

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



ORIGINALES

Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora”

L. Biedma Velázquez, J.M. García de Diego y R. Serrano del Rosal*

Instituto de Estudios Sociales Avanzados-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC), Junta de Andalucía, España

Recibido el 16 de julio de 2009; aceptado el 6 de diciembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Parto;
Analgesia epidural;
Género;
Salud;
Dolor

Resumen

Introducción: La analgesia epidural se ha popularizado en España, tanto en su conocimiento como en su uso, a lo largo de los últimos 20 años. La elección de esta técnica analgésica por parte de la futura madre durante el trabajo de parto y el parto en Andalucía es un derecho de la mujer que, explícitamente, sólo estará limitado por sus condiciones físicas y de salud y por los recursos disponibles en el hospital en el momento del parto. Esta elección pone en relación 2 elementos: por un lado, el componente cognitivo que establece la conveniencia o no de utilizar esta técnica según los valores, percepciones, cultura, etc. de la mujer y, por otro, el componente conductual, es decir, el uso o no de la técnica en cuestión, que dependerá además de la elección de la mujer de las condiciones anteriormente mencionadas.

Objetivo: Analizar qué características definen a las mujeres que, aun pudiendo, deciden no utilizar analgesia epidural durante el parto en Andalucía.

Material y métodos: Para ello se ha utilizado la información proporcionada por las mujeres ingresadas por parto en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, contenida en las encuestas anuales de satisfacción de usuarios del sistema de atención hospitalario en esta comunidad autónoma entre los años 2000 y 2007. Con esta información se ha realizado un análisis de segmentación jerárquica que tenía por objetivo analizar el perfil de las mujeres que rechazan esta técnica analgésica.

Resultados: Las principales características que definen a las mujeres que rechazan la analgesia epidural durante el parto vienen dadas por su nivel educativo, nivel de ingresos y situación laboral.

Conclusiones: Las características sociales, económicas y culturales que definen el rechazo, es decir, el “tipo” de mujer que rehúsa la epidural, coinciden con el esquema de “mujer tradicional” estudiado por otros autores (que se caracteriza por tener escasos recursos económicos, nivel educativo bajo y que se dedica, fundamentalmente, a realizar labores domésticas en su propio hogar), lo cual se interpreta en un contexto de universalización de la oferta, como un indicador más de las desigualdades en salud generadas, en esta ocasión, por conductas y valores de género propios de sociedades patriarcalmente concebidas.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rserrano@iesa.csic.es (R. Serrano del Rosal).

KEYWORDS

Childbirth;
Epidural analgesia;
Gender;
Health;
Pain

Analysis of rejection of epidural analgesia during labor in Andalusian women: “the silent sufferer”

Abstract

Introduction: Knowledge and use of epidural analgesia has become increasingly widespread in Spain over the last 20 years. In Andalusia (southern Spain), expectant mothers have the right to choose this analgesic technique during labor and delivery, an option that depends solely on the physical or health status of the mother or the availability of the resources at the hospital at the time of childbirth. Preference is determined by two interrelated factors. Firstly, a cognitive component, which is influenced by the values, perceptions and culture of the mother and, secondly, a behavioral component, i.e., the acceptance or rejection of the technique, which will depend not only on the motives determining the choice, but on the possibility of choosing epidural analgesia as well as the above-mentioned conditioning factors.

Objective: To determine the characteristics of women in Andalusia who refuse epidural anaesthesia during labor, even when this analgesic technique is readily available to them.

Material and methods: Annual surveys on user satisfaction with hospital care in Andalusia conducted from 2000-2007 were used, specifically data provided by women who gave birth in public hospitals in Andalusia. Based on these data, a hierarchical segmentation analysis was conducted to determine the profile of women who refused this analgesic technique.

Results: Educational level, income and employment status played a significant role in rejection of epidural anaesthesia during labor.

Conclusions: The social, economic and cultural factors underlying rejection, that is, the profile of women who reject epidural analgesia, is consistent with the paradigm of the “traditional woman” (characterized by limited income, low educational level and mainly occupied by housework) studied by other authors. Given the universal use of this procedure in Andalusia, rejection of epidural analgesia can be interpreted as yet another indicator of inequality in healthcare due, in this case, to gender-related attitudes and values characteristic of patriarchal societies.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El dolor es un componente tan universal¹⁻³ como diverso en su modo de manifestación e interpretación sociocultural. Todos los seres humanos han experimentado o experimentarán dolor a lo largo de su vida, pero éste no se puede definir como un hecho exclusivamente fisiológico sino que está formado también por componentes psicológicos, sociales y culturales. En palabras de Díaz Artiga: “los padecimientos son culturales, se aprende, en cierta forma, a vivir con ellos”⁴. Desde esta perspectiva, conceptuar de forma unívoca y genérica el dolor y sus manifestaciones es harto complejo, ya que sólo es posible conocer el dolor propio y nunca el ajeno⁵, a través de una interpretación personal³ alejándose, por tanto, la posibilidad de realizar contrastación empírica sobre la base de elementos objetivos, por cuanto se define bajo criterios primordialmente subjetivos. Por ello, es necesario en el estudio del dolor controlar un gran número de variables sociales (edad, sexo, religión, familia, clase social, etc.), psicológicas (umbral del dolor, autoestima, estoicismo, relaciones afectivas, etc.), históricas (vivencias anteriores del individuo, experiencias), culturales y de otra índole.

El tipo de dolor concreto, así como su causa son también elementos necesarios para entender la conceptualización que cada individuo realiza acerca de éste. No se percibe de igual forma un dolor crónico, motivado por una enfermedad que incapacite, que un dolor agudo y esporádico, cuya causa sea, por ejemplo, una contusión, con una curación más o menos rápida y resultados no inhabilitantes de forma grave. En este segundo contexto se ubica el dolor durante el parto, dolor transitorio y ocasional, fruto de un hecho biológico no constitutivo de enfermedad, con resultado habitualmente positivo (el propio nacimiento), y acerca del que no se teme su prolongación o intensificación futura⁶, todo lo cual condiciona la percepción de éste. No obstante, este dolor es superior al experimentado por otras especies animales en la misma situación, debido entre otras causas a la adaptación producida por el ser humano a la locomoción bípeda, así como al tamaño del cerebro del bebé⁷. Este hecho ha propiciado la búsqueda de elementos que disminuyan el padecimiento presentado por la madre durante el trabajo de parto, que tienen una larga historia^{8,9}.

En la práctica médica contemporánea, en general, se ha extendido la utilización de la anestesia y los analgésicos bajo la filosofía de que el dolor es, en cierta forma, inútil,

estéril y degradante¹⁰ y, como consecuencia, el umbral social de tolerancia al dolor ha disminuido. Las sociedades occidentales contemporáneas, en general, son sociedades que apuestan por la prevención del dolor, propiciada por los avances en investigación biomédica, lo cual ha tenido una clara repercusión en la forma de simbolizarlo¹¹. Ante esta situación sus sistemas sanitarios han buscado métodos de alivio del sufrimiento (p. ej., el producido durante el parto) tratando de eliminar o controlar la intensidad dolorosa.

El origen del tratamiento del dolor en el proceso del parto es tan antiguo como la humanidad⁸. No obstante, la utilización de la analgesia epidural para este hecho se popularizó en España desde finales del siglo pasado¹². Presenta ventajas e inconvenientes, pero se ha impuesto mundialmente como la técnica para el alivio de este tipo de dolor obstétrico debido a su efectividad y seguridad¹²⁻¹⁴, siempre que no hayan impedimentos concretos de carácter médico que la desaconsejen o imposibiliten, y medie el consentimiento informado de la parturienta. Se trata de un procedimiento seguro si se realiza por personal entrenado y es capaz de evitar totalmente la sensación dolorosa durante parte de la fase de dilatación y la expulsión¹⁵⁻¹⁷.

Para impulsar definitivamente su difusión, en España, las administraciones de las comunidades autónomas con competencias en salud han regulado su utilización, fundamentalmente durante la década de los noventa del pasado siglo. En el caso andaluz, una de las autonomías pioneras, el Decreto 101/95 de 18 de abril de 1995 de la Junta de Andalucía regula la asistencia analgésica durante el parto, dando respuesta a los planteamientos del II Plan Andaluz de Salud, que en su objetivo 38 planteaba impulsar la oferta de la analgesia epidural en el parto, constituyendo uno de los elementos de interés en la política sanitaria¹⁸.

No obstante, la implantación de dicha medida no tuvo igual ritmo en todos los hospitales andaluces, lo que provocó quejas por parte de los usuarios, que incluso las elevaron a las autoridades políticas y al Defensor del Pueblo. Desde esta perspectiva, los ciudadanos reclamaban su derecho a la protección de la salud, que no sólo abarca las prestaciones sanitarias en los supuestos de padecimiento de una enfermedad, sino que también alcanza las prestaciones paliativas del dolor, como el caso del producido durante el parto,

y que responde a la concepción amplia de la salud definida por la Organización Mundial de la Salud¹⁹.

En la actualidad, se puede decir sin ambages que el derecho a la analgesia epidural durante el parto es una realidad, puesto que las usuarias que así lo desean pueden ejercerlo en todos los hospitales andaluces, sin distinción por tamaño, tipo o ubicación de éstos. En efecto, así se desprende tanto de la cartera de servicios de los hospitales andaluces como de la información que nos proporcionan los estudios anuales de satisfacción a usuarios de atención hospitalaria en Andalucía. En éstos, un 13,5% de las mujeres asistidas para un parto en el año 2000 indicó que no había analgesia epidural en el hospital donde dieron a luz, mientras que este porcentaje disminuye hasta un 2,8% en el año 2007 (tabla 1).

A pesar de la popularización del uso de esta técnica paliativa del dolor durante el parto, en los últimos años se escuchan voces contrarias a la utilización de la analgesia epidural y la oxitocina. Algunos profesionales de la salud discrepan acerca de las ventajas de esta práctica, advirtiendo de los inconvenientes que su utilización plantea, tanto para la mujer como para el feto.

No obstante, el porcentaje de mujeres que deciden utilizar esta técnica es cada día mayor en Andalucía. Este hecho se explica tanto por el aumento de la oferta por parte de los centros sanitarios, con una amplia cobertura que abarca en la actualidad a la totalidad de hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), como a la cultura paliativa del dolor que se ha impuesto en nuestra sociedad. No obstante, aunque el porcentaje de mujeres que decide, de forma voluntaria y consciente (y no por problemas de salud, por complicaciones en el parto, etc.), no utilizar ningún tipo de analgesia ha disminuido en los últimos años, todavía hay un porcentaje relativamente importante de mujeres que renuncia a esta técnica. Destacar además que este rechazo no tiene la misma incidencia en todo tipo de mujeres; bien al contrario, como podremos analizar más adelante, está estrechamente en relación con características como la edad de la parturienta, su situación laboral, su nivel educativo, sus ingresos familiares netos, etc.

Resumiendo, el dolor como concepto socialmente construido¹⁰, en el que intervienen elementos educativos, cultu-

Tabla 1 Porcentaje de mujeres que indican que no fueron asistidas con analgesia epidural porque no se lo permitieron o no existía esa opción en el hospital donde estuvieron ingresadas, por tipo de hospital y año

Año	Hospital de especialidades (%)	Hospital comarcal (%)	Hospital regional (%)
2000	15,9	14,0	7,7
2001	1,3	2,7	1,0
2002	7,8	9,8	9,2
2003	9,6	11,4	10,1
2004	6,5	7,0	4,3
2005	4,1	5,0	6,5
2006	3,4	3,4	2,9
2007	2,7	3,6	2,1

Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

rales, sociológicos y personales, requiere de un estudio basado en la percepción subjetiva de éste. El contexto influye en la percepción del dolor, y en la forma en que se aborda su sufrimiento o la decisión de no padecerlo. Nuestro objetivo será, a partir de encuestas a mujeres hospitalizadas en Andalucía para ser atendidas durante el parto entre los años 2000 y 2007, analizar qué características socioeconómicas influyen en su decisión de no utilizar analgesia epidural.

Material y métodos

Se han utilizado las encuestas anuales de satisfacción a usuarios de atención hospitalaria en Andalucía, enmarcadas en el proyecto de investigación que desarrolla el Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC) a través de un convenio de colaboración con el Servicio Andaluz de Salud desde 1999.

Se entrevista a personas que hayan estado ingresadas al menos 24 h en un hospital del SSPA. La entrevista es telefónica, asistida por ordenador en sistema CATI-Belliew. El tipo de muestreo es estratificado por hospitales, con afijación uniforme de 400 entrevistas por hospital para cada año. La selección del usuario dentro de cada hospital se ha realizado por muestreo aleatorio simple con cuotas de sexo y edad a partir de las bases de datos de los usuarios del hospital. Desde el año 2000 se han realizado 99.600 entrevistas, asumiendo para cada año un margen de error máximo a priori de $\pm 1\%$, para un nivel de confianza de 2 sigmas. De éstas, 14.674 entrevistas (el 14,73% del total) han sido a mujeres que han acudido al hospital para ser atendidas para un parto.

Resultados

El cuestionario que se les administra a los usuarios de los hospitales del SSPA está diseñado para filtrar a las mujeres que ingresaron con motivo de un parto; a éstas se les dedica un bloque específico de preguntas, entre las cuales se inclu-

ye si les pusieron analgesia epidural, teniendo como posibles respuestas “sí”, y diferentes tipos de negativas (*no lo consideré oportuno, no pudo ser por las características del parto –cesárea, etc.–, no daban este servicio y otras*). En una primera explotación de las respuestas a esta pregunta por año se puede observar (tabla 2) que el número de mujeres que ha utilizado esta técnica se ha multiplicado por 2 desde el año 2000, y en un porcentaje similar ha disminuido el número de mujeres que rechaza expresamente su uso, siendo en el año 2007 del 16%. El resto de opciones se mantiene con porcentajes de respuesta secundarios.

Debido a que el interés de esta investigación se basa en analizar el rechazo expreso a la utilización de este tipo de analgesia durante el parto, se han utilizado únicamente 2 categorías de respuesta, “sí”, y “no, porque no lo consideré oportuno”, de forma que se puedan contrastar las características de las mujeres que eligen en términos reales cada una de estas opciones. Las demás alternativas no han sido tomadas en cuenta, ya que las usuarias no tuvieron en estos casos una posibilidad real de elección (el parto fue por urgencias, cesáreas, no dio tiempo, desconocimiento, no existe en el hospital, etc.). Finalmente, los resultados, teniendo en cuenta las 2 únicas posiciones señaladas, son los que se indican en la tabla 3.

Como se señaló anteriormente, el porcentaje de utilización de analgesia epidural por las mujeres que han dado a luz en Andalucía ha cambiado durante los años de estudio, produciéndose un claro aumento en su uso. Se ha considerado interesante, debido a los cambios ocurridos en el período estudiado, analizar los resultados en 3 momentos: el año 2000, como inicio de la serie; el año 2002, que como se observa en la tabla 2 constituye un punto de inflexión a partir del cual la tendencia se invierte entre utilización y no utilización de analgesia epidural, y el año 2007, como último año de la serie y representativo del momento actual. Para su estudio se ha realizado un análisis de segmentación jerárquica, en el que se han introducido todas las variables sociodemográficas de las mujeres entrevistadas, investigando cuáles discriminan más en la elección o no de esta técnica paliativa del dolor en el trabajo de parto.

Tabla 2 Respuestas a la pregunta P34-N: “Le pusieron analgesia epidural durante el parto”

Año	Sí (%)	No, porque no lo consideré oportuno (%)	No, porque no sabía que podía solicitarlo (%)	No, porque no me lo permitieron/ no existe en el hospital (%)	No, porque fue con cesárea/ anestesia total (%)	No, porque no dio tiempo, fue muy rápido (%)
2000	26,2	37,6	5,6	13,5	8,0	0,0
2001	36,7	52,4	6,6	2,0	0,0	0,0
2002	36,1	41,3	3,5	9,1	7,6	1,8
2003	45,0	35,6	1,9	10,5	6,9	0,0
2004	53,6	19,9	1,2	5,9	5,4	14,0
2005	58,4	17,9	0,9	4,6	4,6	17,3
2006	64,2	13,7	0,7	3,1	3,6	14,7
2007	60,8	16,2	0,7	2,8	4,6	14,8

Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

Tabla 3 Recodificación de la P34-N: “Le pusieron analgesia epidural durante el parto”, con 2 únicas categorías de respuesta

¿Le pusieron analgesia epidural durante el parto?	Número de casos	Porcentaje total	Porcentaje válido
No, porque no lo consideré oportuno	4.101	27,9	36,3
Sí	7.198	49,1	63,7
Total	11.299	77,0	100

Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

Año 2000: inicio del estudio

En el año 2000, la variable modal era la no utilización de epidural por no considerarlo oportuno, 11 puntos por encima de la siguiente categoría de respuesta: utilización de anestesia (fig. 1).

Como se indicó anteriormente, se han considerado sólo las 2 categorías de respuesta principales (“sí” y “no, porque no lo consideré oportuno”), y se ha realizado el análisis de segmentación jerárquica, tomando como variable dependiente o a explicar la utilización de analgesia epidural, y como variables predictoras o discriminantes el resto de variables sociodemográficas de las mujeres entrevistadas. El resultado se presenta a través del dendograma o árbol de segmentación que se presenta en la figura 2.

El primer grupo (nodo 0) contiene toda la muestra de mujeres que en el año 2000 fueron atendidas para la asistencia de un parto y eligieron 1 de las 2 respuestas objeto de estudio. De ellas, casi el 60% rechazó utilizar analgesia durante el parto, frente al 40% que sí la solicitó. La única variable con poder discriminante es el nivel de estudios, que divide a la población en 2 grupos, homogéneos en cuanto a su número (el 56 y el 44%, respectivamente). Se producen diferencias significativas entre las mujeres que tienen como máximo estudios primarios, y las que han alcanzado un nivel de estudios reglado superior a primarios (secundarios, universitarios, etc.). Así, tener como máximo estudios primarios supone un aumento del 11,9% en el rechazo a la utilización de analgesia epidural durante el parto con res-

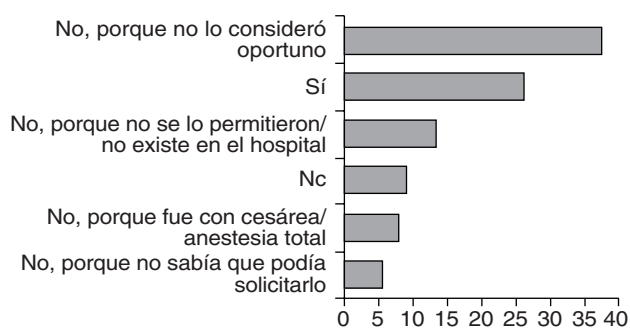


Figura 1 Respuestas a la pregunta P34-N: “Le pusieron analgesia epidural durante el parto” en el año 2000. Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

pecto a la muestra total, mientras que tener más estudios supone un descenso importante en el rechazo de esta técnica (disminuye un 15%).

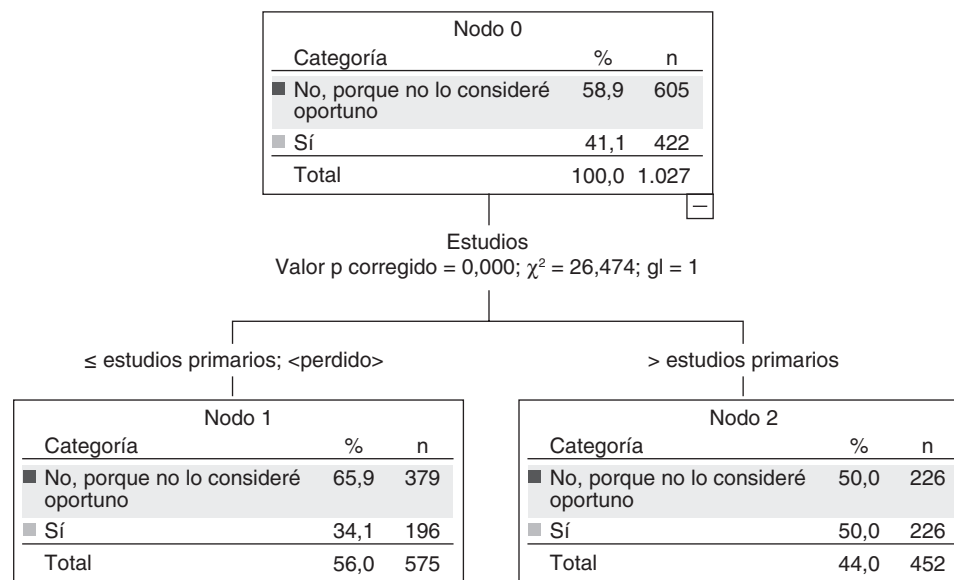
Año 2002: punto de inflexión

Como se mostró anteriormente (tabla 2), el año 2002 supone un momento de inflexión, en el que se encuentran los 2 valores principales, en una tendencia descendente de la negativa a utilizar epidural junto con la tendencia ascendente en su utilización. Así, este año se caracteriza por la igualdad en los porcentajes de ambas categorías (la diferencia entre ellas es de tan sólo 5 puntos, la menor de la serie).

El dendograma resultante de esta segmentación con los datos del año 2002 se muestra en la figura 3. En este caso, se han producido 2 divisiones, la primera a partir de la variable ingresos y la segunda a partir de la situación laboral de la entrevistada.

La variable que más discrimina es el nivel de ingresos, constituyéndose 3 grupos, las mujeres en cuyo hogar los ingresos netos son iguales o menores a 500 euros, las que viven en hogares con ingresos netos entre 501 y 1.750 euros y, por último, las que indican que en su hogar entran cada mes más de 1.750 euros. En esta primera división se observa que a mayor nivel de ingresos, mayor utilización de analgesia epidural durante el parto (casi el 68% la utiliza entre las de mayores ingresos), siendo este grupo minoritario, ya que constituyen el 9,2% del total. En el nodo 1, compuesto por las mujeres con un nivel de ingresos menor, se produce un 14,4% más de rechazo a la analgesia epidural que en la muestra total, siendo el grupo de mujeres en el que se origina un aumento mayor en este porcentaje. El nodo 2, además de ser el más numeroso (está compuesto por el 68,5% de la muestra total), mantiene porcentajes afines a la muestra total, pero en él se produce la segunda división de este análisis a partir de la variable situación laboral. Se diferencian 2 grupos, el primero (nodo 4) formado por trabajadoras, desempleadas o jubiladas, en el cual se observa un aumento de la utilización de la analgesia epidural, y el grupo formado por las amas de casa y otras situaciones (nodo 5), que se caracteriza por un elevado número de rechazos a esta técnica (el 13,2% más con respecto a la muestra total).

En suma, tener ingresos bajos y no trabajar fuera del ámbito doméstico supone un aumento significativo en el número de rechazos a la utilización de analgesia epidural entre las mujeres que en el año 2002 fueron atendidas para un parto.



Ganancias para los nodos. Variable sobre la que se calcula la ganancia: no

Nodo	Nodo		Ganancia		Respuesta	Índice
	N	Porcentaje	N	Porcentaje		
1	575	56,0	379	62,6	65,9	111,9
2	452	44,0	226	37,4	50,0	84,9

Método de crecimiento: CHAID exhaustivo.

Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

Figura 2 Segmentación jerárquica. Datos del año 2000. Variable dependiente: utilización de analgesia epidural durante el parto. Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

Año 2007

En el año 2007, último de la serie, el mayor porcentaje de respuesta lo constituye el uso de la analgesia epidural. La tendencia es ya claramente positiva hacia la utilización de esta técnica, suponiendo un porcentaje de más del 60%, frente al 16% que la rechaza expresamente.

En este caso, la variable con mayor poder discriminante es la situación laboral. Ésta no cambia la moda, aunque matiza las respuestas, siendo mayor el porcentaje de mujeres que decide utilizar analgesia epidural entre las que trabajan que entre las amas de casa o jubiladas. Así, el nodo 2 es el que presenta mayor índice de ganancia con respecto a la muestra total en la categoría de respuesta “no, porque no lo consideré oportuno”, un 36,3% mayor que en el total andaluz. También es significativo, aunque con un muy bajo porcentaje, el aumento de rechazos entre las mujeres desempleadas, que aumenta un 1,7%. El nodo 1, formado por las trabajadoras fuera del hogar, disminuye su rechazo en más del 24% con respecto a la muestra total.

En resumen, las mujeres atendidas para un parto en el año 2007 ya eligen mayoritariamente el uso de analgesia epidural. No obstante, trabajar o ser ama de casa influye significativamente en dicha elección, siendo entre las amas de casa el porcentaje de rechazos significativamente supe-

rior que en el resto de mujeres y, especialmente, en comparación con las trabajadoras fuera del hogar.

Toda la muestra (2000-2007)

Se ha comprobado que, a medida que han pasado los años, la utilización de analgesia epidural durante el parto se ha generalizado entre las parturientas andaluzas, pasando del 26% que la utilizaba en el año 2000 al 60% de 2007. Uno de los motivos de esta extensión de uso se ha debido, sin duda, a la universalización de la oferta en los hospitales andaluzes. No obstante, aunque en claro descenso, aún hay un grupo de mujeres que rechaza de forma expresa la utilización de esta técnica paliativa del dolor.

En los 3 momentos analizados se observa que el mayor rechazo se produce entre mujeres con bajos ingresos, nivel educativo inferior y amas de casa. El tiempo, por tanto, no parece haber modificado el perfil de la mujer que se niega a utilizar la epidural, no encontrando en nuestro estudio a esa mujer de la nueva cultura del “parto natural”, normalmente de clase socioeducativa superior y que fundamenta su negación en aspectos biomédicos muy elaborados. En los 3 dendogramas anteriores hemos encontrado un perfil semejante entre las mujeres que rechazan esta técnica, al que podríamos denominar “mujeres populares”^{20,21} o “mu-

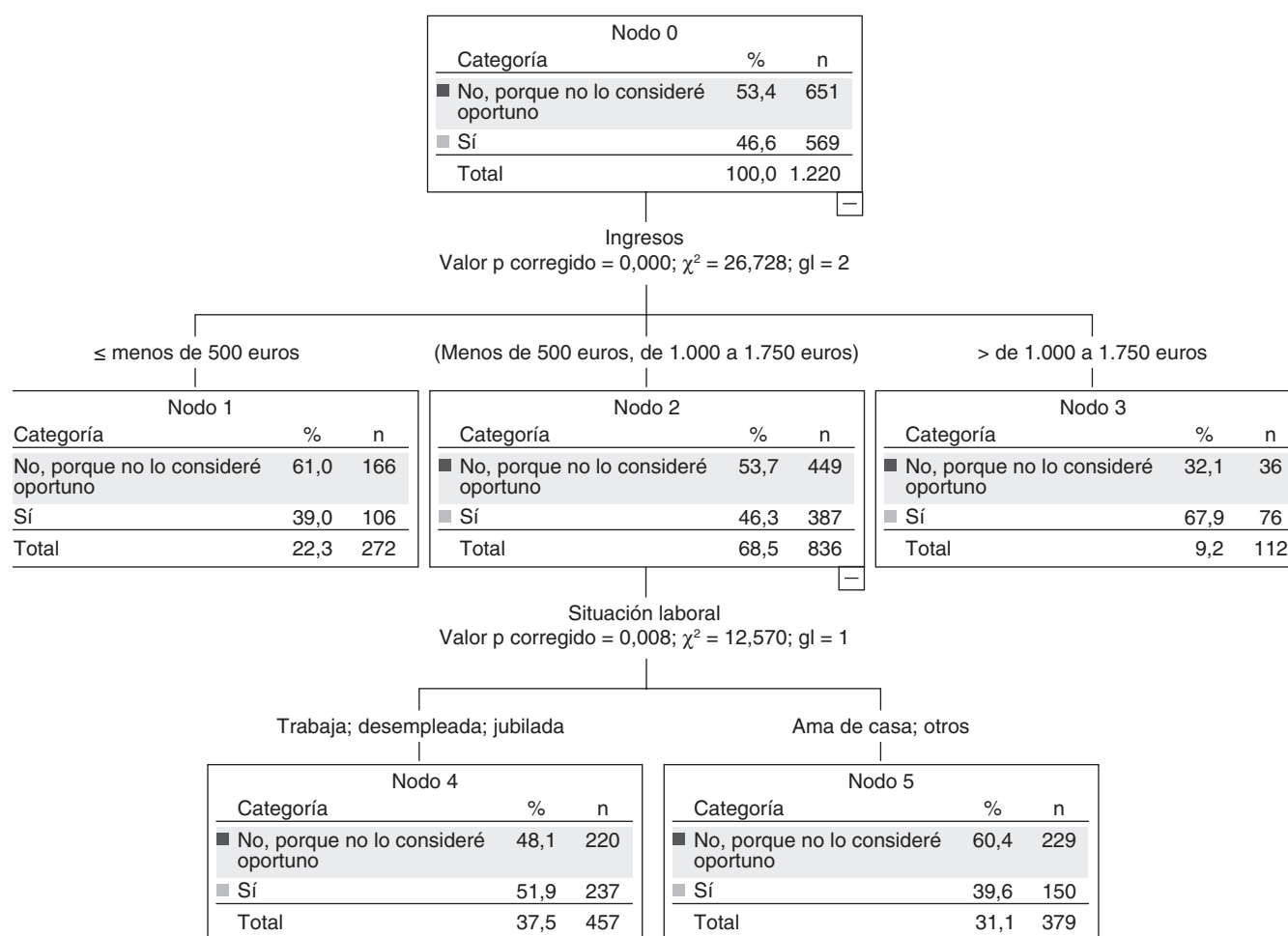


Figura 3 Segmentación jerárquica. Datos del año 2002. Variable dependiente: utilización de analgesia epidural durante el parto. Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

“jeres tradicionales”, que se caracterizan por bajos ingresos, nivel educativo bajo y amas de casa, por lo que queda justificado realizar un análisis conjunto de toda la población (2000-2007) (fig. 5).

Los resultados presentados en el dendograma de la figura 5 confirman los datos analizados hasta el momento. Las variables que han mostrado poder discriminante en la explicación de la utilización o rechazo de la analgesia epidural han sido el nivel de ingresos, la situación laboral, la edad, el estado civil y el nivel educativo.

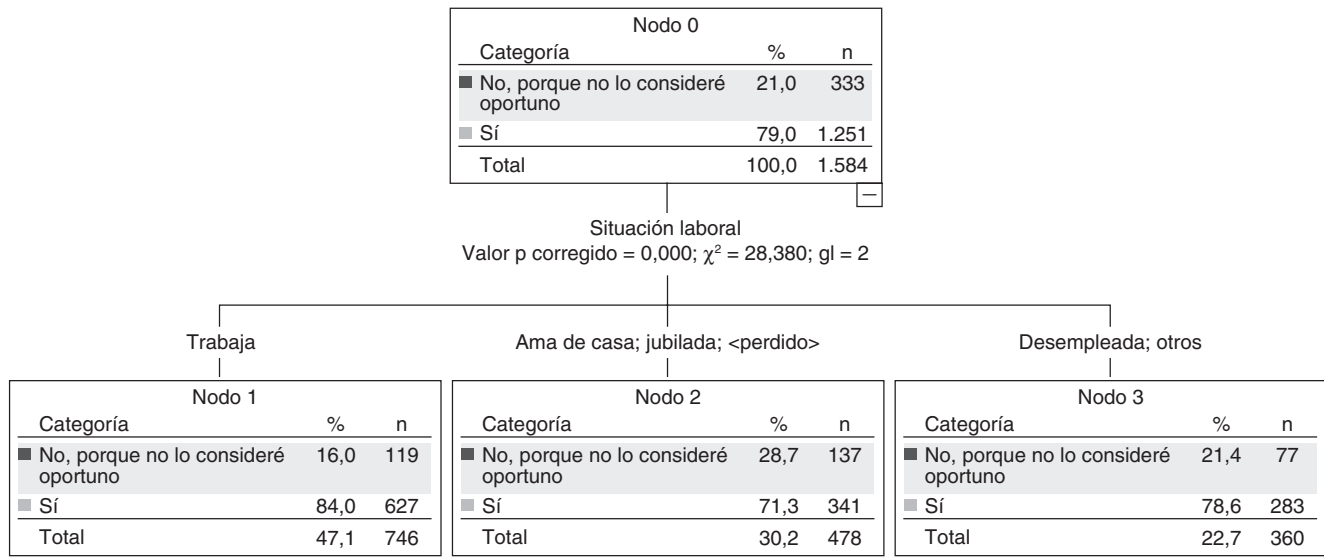
Destacar en la primera división, la resultante a partir de la variable ingresos, que entre las mujeres en cuyo hogar los ingresos no alcanzan los 500 euros, la moda cambia hacia la no utilización de analgesia epidural, aumentando su porcentaje un 39% con respecto a la muestra total. En la posición contraria encontramos a las entrevistadas con ingresos superiores en su hogar (más de 1.750 euros), con un porcentaje de rechazo un 36,9% menor que en el total.

A partir de esta variable, las divisiones son distintas, por lo que se analizarán los nodos que suponen mayores ganancias para la categoría de respuesta “no, porque no lo

consideré oportuno” que se muestra en la tabla anexa a la figura 5.

El grupo con mayor ganancia respecto al total en la categoría de rechazo de la epidural (un 70% más que la muestra total) es el nodo 7, compuesto por las mujeres con escasos ingresos económicos (menos de 500 euros) y de mayor edad (más de 35 años). En segundo lugar en cuanto a ganancia en porcentaje de rechazo de analgesia, se encuentran las mujeres con escasos ingresos, de 26 a 35 años y con estudios inferiores a primarios, que obtienen un porcentaje 55 puntos mayor (nodo 15), si bien las mujeres que tienen mayores estudios en este mismo grupo (nodo 16) también están 9 puntos porcentuales por encima del total en esta categoría de rechazo.

El estado civil sólo influye en las mujeres con ingresos entre 500 y 1.000 euros, también bajos, pero algo mayores que los anteriores. En éstas, las solteras o que conviven en pareja se muestran más a favor de la epidural que las casadas, y entre éstas rechazan la técnica principalmente las de menor nivel de estudios (dicen no a la analgesia epidural un 30% más que a nivel general), como puede verse en el nodo 17, y las que tienen hasta secundaria (nodo 18) con un 15% de ganancia.



Ganancias para los nodos. Variable sobre la que se calcula la ganancia: no

Nodo	Nodo		Ganancia		Respuesta	Índice
	N	Porcentaje	N	Porcentaje		
3	478	30,2	137	14,1	28,7%	136,3%
2	360	22,7	77	23,1	21,4%	101,7%
1	746	47,1	119	35,7	16,0%	75,9%

Método de crecimiento: CHAID exhaustivo.

Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

Figura 4 Segmentación jerárquica. Datos del año 2002. Variable dependiente: utilización de analgesia epidural durante el parto. Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

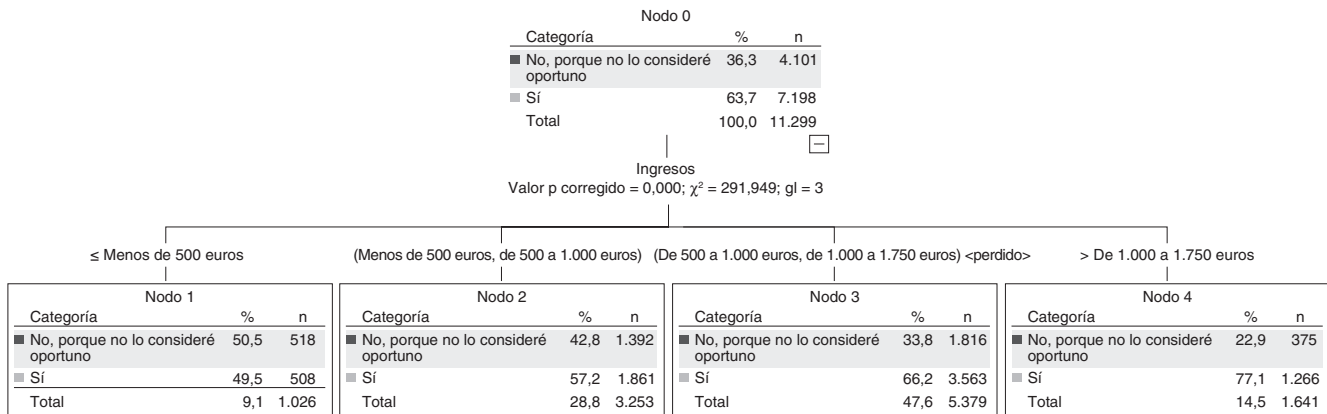


Figura 5 A) Segmentación jerárquica. Datos de los años 2000-2007. Variable dependiente: utilización de analgesia epidural durante el parto. Se presentan los nodos principales (primera segmentación: variable criterio nivel de ingresos).

Entre las mujeres con ingresos medios (entre 1.000 y 1.750 euros), la variable que presenta mayor poder discriminante es la situación laboral, siendo las amas de casa las que se muestran menos predispuestas al uso de analgesia epidural durante el parto. Entre éstas, además, el nivel de estudios resulta importante para analizar el rechazo a esta técnica. Así, las que tienen menor nivel de estudios mani-

fiestan un 18% más rechazo con respecto a la muestra total.

El grupo de parturientas que más ha utilizado analgesia epidural durante el parto es el compuesto por mujeres en cuyo hogar los ingresos son altos (más de 1.750 euros) y cuya situación laboral es distinta a la dedicación a las labores domésticas (nodo 13).

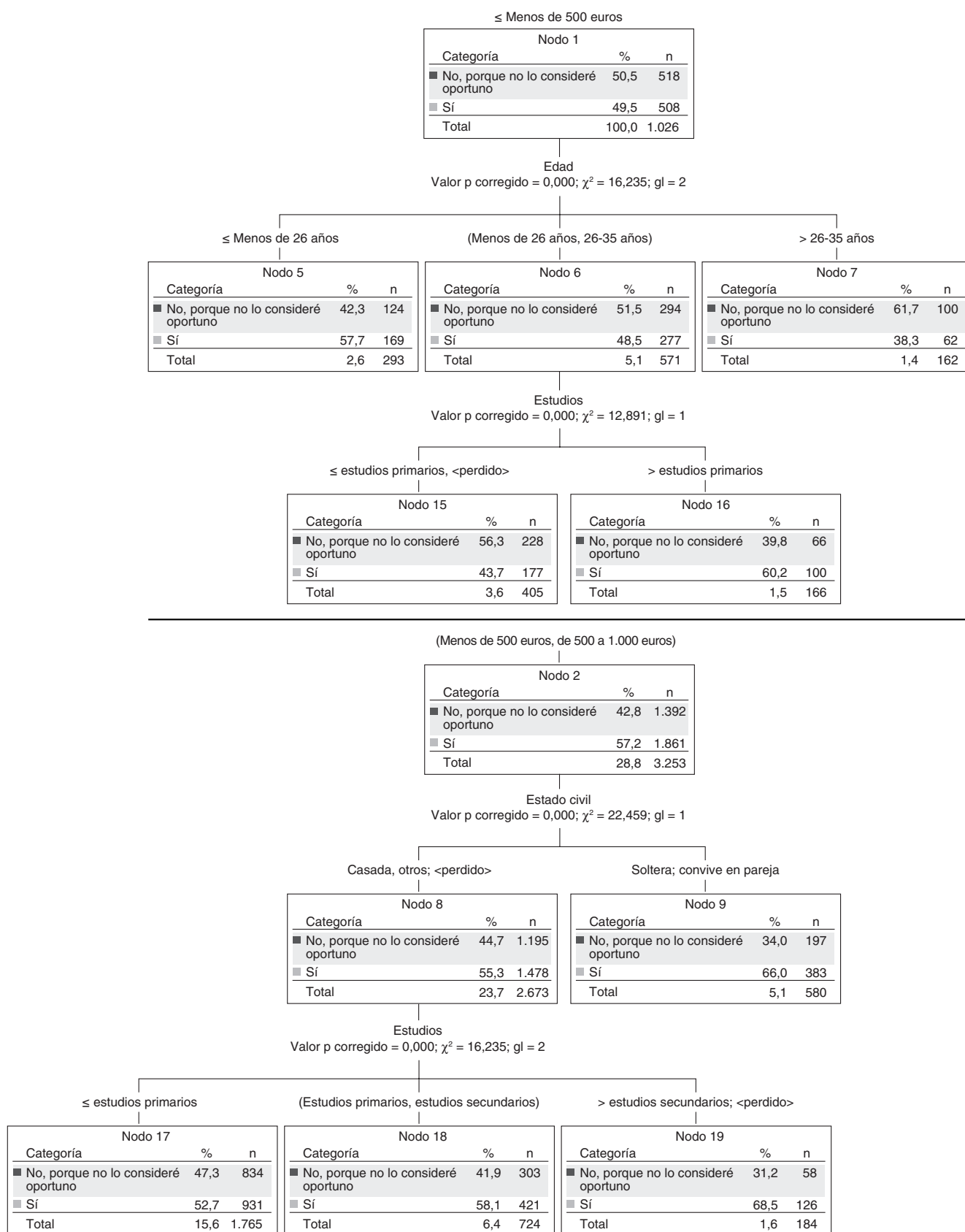
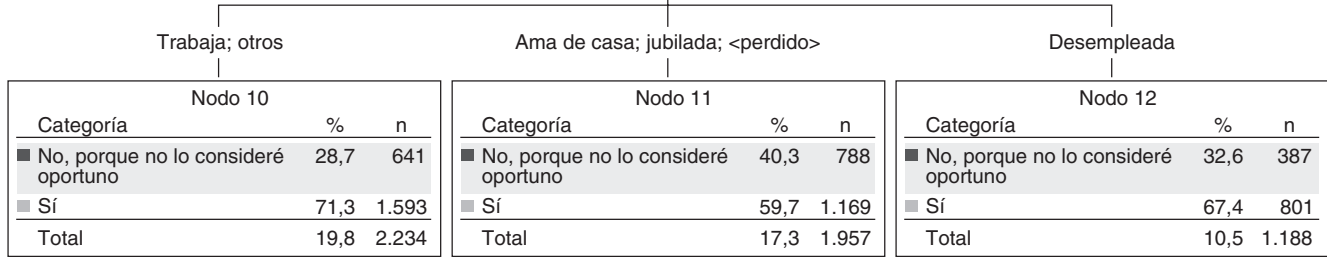


Figura 5 B) Segmentación jerárquica. Datos de los años 2000-2007. Variable dependiente: utilización de analgesia epidural durante el parto. Se presentan los nodos 1 y 2 (variables criterio en nodo 1: edad y estudios; variables criterio en nodo 2: estado civil y estudios).

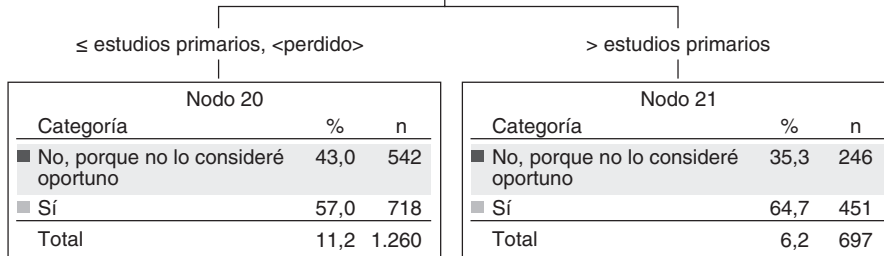
(De 500 a 1.000 euros, de 1.000 a 1.750 euros) <perdido>

Nodo 3		
Categoría	%	n
■ No, porque no lo consideré oportuno	33,8	1.816
■ Sí	66,2	3.563
Total	47,6	5.379

Situación laboral
Valor p corregido = 0,000; $\chi^2 = 64,432$; gl = 2



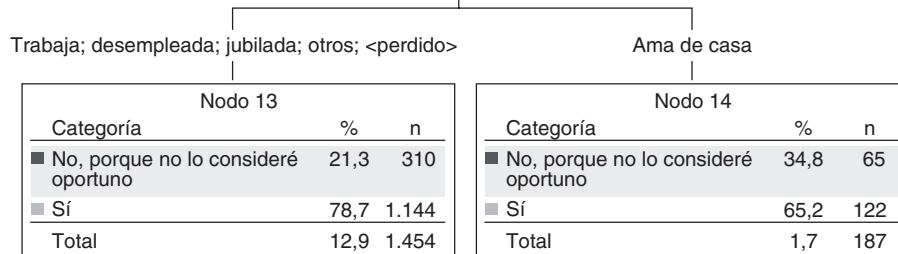
Estudios
Valor p corregido = 0,000; $\chi^2 = 11,125$; gl = 1



> De 1.000 a 1.750 euros

Nodo 4		
Categoría	%	n
■ No, porque no lo consideré oportuno	22,9	375
■ Sí	77,1	1.266
Total	14,5	1.641

Situación laboral
Valor p corregido = 0,001; $\chi^2 = 16,974$; gl = 1



Ganancias para los nodos

Nodo	Nodo		Ganancia		Respuesta	Índice
	N	Porcentaje	N	Porcentaje		
7	162	1,4	100	2,4	61,7%	170,1%
15	405	3,6	228	5,6	56,3%	155,1%
17	1.765	15,6	834	20,3	47,3%	130,2%
20	1.260	11,2	542	13,2	43,0%	118,5%
5	293	2,6	124	3,0	42,3%	116,6%
18	724	6,4	303	7,4	41,9%	115,3%
16	166	1,5	66	1,6	39,8%	109,5%
21	697	6,2	246	6,0	35,3%	97,2%
14	187	1,7	65	1,6	34,8%	95,8%
9	580	5,1	197	4,8	34,0%	93,6%
12	1.188	10,5	387	9,4	32,6%	89,8%
19	184	1,6	58	1,4	31,5%	86,8%
10	2.234	19,8	641	15,6	28,7%	79,1%
13	1.454	12,9	310	7,6	21,3%	58,7%

Método de crecimiento: CHAID exhaustivo.
Variable dependiente: epidural otros fuera.

Figura 5 C) Segmentación jerárquica. Datos años 2000-2007. Variable dependiente: utilización de analgesia epidural durante el parto. Se presentan los nodos 3 y 4 (variables criterio en nodo 3: situación laboral y estudios; variable criterio en nodo 4: situación laboral). Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

Por último, indicar que las variables situación laboral y nivel de estudios que han mostrado ser altamente significativas en el estudio de forma independiente, de forma conjunta producen una mayor diferencia en la utilización o no de la analgesia epidural (tabla 4).

Discusión

Se puede afirmar, a la vista de la última tabla presentada en el apartado anterior (tabla 4), que si bien el nivel de estudios supone que a mayor nivel alcanzado, superior utilización de analgesia epidural, ser ama de casa influye de forma positiva en el rechazo a la utilización de analgesia epidural, sea cual sea el nivel de estudios de la madre.

Es de destacar que el perfil de la mujer que rechaza la analgesia epidural en Andalucía no es igual que el de la mujer que decide utilizarla, hecho de gran trascendencia, por cuanto las características sociales y culturales de las

mujeres influyen en su decisión de soportar el dolor de parto o no soportarlo. De todas las características, las que han mostrado mayor poder discriminante son el nivel de ingresos, la ocupación, el nivel educativo y la edad. En cuanto a la primera de ellas, tiene una relación directamente proporcional a la utilización de la analgesia epidural, a mayores ingresos mayor porcentaje de usuarias atendidas con esta técnica. En cuanto al nivel de estudios, se confirma que a menor nivel educativo, mayor rechazo de la analgesia epidural y viceversa. Asimismo, respecto a la ocupación, las amas de casa son la que más rechazan esta técnica paliativa del dolor en el parto, claramente diferenciadas con las que están trabajando y, en menor medida, con las desempleadas o estudiantes. Por último, el estado civil y la edad también son características individuales que matizan el hecho de utilizar o no este tipo de analgesia. En este sentido, por ejemplo, las mujeres casadas o que lo han estado, así como las de mayor edad, se muestran más reacias a su utilización.

Tabla 4 Opción de respuesta “No, porque no lo consideré oportuno” según nivel de estudios y situación laboral

Situación laboral	Estudios			
	Sin estudios (%)	Estudios primarios (%)	Estudios secundarios (%)	Estudios universitarios (%)
Trabaja	44,6	35,4	27,7	33,9
Desempleada	52,9	40,9	33,7	28,6
Ama de casa	56,3	45,5	38,0	31,2
Jubilada	50,0	57,9	50,0	0,0

Fuente: Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Elaboración propia.

El 60% de las mujeres andaluzas utiliza actualmente analgesia epidural durante el parto. Este alto porcentaje responde, en gran medida, a una mayor oferta de esta técnica en los hospitales de los SSPA en los últimos años. La posibilidad de elección de las técnicas de disminución del dolor durante el parto se ha universalizado en los hospitales del SSPA, en una política de servicio al ciudadano que pretende llegar a todos los sectores sociales sin discriminación alguna. No obstante, se produce un sesgo en su utilización que, si bien no viene de la política sanitaria, es intrínseco a la sociedad en la que se ofrece y accede a esta prestación, una discriminación que siendo a priori “autoimpuesta” o elegida, responde a estereotipos socioculturales, en los que las mujeres de menor nivel educativo, menor nivel de ingresos y trabajadoras en su propio hogar, deciden rechazar la prestación a la que tienen derecho.

Ya se habían descrito diferencias en las características de las mujeres que solicitan analgesia epidural¹⁴, que destacan la influencia significativa de determinadas variables, obstétricas y sociodemográficas, con relación al uso de esta técnica. Se impone en el trabajo de Fernández-Guisasola et al una explicación biologicista, obviando las características sociales que pueden subyacer a estas relaciones y que son las que se destacan en este trabajo.

Según los resultados expuestos, las características que resultan significativas en la utilización o no de este tipo de analgesia parecen responder a un perfil de mujer, donde las creencias, los valores y las actitudes acerca de sus roles, constituyen una imagen de género socialmente construida. Dicha imagen corresponde con el esquema tradicional expuesto por Martín Criado²⁰⁻²² de la “buena madre”, como la mujer que “evaluada por sus próximos sociales” consideraría que el cuidado propio es “ilegítimo”. Esta mujer, a la que por similitud a la utilizada por el citado autor llamaremos “la buena sufridora”, se caracteriza por su capacidad de entrega y sacrificio, por mirar el bien ajeno más que el propio, es decir, la esfera colectiva por encima de la esfera individual²³, y por dar valor a las actitudes que manifiesten este buen hacer. Así, en la esfera doméstica, a pesar de los grandes cambios experimentados en las últimas décadas, todavía hay un discurso socialmente aceptado del “deber ser”²⁴. Las labores domésticas son entendidas como un estilo de vida “moralmente” aceptado en un sistema femenino tradicional que se basa en la legitimación interna o doméstica por encima de la externa (extradoméstica)²⁵. En las sociedades mediterráneas la incorporación de la mujer al trabajo no ha supuesto, en todos los casos, un abandono de este rol tradicional²⁶, que se pone de manifiesto en este trabajo. En palabras de mujeres preguntadas en un foro de internet creado al efecto “¿por qué no a la epidural?” existe la necesidad de sentir dolor. Esta necesidad se expresa a través de distintos sentimientos, desde la necesidad de estar con plenas capacidades para dirigir la acción en el parto, en un intento por no perder el control en el proceso; la necesidad de realizar las cosas “como siempre”, como se ha hecho desde antiguo, reivindicando la tradición y la sabiduría del cuerpo humano. Las motivaciones para no utilizar epidural pueden operar además, como planteaba Aguinaga, a nivel preconsciente, como motivaciones no expresadas, pero que pueden llegar a tomar conciencia cuando se pregunta con técnicas discursivas abiertas²⁷. Así, en respuesta

a la pregunta del foro, algunos de los argumentos más defendidos en este sentido fueron los siguientes: “... nuestras abuelas no se ponían la epidural y aquí estamos todas/os...”; “... aún no lo tengo muy claro, la verdad, por una parte pienso que no quiero sufrir, y por otra parte, que siempre se ha parido sin epidural y no ha pasado nada, cuando la mayoría repetía no sería tan malo ¿no?...”.

Actualmente, se dispone de un método para paliar el dolor durante el trabajo de parto que se ha mostrado muy eficaz y con escasas complicaciones, tanto para la madre como para el bebé. Además, se ha documentado una alta satisfacción en la mayoría de las mujeres que utilizan analgesia epidural en este proceso^{12,28}. La utilización o no de analgesia epidural durante el trabajo de parto es una elección a la que la mujer tiene derecho en Andalucía y, por ende, a la que si así lo desea puede negarse. No obstante, no deja de ser preocupante que esta elección se revista de valores de clase. Ya en su momento, Le Bretón consideró que la clase social intervenía en la relación con el dolor. En la cultura de la prevención, indica el autor, las clases medias y altas vigilan su cuerpo como nunca y rechazan el dolor como a un enemigo, mientras que las clases más bajas y los marginales mantienen una actitud más sumisa, más estoica y resignada ante el dolor y el sufrimiento. En este sentido, el dolor se utiliza por algunos individuos como una estrategia, a veces inconsciente, de obtener atención y reconocimiento de los demás a través de la compasión o la culpabilidad. Esta tesis podría explicar la posición de estas mujeres, que además justifican con un discurso distinto su sacrificio, por cuanto si obtienen un beneficio (sea éste la compasión, el reconocimiento, etc.), pierde legitimidad su posicionamiento. En este sentido, el dolor asociado al parto ha sido central en la cultura occidental, como elemento de “iniciación” y de autoafirmación de la situación vivida²⁹, en lo que puede ser un “rito de paso” para la mujer tradicional.

No obstante, en una sociedad como la actual en la que, en general, la evitación del dolor es un valor frente al sufrimiento gratuito o evitable, no deja de ser paradójico y, por ende, digno de explicación que un determinado grupo de mujeres decida mantener un padecimiento evitable^{30,31}, lo cual podría ser un indicador más del arraigo de determinadas conductas y valores de género propios de sociedades desiguales patriarcalmente concebidas.

No obstante, parece relevante señalar que en los últimos años las noticias médicas acerca de los perjuicios de la analgesia epidural están reforzando una nueva y diferente postura negativa frente a esta técnica analgésica, abandonada principalmente por mujeres con un nivel educativo y sociocultural altos. Los condicionantes cognitivos de estas negativas están completamente alejados de las tesis de la “buena sufridora” que sostiene el análisis empírico de este artículo. Sin embargo, es un elemento que merece la pena destacar, a pesar de que en nuestro estudio no se ha observado, por cuanto se trata de un hecho novedoso que con toda probabilidad aparecerá en los próximos años.

Financiación

Este trabajo se enmarca dentro de un convenio de colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud, la Consejería de

Salud de la Junta de Andalucía (España) y el Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Agradecimientos

Queremos agradecer al Servicio Andaluz de Salud/Consejería de Salud-Junta de Andalucía su motivación y colaboración para desarrollar el proyecto de investigación que está en la base de éste y otros muchos trabajos de este grupo de investigación. Nos gustaría hacer extensivo este agradecimiento especialmente a Julia Ranchal, Dolores Sesma y otros colegas de la Unidad Técnica de Estudios Aplicados del IESA, sin los que no hubiera sido posible esta obra, no sólo por trabajar con rigor en la producción de los datos que son la base empírica de este trabajo sino también por sus sugerencias y apoyo, y por crear el mejor de los climas de trabajo posibles. Por último, agradecer su apoyo a todas las mujeres que tanto en la encuesta como en el foro de internet han aportado de forma completamente desinteresada la información necesaria para la realización de este estudio. Sin ellas, este trabajo habría sido imposible.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12: 373-84.
2. Moscoso J. Dolor privado, sensibilidad pública. En: Barona JL, Moscoso J, Pimentel J, editores. *Para una historia de la objetividad. La ilustración de las ciencias*. Valencia: Biblioteca Valenciana; 2002. p. 137-51.
3. Franco A. El dolor en la historia. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999;6: 261-2.
4. Díaz-Artiga M. La enfermedad adaptada a la cultura. 2007. Disponible en: http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/mayari_diaz.htm
5. Leriche R. *Cirugía del dolor*. París: Masson & Cie; 1937.
6. Bayes R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Anuario de Psicología. 1998;29:5-17.
7. Jiménez A. Parto humano: ¿por qué paren con dolor las mujeres? 2007. Disponible en: <http://www.portalmundos.com/mundobiologia/antropologia/partohumano.htm>
8. Molina FJ. Tratamiento del dolor en el parto. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999;6:292-301.
9. Fernández MA, Ros J, Villalonga A. Fallos en la analgesia epidural obstétrica y sus causas. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2000;47: 256-65.
10. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Ed. Seix Barral; 1999.
11. García-Orellán. En prensa digital; 2005. Disponible en: <http://deia.com/es/impresa/2005/02/22/gipuzkoa>
12. Torres A. Más sobre la anestesia epidural obstétrica. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999;6:403-5.
13. De la Torre MR, Pérez-Iraola MP. Analgesia epidural del parto: ropivacaína vs bupivacina. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:441-6.
14. Fernández-Guisasola J, Rodríguez G, Serrano ML Delgado T, García S, Gómez-Arnau JI. Analgesia epidural obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2004;51:121-7.
15. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editores. *Obstetricia*. Madrid: Ed. Marban; 2000.
16. *Protocolos de asistencia en obstetricia*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO; 2003.
17. *Guía Clínica Analgesia del Parto*. Ministerio de Salud. Santiago: MinSal; 2007.
18. *II Plan Andaluz de Salud 1999-2003*. Junta de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 1999.
19. World Health Organization. *District health system in action. 10 years after Alma-Ata experiences and future directions*. Neubrandenburg: WHO; 1988.
20. Martín-Criado E. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:519-28.
21. Martín-Criado E. La dieta desesperada. Algunas consideraciones sociales que obstaculizan el control del peso entre madres de clases populares. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2007;6:578-99.
22. Martín-Criado E. El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Rev Esp Sociol*. 2004;4:93-118.
23. Tobío C. Conciliación o contradicción: como hacen las madres trabajadoras. *Rev Esp Sociol*. 2002;97:155-86.
24. Aguayo J, Pasadas S, Ramírez A, Rello C, Martínez MT, Bonal P. *La lactancia materna en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005.
25. Caillavet F. Trabajo u honor. El trabajo femenino en la economía contemporánea. *Rev Esp Sociol*. 1987;40: 113-33.
26. Moreno A. Empleo de la mujer y familia en los regímenes de bienestar del sur de Europa en perspectiva comparada. *Permanencia del modelo de varón sustentador*. *Rev Esp Sociol*. 2005;112:131-63.
27. Aguinaga J. Hipótesis causales sobre fecundidad: el papel preponderante de la unidad familiar. *Rev Esp Invest Sociol*. 1983; 21:83-101.
28. Campuzano C. Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;2:117-24.
29. Morris D. *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Andrés Bello; 1991.
30. Illich I. *Némesis medicale*. París: Le Sevil; 1975.
31. Levinas E. El sufrimiento inútil. En: Levinas E, editor. *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*. Valencia: Pre-textos; 1993. Foro de internet. Disponible en: http://www.enfemenino.com/forum/show1_matern1_1/familia/maternidad-embarazo.html