

ARTÍCULOS ORIGINALES

Gradiente dosis respuesta de las intervenciones de enfermería para el control del temor en gestantes**Dose-response gradient nursing interventions for the control of fear in pregnant women****Elvinia Pinilla Gómez^I; Flor De María Cáceres Manrique^{II}; Luis Carlos Orozco Vargas^{III}**

^I Enfermera. Especialista en Enfermería Perinatal. Especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Pedagogía. Directora Grupo de Investigación en Enfermería GRINFER. Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

^{II} Enfermera. Magíster en Epidemiología. Especialista en Epidemiología y Docencia Universitaria. Docente Asistente. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

^{III} Médico. Magíster en Epidemiología. Profesor Asociado. Escuela de Enfermería, Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el gradiente dosis- respuesta de las intervenciones de enfermería para el control del temor en gestantes. **Método:** Ensayo clínico controlado. Se realizó valoración inicial y medición de la etiqueta "control del temor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería a mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal; se conformaron tres grupos de los cuales dos grupos experimentales recibieron a nivel domiciliario las intervenciones recomendadas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y el grupo control recibió los cuidados habituales de la institución. Se hizo una evaluación final para posterior análisis comparativo por covarianza. **Resultados:** el promedio del aumento para el grupo 1 con dos sesiones fue de 0.52 y para el grupo 2 con tres sesiones fue de 0.85 en la etiqueta control del temor. **Conclusión:** Las intervenciones de enfermería son eficaces para el control del temor en gestantes y a mayor número de sesiones de intervención son mejores los resultados.

Palabras clave: Temor, Gestante, Ensayo Clínico Controlado, Proceso de Enfermería.

ABSTRACT

Objective: to determine the dose-response gradient nursing interventions for the control of fear in pregnant women. **Methods:** Controlled clinical trial. Initial assessment was performed and measures the label "fear control" of the Nursing Outcomes Classification pregnant women attending antenatal three groups were formed including two experimental groups received household level interventions recommended by the Classification Nursing Interventions and the control group received usual care from the institution. A final evaluation further comparative analysis of covariance. **Results:** The average increase in group 1 with two sessions was 0.52 and for the group 2 with three sessions was 0.85 on the label control of fear. **Conclusion:** The nursing intervention sessions are better the results.

Keywords: Fear, Pregnant women, Clinically-controlled tests, Nursing Process.

Introducción

La gestación es una etapa en la cual se mezclan una serie de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos; que constituye en algunas mujeres una experiencia desconcertante por la gran cantidad de sentimientos y emociones que empiezan a experimentar. El hecho de enfrentar dichos cambios puede llegar a generar diversos niveles de estrés, temor y ansiedad debido a la necesidad inminente de adaptación a los mismos.

El temor manifestado puede deberse a factores específicos, de tipo personal, como cambios en la imagen corporal y el grado de seguridad emocional, embarazo inesperado; así como aquellos de tipo social entre los cuales están, el apoyo de las personas que le son importantes, las expectativas culturales y el nivel socioeconómico al que pertenezca la mujer.¹

Una mujer que no logre adaptarse a los cambios en forma favorable, tendrá un riesgo alto de experimentar temor que a su vez, interferirán con el normal desarrollo de su gestación y parto.² Teniendo en cuenta lo anterior, es relevante preparar a la mujer para que viva su gestación como una experiencia fisiológicamente normal y psicológicamente agradable, que le permita disfrutarla, al tiempo que comprenda la razón de sus cambios.¹

Diferentes autores han investigado sobre las posibles causas de temor durante el embarazo, cuyos agentes varían de acuerdo a la etapa del mismo. Entre las principales causas están: el temor a perder el hijo, las preocupaciones por la salud del mismo, el dolor que van a experimentar durante el parto,³ y a no poder cumplir con el rol de mamá, entre otras.

Dado el impacto que generan estos cambios en una mujer embarazada, se han generado diferentes técnicas que favorecen la disminución o el control del temor, entre las cuales se destacan las de Dick Read, quien propone la eliminación de la ansiedad sustituyéndola por la relajación;⁴ también, el médico ruso Pavlov propuso el descondicionamiento hacia el dolor, al reemplazarlo por ideas positivas, técnicas de respiración y de relajación⁵ y el francés Lamaze trabajó la técnica sobre la formación de reflejos condicionados contracción - relajación para disminuir el dolor. Mediante la aplicación de estas técnicas se ha podido abordar uno de los temores

más significativos de las mujeres gestantes: Temor al parto, y a su vez comprobar que la sensación dolorosa durante el parto es menor en aquellas mujeres que han recibido durante la gestación una preparación psicoprofiláctica.⁶

Existen varios estudios que han demostrado que las intervenciones de enfermería son útiles para el control del temor. En el hospital Sao Joaquin de la ciudad de Sao Paulo (Brasil), se encontró que entre los diagnósticos de enfermería más que mas prevalecen en una mujer gestante de alto riesgo está el diagnóstico temor con un porcentaje de 52% teniendo como muestra un total de 71 gestantes.⁷ En la Universidad de Helsinki, Finlandia se realizó un ensayo clínico controlado de intervención en el temor del parto, en dicho estudio se encontró que entre el 6 y el 10% de las mujeres presentaron temor al trabajo de parto, el cual era expresado como pesadillas, quejas físicas y dificultad para concentrarse en las actividades del trabajo o familia. A diferencia del grupo control, el grupo experimental recibió terapia intensiva con el obstetra y con la partera, dando como resultado que los temores relacionados con el embarazo disminuyeron y dichas mujeres hicieron trabajos de parto más cortos.⁸

La Enfermería cuenta con una herramienta muy valiosa para brindar cuidado con calidad, que es el proceso de enfermería, el cual sigue una secuencia de etapas lógicas interrelacionadas y denominadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.⁹ Para la unificación de los diagnósticos se creó la Definición y Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA, que define el temor como: "la respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro".¹⁰

Para la ejecución de actividades dirigidas al cuidado de la persona y teniendo en cuenta el diagnóstico de enfermería se cuenta con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Allí se encuentran intervenciones y actividades de enfermería específicas para el diagnóstico temor, entre las que se destacan: disminución de la ansiedad y preparación para el parto que incluyen actividades como: educación, asesorías, y técnicas de relajación, entre otras. Estas actividades permiten involucrar a la mujer en el proceso de gestación, reconociendo, comprendiendo y afrontando los diferentes aspectos y cambios inherentes a su estado.¹¹

Para la evaluación de las intervenciones de enfermería se cuenta con la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), donde se encuentra la etiqueta "control del temor" definida como las acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable.¹²

La Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (Colombia) ha realizado cuatro estudios sobre este diagnóstico: prevalencia de diagnósticos de enfermería en el adulto hospitalizado,¹³ Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico temor,¹⁴ Eficacia de las intervenciones de enfermería: Enseñanza Prequirúrgica y Disminución de la ansiedad en el control del temor en pacientes programados para cirugía,¹⁵ Eficacia de las intervenciones de enfermería en el control del temor de pacientes prequirúrgicos,¹⁶ Eficacia de las intervenciones de enfermería para el control del temor en personas que iniciaron tratamiento para el cáncer.¹⁷ No se encontró evidencia científica acerca de ECC para el control del temor en gestantes.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la institución privada de salud donde se realizó y su desarrollo se ajustó a los lineamientos de la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Salud,¹⁸ por el cual se establecen las normas científicas y técnicas para la investigación en salud. Además,

las personas participantes en el estudio dieron su consentimiento informado por escrito.

El objetivo de esta investigación fue determinar el gradiente dosis- respuesta de las intervenciones de enfermería para el control del temor en gestantes. La hipótesis propuesta fue que las mujeres que recibieran intervención tendrían un aumento en el promedio del puntaje de la etiqueta control del temor de la CRE de 0,5 puntos más, que aquellas mujeres que no recibieran intervención; lo anterior se fundamenta con el propósito de aumentar la evidencia y afianzar las bases científicas que sustentan el aporte que enfermería como profesión hace al cuidado de la salud de las gestantes.

Métodos

Se realizó un ensayo clínico controlado. La población objeto fueron gestantes atendidas en una Institución Privada de Salud (IPS), de la ciudad de Bucaramanga. El tamaño de la muestra se calculó en Stata versión 9.2,19 para un total de 134 gestantes, las cuales se asignaron a la intervención por medio de la aleatorización por bloques, y se conformaron dos grupos experimentales y un grupo control así: 20 al grupo 1, 25 al grupo 2 y 89 al grupo control. Se analizaron teniendo en cuenta un delta (diferencia de CRE entre intervenidas y no intervenidas) de 0.5, un alfa de 0.05 y un poder del 95%, se adicionó un 10% más de muestra para reposición por pérdidas durante el seguimiento. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta las gestantes con diagnóstico de temor con al menos dos características definitorias, una de ellas: "identifica el objeto del miedo", y que la etiqueta resultado control del temor tuviera un puntaje promedio en la calificación del CRE inicial menor o igual a 3.5. Los criterios de exclusión fueron: gestantes con alteraciones mentales o incapacidad de responder la encuesta.

Recolección de los datos

Inicialmente se aplicó un formato de valoración focalizada que contenía información básica, ginecoobstétrica, y características definitorias para la identificación del diagnóstico temor. Se midió CRE inicial al identificar a la gestante con diagnóstico de temor, para evaluar si cumplía con los criterios de inclusión y como punto de partida para la aleatorización.

Intervenciones

En los grupos experimentales o intervenidos, al 50% de las gestantes (20) las intervenciones se realizaron en dos sesiones y al otro 50% de las gestantes (20) en tres sesiones, las cuales fueron aplicadas en su domicilio, de manera individualizada, con una duración de una hora por sesión y con un intervalo de una semana entre una y otra.

Las intervenciones aplicadas fueron: Preparación para el parto (6760) con 19 actividades, y Disminución de la ansiedad (5820) con 24 actividades.¹¹ A las gestantes del grupo control se les realizaron las actividades rutinarias de la Institución Privada de Salud, como la consulta prenatal con el médico y la enfermera.

La variable de salida fue el puntaje promedio de la calificación del CRE final de cada gestante en la etiqueta resultado "control del temor" (1404) con doce reactivos, medidos en una escala tipo Likert con una puntuación de 1 a 5, donde el valor 1 de la escala corresponde a constantemente manifestado (bajo control del temor) y 5 es el valor máximo, nunca manifestado (alto control del temor).¹⁴ La evaluación del

CRE final se hizo una semana después de la última intervención. A las pacientes de control se les midió CRE inicial y final en las mismas fechas que se medía el CRE para las intervenidas.

Para el análisis se elaboró una base de datos doble en EPI INFO 6.04d;²⁰ se hizo contrastación en el subprograma VALIDATE y se corrigieron los errores de digitación. Posteriormente se exportó al programa STATA 9.2, donde se hizo la comparación de datos basales mediante promedios y desviación estándar para las variables continuas y proporciones para las variables medidas en escala ordinal y nominal. La comparación de los resultados finales se realizó mediante el Análisis de Covarianza, que consiste en un modelo de regresión lineal múltiple donde la diferencia entre los 3 grupos se ajusta por los valores del CRE inicial.

La población elegible estuvo compuesta por 341 participantes que fueron valoradas por enfermeras en la IPS de atención, de éstas personas valoradas 128 no cumplieron criterios de inclusión, 79 no aceptaron participar en el estudio y 134 se asignaron aleatoriamente a cada uno de los grupos de intervención y al grupo control, utilizando el método de aleatorización por bloques. La central estaba ubicada en la Escuela de Enfermería, a la cual se llamaba telefónicamente para obtener la asignación; las enfermeras que evaluaban al comienzo y al final, no tenían conocimiento del grupo al cual pertenecían las gestantes.

De las personas participantes, 20 gestantes recibieron dos sesiones, 25 recibieron 3 y el grupo control estuvo conformado por 89 participantes. En cuanto a pérdidas en el seguimiento, en el grupo de dos intervenciones se perdió una gestante, en el grupo de tres 5 gestantes y de los controles se perdieron 6. Estas gestantes tenían características similares a las participantes que permanecieron en el estudio. Para el análisis final se contó con 19 gestantes que recibieron dos sesiones de intervención, 20 que recibieron tres sesiones y 83 de control. ([Figura 1](#))

Resultados

Descripción de la población. Las características sociodemográficas de los grupos intervenidos y el grupo control fueron similares. En la [tabla 1](#) se describe la población en condiciones basales, en donde se muestra la semejanza de los tres grupos con respecto a la edad, semanas de gestación, número de controles prenatales, número de sesiones del curso psicofísico y valoración inicial del CRE, lo cual permitió la comparación entre ellos. Con respecto a las otras características de las participantes, en promedio en los tres grupos se encontró que el 44% de las gestantes pertenecían a estratos 1 y 2 que corresponden a condiciones socioeconómicas deficientes, el 94% tenían pareja estable y 47% habían planeado el embarazo.

En la [tabla 2](#) se muestra el puntaje obtenido en la etiqueta de resultado control del temor (CRE) inicial, en el grupo intervenido con dos sesiones fue de 3.0 (DE 0.38) y en el CRE final 3.63; en el grupo intervenido con tres sesiones el CRE inicial fue de 2.9 (DE 0.38) y el CRE final fue de 3.9 (DE 0.26), mientras que el grupo control obtuvo 2.9 (DE 0.4) en el CRE inicial y 3.14 (DE 0.32) en el CRE final.

En la [tabla 3](#) como producto del análisis de covarianza se tiene que el promedio del aumento entre el grupo que recibió dos sesiones de intervención y el grupo control fue de 0,52 con un IC del 95% entre 0,39 y 0,65; el promedio de aumento en el grupo que recibió tres sesiones de intervención fue de 0,85 con un IC del 95% entre 0,72 y 0,98, comparado con el grupo control. El promedio de la diferencia entre dar tres sesiones y dar dos es de 0,32 y su intervalo de confianza está entre 0,15 y 0,49. Estos datos confirman que en este estudio se consiguió demostrar uno

de los principios básicos de causalidad considerados en la epidemiología como el efecto dosis respuesta, es decir, a mayor número de sesiones de intervención se obtiene una mejor respuesta en los puntajes del CRE final.

Discusión

El estudio confirma la hipótesis: un aumento en la calificación de la etiqueta control del temor de 0,5 y 0,8 en los grupos intervenidos en comparación con el grupo control. Se pudo observar por primera vez la existencia de un fenómeno de dosis-respuesta en la aplicación de las intervenciones.

El resultado de la presente investigación permite confirmar los hallazgos previos de estudios realizados a nivel local, en los cuales se comprobó que en los diferentes grupos de personas, los niveles del control de temor aumentan al someterlos a intervenciones de enfermería más específicas. Tal es el caso de tres investigaciones realizadas en la Escuela de Enfermería de Universidad Industrial de Santander, en los cuales se midió el control del temor en personas que iban a ser sometidas a intervención quirúrgica; las personas que recibieron las intervenciones de enfermería aumentaron su control del temor en 0.64 (IC 95% 0.45 - 0.84 $P < 0.001$) en el primer estudio; ¹⁵ 1,09 (IC 95% 0.82 - 1.36 $P < 0.001$), ¹⁶ en el segundo estudio y 0,84 (IC 95% 0.63 - 1.05 $P < 0.000$) en el tercer estudio. ¹⁷ En todos estos trabajos se utilizó como herramienta las intervenciones descritas en el CIE. De igual forma, en un estudio similar en pacientes que inician tratamiento para el cáncer, donde se encontró una diferencia de 0,75 (IC del 95% 0,40 - 1.10 $P < 0.000$) ¹⁸ en el control del temor a favor de las personas que recibieron la intervención.

Las intervenciones de enfermería: preparación para el parto y disminución de la ansiedad son eficaces para el control del temor relacionado con: proceso de la gestación, parto, problemas de salud del recién nacido y crianza; en gestantes de diferentes estratos socioeconómicos, edades, niveles educativos y número de gestaciones. Lo anterior guarda relación con el estudio del Hospital Central de la Universidad de Helsinki, Finlandia, en donde se realizó un ECC que pretendía medir qué tanto disminuía la ansiedad de aquellas mujeres embarazadas que recibían terapia intensiva de preparación para el parto, comparado con aquellas que recibían las intervenciones habituales; dio como resultado que los temores relacionados con el embarazo y parto, disminuyeron con las terapias de intervención y dichas mujeres hicieron trabajos de parto más cortos, evidenciándose un mejor manejo de la ansiedad y el miedo.¹⁰ Aunque este estudio fue realizado por personal médico y no por enfermeras, fue el único que se pudo tener como referencia bibliográfica, puesto que no encontramos investigaciones que cumplieran los requisitos de los ECC, en el caso de temor en mujeres gestantes, lo cual se constituyó en una dificultad inicial para la investigación.

A modo de conclusiones en esta investigación se demostró que las intervenciones de enfermería son eficaces para aumentar el control del temor en las mujeres gestantes. Los ECC son la única herramienta útil para medir la eficacia de las intervenciones de enfermería, pues a través de ellos se logra demostrar científicamente, el aporte que estas hacen al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Se debe continuar evaluando el fenómeno dosis-respuesta. Se comprobó que las intervenciones recomendadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería son un elemento importante que posee la profesión para unificar actividades y mejorar la calidad del cuidado, estandarizando el lenguaje propio de la ciencia de Enfermería.

Las investigaciones que se realizan utilizando el proceso de enfermería con lenguaje estandarizado, NANDA, CIE y CRE, aportan elementos que sustentan la práctica de la profesión como una ciencia autónoma que ayuda a elevar los niveles de bienestar y salud de la población, en este caso, la gestante.

Usando la metodología de ECC, que provee el mayor nivel de evidencia científica, se consolida la investigación en enfermería como herramienta útil para mejorar el estatus de la profesión, consolidar un lenguaje común y ayudar a las personas a nuestro cuidado, a mantener un nivel de salud óptimo.

Anexo 1: Nota aclaratoria.

En el momento de realizado el estudio, en Colombia no se había aceptado esta norma (Juan Manuel Lozano, El registro de ensayos clínicos y las revistas biomédica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2005:56 (2)), y era suficiente contar con la aprobación del Comité de Ética. Por tal razón, se cumplió con lo establecido en el país, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad y de la Institución Prestadora de Salud-IPS donde se realizó y su desarrollo se ajustó a los lineamientos de la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Salud, por el cual se establecen las normas científicas y técnicas para la investigación en salud. Además, se tuvieron en cuenta las normas y reglamentos éticos y científicos para llevar a cabo investigación biomédica en humanos establecido en guías internacionales, entre las que se incluyen Declaración de Helsinki, las Guías Éticas Internacionales del CIOMS. Al ser un ensayo sobre intervenciones de enfermería, Preparación para el parto y Disminución de la ansiedad son eficaces para el control del temor relacionado con: proceso de la gestación, parto, problemas de salud del recién nacido y crianza, en gestantes de diferentes estratos socioeconómicos, edades, niveles educativos y número de gestaciones, fue catalogado como un estudio de bajo riesgo en donde las gestantes se vieron beneficiadas por esas intervenciones educativas.

Referencias bibliográficas

1. Burroughs A, Leifer G. Enfermería materno infantil. 8a ed. México: McGraw-Hill, 2002. p. 66, 87.
2. Salinas H et AL. Análisis de componentes principales aplicado a variables respecto a la mujer gestante en la región de las Américas. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2006, vol. 71, n.1 [citado 2010-02-14], pp. 17-25. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000100004&script=sci_arttext.
3. Baeza C. Estrés en el embarazo afecta al bebé. Bol Med UAS 2006; 2 (14): 19.
4. Dick - Read, G. Velvosky, P, Ploticher S. Childbirth Without Fear. New York: Harper & Row, 1953.
5. Rodríguez M. Preparación psicofísica de la gestante para la maternidad. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. 1991:14, 48.
6. Lamaze F. Painless childbirth. London: Burke, 1958. Muruaga S. Análisis y prevención de la depresión post parto. Madrid: Ministerio de cultura, Instituto de la mujer, 1987. Elaine Zwelling. J Perinat Educ. 2001 Winter; 10(1): 13-20.

7. Gouveia HG, Baena MH. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Rev. Lat-Am Enfermagem 2004; 12 (2): 179 - 84.
8. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Könönen T, Halmaesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. Obstet Gynecol 2001 Nov; 98 (5 Pt 1): 820-6.
9. Sarmiento LV, Ibáñez LE. El proceso de Enfermería parte 1. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2003: 12.
10. Carpenito LJ. Handbook of nursing diagnosis.11ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2006: xxxiii.
11. McCloskey LC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Harcourt, 2005: 324, 657.
12. Johnson M, Maas M, Moorhead S, Eds. Clasificación de Resultados de Enfermería. (NOC) Segunda edición. Elsevier España: Harcourt, 2005:163.
13. Orozco LC, Blanco A, Carvajal Y, Mantilla N, Martínez S, Sánchez B, et al. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en el adulto hospitalizado. En prensa 2002.
14. Orozco LC, Cáceres FM, Méndez BJ, Chaparro FD, Caballero H, Bueno LS. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico Temor: Un ensayo clínico controlado. Salud UIS. En prensa 2005.
15. Cáceres FM, García GE, Sepúlveda MC. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería: Enseñanza prequirúrgicas y disminución de la ansiedad en el control del temor en pacientes programados para cirugía: Un ensayo clínico controlado. En prensa 2004.
16. Orozco LC, Rangel R, Rueda E, Ortíz AF. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería en el control del temor prequirúrgico. Un ensayo clínico controlado. Actual Enferm 2005; 8(1):8-13
17. Cáceres FM, Bohórquez F, Puerto H, Smith D. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer: un ensayo clínico controlado. MedUNAB 2004; 7: 161-5.
18. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430. Título II. Capítulo I: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 11. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. p. 271.
19. Stata Statistical Software: Release 9.2. College Station, TX: Stata Corporation.2006 Disponible en: <http://www.versiontracker.com/dyn/moreinfo/win/13707>.
20. CDC. Epi Info, versión 6.04d. Epidemiología en ordenadores. Atlanta, Georgia. Noviembre, 2002. Disponible en: <http://www.cica.es/epiinfo/programa.htm>.

Recibido: 17 de enero de 2010
Aprobado: 14 de marzo de 2010

Correspondencia:

Elvinia Pinilla Gómez. Carrera 32 N° 29-31, Teléfono: 57-7-6345745, Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. E Mail: elvinia2000@yahoo.com, elvinia@uis.edu.co .

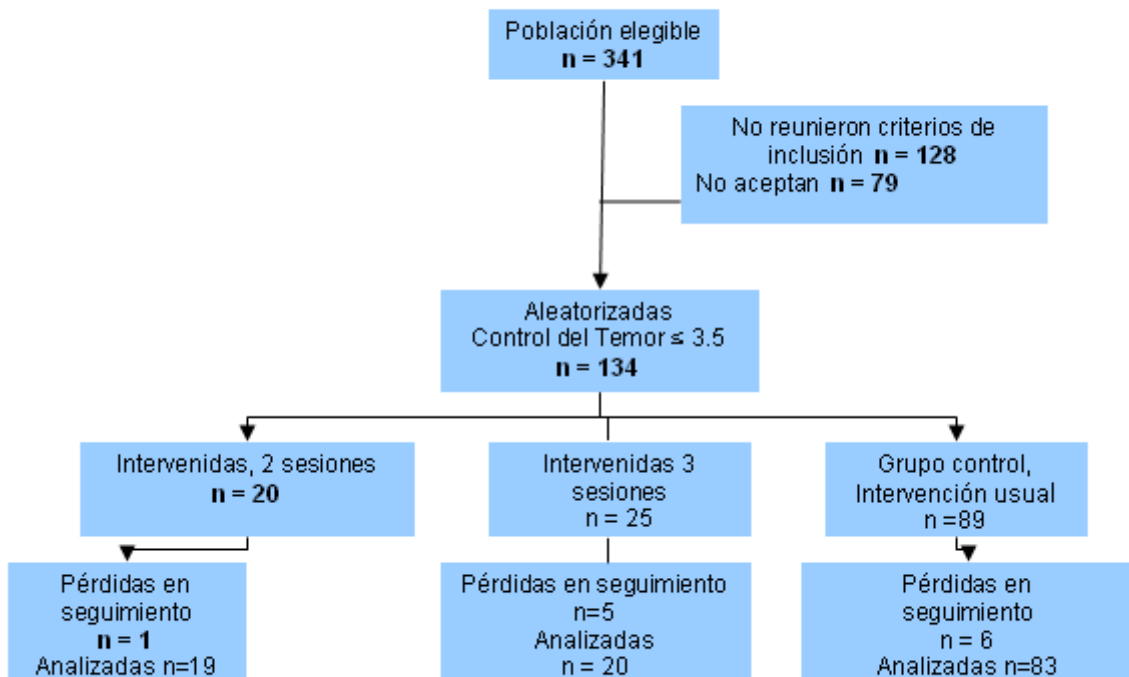


Fig. 1. Flujograma de reclutamiento de la muestra.

Tabla 1. Descripción de la Población (Variables Continuas)

Variable	2 sesiones N= 19		3 sesiones N= 20		Control N= 83	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad	25,4	7,8	25,4	6,7	25,3	5,1
Edad gestacional	24,6	6,35	24,0	5,7	24,4	6,1
Número de controles prenatales	3,9	2,5	3,3	1,9	3,1	1,7
Nº sesiones Curso Psicofísico	1,7	2,1	1,0	1,5	1,7	1,7
CRE Inicial	3,0	0,3	2,9	0,38	2,9	0,4

Tabla 2. Resultados CRE final

GRUPO	Promedio control temor CRE inicial	Promedio control temor CRE final	IC 95%
CONTROL	2,9	3,14	2,55 - 3,73
2 SESIONES	3,0	3,63	3,04 - 4,22
3 SESIONES	3,9	3,90	3,33 - 4,47

Tabla 3. Análisis de covarianza

Grupo comparado	Diferencia promedio del aumento del CRE	IC 95%
2 SESIONES vs. CONTROL	0,52	0,39 - 0,65
3 SESIONES vs. CONTROL	0,85	0,72 - 0,98
3 SESIONES vs. 2 SESIONES	0,32	0,15 - 0,49