INVESTIGADOR :

ANEXO 3

INFORMACIÓN EXTRAIDA DEL DOCUMENTO DE SALUD DE LA EMBARAZADA Y

ENTREVISTA PERSONAL

1. EDAD _____
2. PAIS DE ORIGEN _____
3. NACIONALIDAD _____
4. AÑOS QUE LLEVA VIVIENDO EN ESPAÑA _____
5. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA EN ESPAÑA:
 1. regular
 2. irregular
6. ESTADO CIVIL:
 - 1 Casada- Pareja
 - 2 Soltera
 - 3 Viuda
 - 4 Separada
7. ORIGEN DEL MARIDO O PAREJA O PADRE DEL NIÑO _____
8. AÑOS QUE LLEVA VIVIENDO EN ESPAÑA _____
9. NACIONALIDAD _____

Las siguientes preguntas son de la encuestada

10. LENGUA _____
11. HABLA ESPAÑOL _____
12. NIVEL DE ESTUDIOS:
 1. sin estudios; 2 estudios primarios; 3 estudios medios; 4 estudios superiores
13. PROFESIÓN _____
14. TRABAJO ACTUAL _____
15. TRABAJO ANTERIOR _____
16. SITUACIÓN LABORAL
 - 1 Contrato; 2 sin contrato

ESTADO DE SALUD

17. FUMA _____ cuánto? _____ cuándo? _____
-
18. ALCOHOL _____ cuánto? _____ cuándo? _____

19. CONSUME OTRAS SUSTANCIAS _____ cuál _____ ¿cuánto? _____
20. ENFERMEDADES PREVIAS AL EMBARAZO _____
21. EMBARAZOS ANTERIORES _____
22. NÚMERO DE ABORTOS _____
23. NÚMERO DE PARTOS _____
24. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS _____
25. NÚMERO DE HIJOS QUE VIVEN _____

CONTROL DEL EMBARAZO

26. REALIZÓ CONTROL PRECONCEPCIONAL _____
27. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRECONCEPCIONAL _____
28. LE HAN CONTROLADO EL EMBARAZO _____
29. SEMANAS DE GESTACIÓN DE LA PRIMERA VISITA _____
30. CONSULTA ATENCIÓN PRIMARIA. NÚMERO DE VECES _____
31. CONSULTA HOSPITALARIA. NÚMERO DE VECES _____
32. CONSULTA PRIVADA. NÚMERO DE VECES _____
33. NÚMERO DE ECOGRAFIAS _____
34. NÚMERO DE MONITORIZACIONES CARDIOTOCOGRAFICAS _____
35. ANALÍTICA:
- 1. Serologías _____
 - 2. Test de O'Sullivan _____
 - 3. Hemograma _____ pruebas de coagulación _____
 - 4. Cultivo vaginal _____
36. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO _____
37. INGRESOS HOSPITALARIOS DURANTE EL EMBARAZO _____
38. MOTIVO DE INGRESO _____
39. CONSEJOS SANITARIOS _____
40. ¿QUIÉN LE HA OFRECIDO LOS CONSEJOS?:
- MÉDICO _____ MATRONA _____ ENFERMERA _____
41. EDUCACIÓN MATERNAL _____
- a. COMPLETA _____

- b. INCOMPLETA _____
42. QUIERE ANALGESIA CON EPIDURAL _____
43. LE HAN INFORMADO EN QUÉ CONSISTE _____
44. POR QUÉ NO QUIERE EPIDURAL _____
45. QUIERE ESTAR ACOMPAÑADA EN EL PARTO _____
46. POR QUIÉN QUIERE ESTAR ACOMPAÑADA EN EL PARTO _____
47. COMO ASISTENTE AL PARTO LE GUSTARIA
- 1 matrona _____ 2 matrono _____ 3 médico _____ 4 es
igual _____

INFORMACIÓN EXTRAIDA DE LA HISTORIA OBSTÉTRICA

50. MOTIVO DE INGRESO EN EL PARTO _____
51. PRESENTACIÓN FETAL: 1 cefálica _____ 2 transversa _____ 3
podálica _____
52. INICIO DE PARTO: 1. espontáneo _____ 2. inducido _____ 3.
estimulado _____
53. ANALGESIA EN EL PARTO: 1. analgésico _____ 2 anestésico _____ 3. no
analgesia _____
54. INDUCIDO POR : 1. rotura prematura de membranas; 2 embarazo
prolongado 3 otras
55. EDAD GESTACIONAL _____
56. TERMINACIÓN DEL PARTO: 1 Eutócico; 2 vacuo; 3 fórceps; 4
Espátulas 5 Kwi 6 cesárea
57. SOSPECHA DE SUFRIMIENTO FETAL SI _____ NO _____
58. ALUMBRAMIENTO : 1 espontáneo _____ 2 manual _____
59. SEXO
60. PESO
61. APGAR
62. LACTANCIA
1. materna _____
2. artificial _____

3. mixta _____

63. INCIDENCIAS _____

64. OBSEVACIONES _____

ANEXO 4

LOT (Scheier y Carver)

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que hacen referencia a cómo la gente considera su vida en general. Después de leer cada una de estas frases, da tu opinión indicando si estás de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Utiliza la siguiente escala de valoración:

0. Estoy totalmente en desacuerdo.
1. Estoy en desacuerdo
2. No estoy de acuerdo ni en desacuerdo
3. Estoy de acuerdo
4. Estoy totalmente de acuerdo

	0	1	2	3	4
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor					
2. Me resulta fácil relajarme					
3. Si algo malo me <i>tiene</i> que pasar, estoy seguro de que <i>me pasará</i>					
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro					
5. Disfruto de un montón de amistades					
6. Para mi es importante estar siempre ocupado					
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera					
8. No me disgusto fácilmente					
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas					
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas					

INVENTARIO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS (Beech y Scheffield)

Nombre Fecha

INSTRUCCIONES: A continuación aparece una lista de problemas que las personas a veces tenemos, léalos atentamente y escriba una S, cuando considere que el problema en cuestión le afecta habitualmente, y una N en caso de que el problema no le afecte en absoluto o lo haga raramente.

1)	Tendencia a sufrir frecuentes dolores de cabeza	
2)	Sensación de estar constantemente en estado de tensión y de no hallarse relajado	
3)	Estar excesivamente cansado la mayor parte del tiempo; no sentirse lo suficientemente descansado y fresco después de dormir	
4)	Sensación de presión en la cabeza, como si se tuvieran gomas muy tensas alrededor de ella	
5)	Sensación de falta de energía e impulso; necesidad de todas las reservas de energía para realizar las tareas ordinarias	
6)	Temblores, excesivo sudor, taquicardia	
7)	Problemas de sueño, pesadillas, sueños sin descansar	
8)	Sensación de ahogo y tensión sin razón para ello	
9)	Llegar a la conclusión de que las situaciones nos superan demasiado fácilmente; hacer una montaña de un grano de arena	
10)	Darse cuenta de que los propios sentimientos se hieren con facilidad; ser excesivamente sensible	
11)	Encontrar siempre algo por lo que preocuparse	
12)	Sentarse para tener un momento de relax y pensar en aspectos negativos del pasado y el futuro	
13)	Ser bastante consciente de los procesos del propio organismo; tales como latidos violentos del corazón, pinchazos, etc,	
14)	Reaccionar en exceso ante pequeños problemas diarios, tanto en casa como en el trabajo	
15)	Crear que sucederá lo peor, aun cuando el riesgo es muy pequeño; por ejemplo, no sentirse tranquilo hasta que toda la familia se encuentra segura en casa	
16)	Querer llamar a la oficina durante las vacaciones para asegurarse de que todo va bien	
17)	Tomarse a nivel personal todo aquello que sale mal	
18)	Experimentar sobresaltos cuando suena el teléfono o se produce algún pequeño ruido extraño	
19)	No ser capaz de concentrarse en casa o en el trabajo; distraerse fácilmente por problemas irrelevantes y poco deseados	
20)	Experimentar oleadas de miedo, ansiedad o sensaciones de pánico sin razón aparente	
21)	Encontrarse muy indeciso; emplear demasiado tiempo para tomar decisiones, dejando a un lado cosas que tienen que hacerse	
22)	Sentirse que se está perdiendo el control sobre muchas situaciones de la vida propia; que uno es víctima desvalida de las circunstancias	

E.E.P.

Marque con una X la opción que mejor se adecue a su situación actual, teniendo en cuenta el último mes utilizando el siguiente criterio:

0: Nunca 1: Casi nunca 2: De vez en cuando 3: A menudo 4: Muy a menudo

	0	1	2	3	4
1. En el último mes ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2. En el último mes ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?					
3. En el último mes ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
4. En el último mes ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
5. En el último mes ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?					
6. En el último mes ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre la capacidad para manejar sus problemas personales?					
7. En el último mes ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
8. En el último mes ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
9. En el último mes ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?					
10. En el último mes ¿con qué frecuencia ha sentido al control de todo?					
11. En el último mes ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?					
12. En el último mes ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?					
13. En el último mes ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?					
14. En el último mes ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					

ANEXO 5

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis **María Martina Casullo. 1999/2004.**

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC).

- 1) Índice global de severidad (IGS)
- 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
- 3) Total de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

2) Total de síntomas positivos (STP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

1) SOMATIZACIONES:

1..... 4..... 12..... 27..... 40..... 42..... 48..... 49..... 52..... 53..... 56..... 58..... Total (dividir):.....

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir):.....

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir):.....

4) DEPRESIÓN:

5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir):.....

5) ANSIEDAD :

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir):.....

6) HOSTILIDAD:

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... Total (dividir):.....

7) ANSIEDAD FÓBICA:

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... Total (dividir):.....

8) IDEACIÓN PARANOIDE:

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir):.....

9) PSICOTICISMO:

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total(dividir):.....

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (IGS): Total:.....

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (SP) Total:.....

MALESTAR SINTOMATICO POSITIVO (PSDI) Total:.....

ITEMES ADICIONALES 19..... 44..... 59..... 60..... 64..... 66..... 89.....

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad:**..... **Fecha de hoy:**

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho

40. Náuseas o dolor de estómago.
41. Sentirme inferior a los demás.
42. Calambres en manos, brazos o piernas.
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
44. Tener problemas para dormirme.
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
46. Tener dificultades para tomar decisiones.
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
48. Tener dificultades para respirar bien.
49. Ataques de frío o de calor.
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
51. Sentir que mi mente queda en blanco.
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
53. Tener un nudo en la garganta.
54. Perder las esperanzas en el futuro.
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
59. Pensar que me estoy por morir.
60. Comer demasiado.
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
67. Necesitar romper o destrozar cosas.
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
74. Meterme muy seguido en discusiones.
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
79. Sentirme un/a inútil.
80. Sentir que algo malo me va a pasar.
81. Gritar o tirar cosas.
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
89. Sentirme culpable.
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

VALORES PROMEDIOS Y DE DISPERSIÓN OBTENIDOS EN EL ESTUDIO PILOTO

Buenos Aires. 1998. SCL-R- 90 Edad promedio: 15 años.

CATEGORIAS DE SINTOMAS	MUJERES (N:313)		VARONES (N:275)	
	M	d.t.	M	d.t
Somatizaciones	0,92	0,69	0,47	0,47*
Obsesiones, compulsiones	1,28	0,78	0,98	0,70
Sens. Interpersonal	1,22	0,78	0,74	0,57*
Depresión	1,19	0,80	0,65	0,53*
Ansiedad	1,09	0,81	0,56	0,54*
Hostilidad	1,10	0,90	0,91	0,80
Ansiedad fóbica	0,52	0,60	0,27	0,44*
Ideaciones paranoides	1,07	0,89	0,75	0,71*
Psicoticismo	0,69	0,65	0,41	0,46*
I. Severidad Global	0,17	0,11	0,11	0,08*
Síntomas Positivos	43,23	18,8	30,53	16,6
P.S.T.	1,97	0,55	1,77	0,55

* Se han encontrado diferencias significativas según género $p < 0.01$

SCL-R- 90 Baremos Buenos Aires. 1998.

Adolescentes. N: 275. 13-17 años. VARONES.												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,94	5
50	0,47	0,98	0,75	0,65	0,55	0,90	0,27	0,75	0,40	0,10	1,77	30
65	1,15	2	1,60	1,40	1,35	2,10	0,95	1,85	1,10	0,23	2,60	55
80	1,83	3,02	2,45	2,15	2,15	3,30	1,63	2,95	2,80	0,36	3,43	80

Adolescentes N: 313 13-17 años MUJERES												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,40	0,16	0,10	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,14	23
50	0,90	1,28	1,22	1,20	1,10	1,10	0,50	1,07	0,70	0,17	1,97	43
65	1,60	2,50	2,40	2,40	2,20	2,40	1,40	2,40	1,70	0,33	2,80	63
80	2,30	3,72	3,60	3,60	3,40	3,70	2,30	3,70	2,70	0,49	3,60	83