

**EFFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO
PSICOPROFILÁCTICO DURANTE EL PERIODO PRE, PERI Y POSTNATAL EN
UNA MUESTRA DE USUARIAS DE LA CLÍNICA CHICAMOCHA S.A.**

**NINDRE PICO QUINTERO
PAULA FERNANDA RIVERO DÍAZ**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA
2008**

**EFFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO
PSICOPROFILÁCTICO DURANTE EL PERIODO PRE, PERI Y POSTNATAL EN
UNA MUESTRA DE USUARIAS DE LA CLÍNICA CHICAMOCHA S.A.**

**Nindre Pico Quintero
Paula Fernanda Rivero Díaz**

**Trabajo de Grado:
En la modalidad de proyecto de grado como requisito para optar al título de Psicólogas**

**Directora:
Dra. Diana Maria Agudelo Vélez**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA**

2008

NOTA DE ACEPTACIÓN: _____

PRESIDENTE DEL JURADO: _____

JURADO 1: _____

JURADO 2: _____

FLORIDABLANCA, _____

*A mi señor Jesús por iluminar cada paso que doy, por la fuerza que me brinda para luchar
cada mañana y por mostrarme el camino a seguir.
A mis padres por su apoyo constante, sus consejos,
Su lucha inquebrantable y porque han sido un ejemplo admirable a seguir.
A mi compañera y amiga Paula, que me reveló el verdadero significado de amistad, quien con
su carisma logró transformar una parte de mí y con quien luche la más dura de las batallas.
A mis hermanos por estar en los momentos en que más los he necesitado
y por todo el cariño brindado.
A mi asesora y amiga la Doctora Diana Agudelo, fuente constante de apoyo y conocimiento.
A mi novio por su paciencia y porque más que mi novio ha sido mi mejor amigo.*

Nindre.

*A Dios por ser la luz que guía mi vida.
A mi padre por ser mi gran orgullo y por permitirme seguir sus pasos.
A mi madre por ser mi mejor amiga, por su paciencia y amor incondicional.
A mi hermano por hacer parte de mi vida, por su admiración y por la fuerza que comenzó a
darme sin que yo lo supiera.
A mi compañera y amiga Nindre por la alegría de las batallas que libramos juntas,
y por la dignidad de los combates que libramos entre nosotras.
A mi gran maestra la Doctora Diana Agudelo por su entrega y confianza.
A mi gran amigo Dairo por estar siempre junto a mí, por ser mi brújula y mi aliado,
por su alegría y fé contagiosa.
A mi ángel que me protege y cuida desde el cielo.
A todas mis amigas y ahora colegas por su compañía incondicional
y por ayudarme a escapar cuando más lo necesitaba.
Y a todos aquellos que con su ejemplo me han enseñado a vivir intensamente.*

Paula.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Diana Maria Agudelo Vélez, directora del proyecto, asesora, maestra y gran amiga, por la oportunidad que nos brindó desde el comienzo, por su confianza y por impulsarnos a través de su ejemplo a amar la psicología, pero sobretodo, por enseñarnos a ser excelentes profesionales y grandes seres humanos.

A la Jefe Maria José Duque, Coordinadora de Enfermería de la Clínica Chicamocha S.A., quien con su aceptación y apoyo nos permitió el acercamiento a la población, guiándonos por el camino de la excelencia profesional y la calidad humana.

A la Jefe Maria Stella Campos de Aldana, Coordinadora de Promoción y Prevención de SERVIR S.A., quien nos brindó incondicionalmente su confianza y conocimiento para lograr cumplir nuestro mayor sueño.

A la Jefe Luz Karime Martínez, Lina Maria Hernández, Trinidad Pedraza y Gloria Stella Meneses Enfermeras Jefes de las diferentes EPS de Bucaramanga, por abriarnos la puerta al conocimiento y permitirnos aprender de su labor cotidiana y de su deseo de servicio a la comunidad en pro de nuestro desarrollo personal, académico y profesional.

Al equipo humano de la Clínica Chicamocha y SERVIR S.A., quienes nos brindaron incondicionalmente su confianza y apoyo y nos enseñaron con su ejemplo a ser profesionales con gran calidad humana.

A quienes participaron de este proyecto, agradecemos de corazón, por su tiempo, dedicación, disposición y colaboración, ya que sin ellos no hubiera sido posible el logro de nuestro gran sueño.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana por la formación académica, investigativa y humana que nos ha infundido a lo largo de la carrera, y por la idoneidad de los docentes quienes con su empeño nos han transmitido su saber en aras del fortalecimiento de nuestro conocimiento y nuestra calidad humana.

A todas las personas que nos apoyaron durante este gran camino y en especial a aquellas que estuvieron cerca en el desarrollo de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	11
1. INTRODUCCIÓN	13
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4. OBJETIVOS	18
4.1 Objetivo General	18
4.2 Objetivos Específicos	18
5. REFERENTE CONCEPTUAL	19
5.1 APROXIMACIÓN A LA PSICOLOGÍA COGNITIVA	19
5.1.1 Antecedentes	20
5.1.2 Postulados de la Psicología Cognitiva	20
5.1.3 Terapia Cognitiva	21
5.2 PSICOLOGÍA COGNITIVA	21
5.3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD	21
5.3.1 Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud	23
5.4 EMBARAZO	27
5.4.1 Psicología Prenatal	27
5.4.2 Psicoprofilaxis	28
5.5 EMBARAZO Y ANSIEDAD	33
5.6 DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	41
5.7 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	47
6. MÉTODO	54
6.1 Tipo de Investigación	54
6.2 Diseño	54

6.3 Participantes	55
6.4 Instrumentos	55
6.5 Procedimiento	56
7. RESULTADOS	57
8. DISCUSIÓN	84
9. CONCLUSIONES	96
10. RECOMENDACIONES	97
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
12. ANEXOS	100

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos.	59
Tabla 2. Comparación de Medias Stai Estado Grupo Experimental vrs Grupo control.	61
Tabla 3. Comparación de Medias Stai Estado por Estado Civil.	62
Tabla 4. Comparación de Medias Stai Estado por Nivel de Escolaridad.	63
Tabla 5. Comparación de Medias Stai Estado por Ocupación Actual.	63
Tabla 6. Comparación de Medias Stai Estado por Nivel Socioeconómico.	63
Tabla 7. Comparación de Medias Stai Estado por Primer Embarazo.	64
Tabla 8. Comparación de Medias Stai Estado por Número de Hijos.	64
Tabla 9. Comparación de Medias Stai Estado por Aborto.	65
Tabla 10. Comparación de Medias Stai Estado por Enfermedad Física.	65
Tabla 11. Comparación de Medias Stai Estado por Curso Psicoprofiláctico.	65
Tabla 12. Comparación de Medias Stai Estado por Control Prenatal.	66
Tabla 13. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento Grupo Experimental Pretest vrs Grupo Control.	67
Tabla 14. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento Grupo Experimental Pretest vrs Post test.	68
Tabla 15. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento Grupo Experimental Post test vrs Grupo Control.	69
Tabla 16. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Estado Civil.	72
Tabla 17. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Nivel de Escolaridad.	73
Tabla 18. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Ocupación Actual.	74
Tabla 19. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Nivel Socioeconómico.	
Tabla 20. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Primer Embarazo.	76
Tabla 21. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Número de Hijos.	77
Tabla 22. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Aborto.	78
Tabla 23. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Enfermedad Física.	79
Tabla 24. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Curso Psicoprofiláctico.	
Tabla 25. Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Control Prenatal.	81
Tabla 26. Comparación de Medias Escala Subjetiva de Dolor Grupo Experimental vrs Grupo Control.	81

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Stai Alto Grupo Experimental vrs Grupo Control.	62
Gráfica 2. Estrategias de Afrontamiento Alto Grupo Experimental Pretest.	70
Gráfica 3. Estrategias de Afrontamiento Alto Grupo Experimental Post test.	70
Gráfica 4. Estrategias de Afrontamiento Alto Grupo Control.	70
Gráfica 5. Valoración Subjetiva de Dolor Antes Grupo Experimental.	83
Gráfica 6. Valoración Subjetiva de Dolor Durante Grupo Experimental.	83
Gráfica 7. Valoración Subjetiva de Dolor Después Grupo Experimental.	83
Gráfica 8. Valoración Subjetiva de Dolor Grupo Control.	83

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Protocolo de Intervención Psicoprofiláctico	101
Anexo 2. Cuadernillo de Aplicación de Pruebas.	110

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PSICOPROFILÁCTICO DURANTE EL PERIODO PRE, PERI Y POSTNATAL EN UNA MUESTRA DE USUARIAS DE LA CLÍNICA CHICAMOCHA S.A.

RESUMEN

Desde el punto de vista psicológico, la gestación es el inicio de lo que se puede entender como proceso de maternización que implica la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional. Con esta investigación se pretendió evaluar el efecto de la implementación de un protocolo psicoprofiláctico durante el periodo pre, peri y postnatal en 35 mujeres pertenecientes al grupo experimental y 35 mujeres pertenecientes al grupo control, a quienes se les aplicó una batería de instrumentos orientada a la identificación de los niveles de ansiedad, las estrategias de afrontamiento y la valoración subjetiva del dolor. Se trata de un estudio tipo longitudinal. Dentro de los resultados más relevantes se encontró que: 1) las gestantes pertenecientes al grupo experimental disminuyeron sus niveles de ansiedad después de la aplicación del protocolo psicoprofiláctico 2) las gestantes pertenecientes al grupo control experimentaron mayor ansiedad 3) la estrategia de afrontamiento más utilizada en el grupo experimental pretest es religión (74.3%) y la estrategia de afrontamiento que prevalece en el grupo experimental post test es el apoyo profesional (97.1%) 4) la estrategia de afrontamiento más utilizada en el grupo control es religión (77.1%) 5) el nivel de dolor antes del parto es severo (60%), el nivel de dolor durante el parto fue valorado como moderado (83%) y el nivel de dolor después del parto también fue valorado como moderado encontrando diferencias en la prevalencia (63%) 6) la valoración del dolor para las mujeres del grupo experimental fue moderada, mientras que las mujeres pertenecientes al grupo control catalogaron el dolor como severo (54%). De acuerdo con los hallazgos de la investigación es posible afirmar que existe un importante grado de impacto en las gestantes que participaron en la implementación del protocolo psicoprofiláctico.

Palabras clave: Gestación, Protocolo Psicoprofiláctico, Ansiedad, Estrategias de Afrontamiento, Dolor.

**EFFECTS OF THE IMPLEMENTATION OF A PSYCHOPROPHYLACTIC
PROTOCOL DURING THE PRE, PERI AND POST NATAL CYCLE IN A SAMPLE
OF USERS OF THE CHICAMOCHA CLINIC S.A.**

ABSTRACT

From the psychological view point, the gestation is the start of what it may be understand like maternityzation process that implicates the possibility of to acquire qualities of mother, not only relative to the biological event, but to the psychological and emotional development. With this research was pretended to evaluate the effect of the implementation of a psychoprophylactic protocol during the pre, peri and post natal cycle, in thirty- five women pertaining to the experimental group and thirty- five women pertaining to the control group, to whom were applied them a battery of instruments directed towards the identification of the anxiety levels, the confrontations strategies and the subjective valuation of the pain. Is a matter of a study of longitudinal type Inside of the most relevant results was found that: 1) the expectant mothers to belong to the experimental group decreased themselves their levels of anxiety after the application of the psychoprophylactic protocol 2) the expectant mothers to belong to control group experienced themselves major anxiety 3) the confrontations strategy most used of the experimental pretest group religion (74.3%) and the confrontations strategy that prevail of the experimental post test group is the professional support (97.1%) 4) the confrontations strategy most used of the control group is religion (77.1%) 5) the level of pain before the childbirth is severe (60%), the level of pain during the childbirth was valued like moderate (83%) and the level of pain after childbirth also was valued like moderated finding differences in the prevalence (63%) 6) the valuation of pain for the women of the experimental group was moderated, while the women pertaining to the control group catalogued the pain like severe (54%). In accord with the discoveries of the research it's possible grade of impact in the expectant mothers that participated in the implementation of the psychoprophylactic protocol.

Key Words: Gestation, Psychoprophylactic Protocol, Anxiety, Confrontation Strategies, Pain.

1. INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es una de las transiciones de la vida que más modifica las circunstancias de los padres y madres, la etapa de espera de ese hijo no se considera, en general, como la primera fase de un proceso que culmina con la llegada del bebé (Rodríguez, Pérez-López y Brito de la Nuez, 2004) sino que de hecho se alarga toda la crianza. En este sentido, expertos como Brazelton y Cramer (1993) describen que el vínculo con el recién nacido se forma sobre relaciones previas a partir de la construcción de diferentes representaciones y fantasías. Generalmente, las mujeres embarazadas tienen sentimientos en los que se mezclan la ansiedad, la impulsividad y una feliz espera, y dentro de su entorno se encuentra a la futura madre tanto deprimida o aturdida como soñadora y esperanzada.

Algunos estudios han demostrado que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes, así lo corrobora el estudio de Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997) en el que se observó la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas; por una parte la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de ansiedades relacionados con el embarazo. Si bien en los últimos años diversas investigaciones han intentado estudiar los procesos y conflictos que las mujeres experimentan en relación a su embarazo, Dick Read (1944) describió el círculo miedo-tensión-dolor como alterador del curso del parto. En este sentido, se ha comprobado como los conflictos experimentados predicen la ansiedad materna y los aspectos psicofisiológicos del parto e influyen en la prolongación del mismo (Lederman, 1996).

Asimismo, los estudios de Larsen, O'Hara, Brewer y Wenzel (2001), indican que en función de los constructos psicológicos propios de cada mujer, se dan grandes diferencias individuales en los informes sobre el dolor en el parto. Estos constructos incorporan conceptos de control, confianza o preparación para explicar estas variables individuales. Igualmente otros autores han basado sus estudios en la búsqueda de mejoras para el proceso del parto. La importancia de la preparación psicológica para este momento la define Brazelton (2001), señalando que se debe llevar a cabo en la última etapa o hacia el tercer trimestre del embarazo. Las investigaciones realizadas en este campo muestran la necesidad que existe en contar con un instrumento que nos permita valorar cómo tiene lugar el desarrollo del rol maternal, las dimensiones que lo conforman, que adquieren suma importancia a lo largo de la gestación, y las respuestas adaptativas que se ofrecen a cada una de estas dimensiones.

A partir de lo anterior, surge la pregunta de investigación ¿La Implementación de un Protocolo Psicoprofiláctico producirá efectos psicológicos durante el periodo pre, peri y postnatal en las mujeres de la muestra?, para esto, se seleccionó un grupo de gestantes de tercer

trimestre de embarazo que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, para determinar en ellas a través de la aplicación de una batería de instrumentos, el estado de ansiedad, el uso de estrategias de afrontamiento y la valoración subjetiva del dolor; posteriormente se realizó la implementación del protocolo psicoprofiláctico durante ocho sesiones y, finalmente se aplicó nuevamente la batería de pruebas para evaluar el efecto de la implementación del protocolo psicoprofiláctico tomando como base la teoría de la psicología cognitiva.

Desde los planteamientos de la psicología cognitiva, se vislumbra la posibilidad de establecer canales lógicos de comunicación entre los diferentes fenómenos analizados. De acuerdo con esto es pertinente indicar que la relación del hombre con su entorno, con los otros y consigo mismo está mediada por el procesamiento cognitivo, el cual, plantea la posibilidad de acercarse al conocimiento a través del análisis de una serie de componentes que intervienen en la dinámica de interpretar y actuar de acuerdo con lo analizado, algunos de ellos son: la ansiedad, las estrategias de afrontamiento y la valoración subjetiva del dolor. Por lo cual, ante una situación que implica cambios no sólo físicos sino también psicológicos como lo es el embarazo, las mujeres hacen uso de sus herramientas personales y es de acuerdo con ellas que se pueden cualificar las consecuencias surgidas a raíz del evento. Por tal razón, los hallazgos logrados con esta investigación se sustentan desde el paradigma cognitivo, enfocándose en la forma en que los elementos mencionados anteriormente actúan durante el periodo de gestación.

Posteriormente, se presentan los resultados teniendo en cuenta la prevalencia y la correlación de los niveles de ansiedad, las estrategias de afrontamiento y la valoración subjetiva del dolor, datos que son analizados en la discusión, a partir de los hallazgos de otros autores. Finalmente, se realizan algunas recomendaciones frente a estudios posteriores en la línea de favorecer la importancia de los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en periodos tan importantes como el embarazo, el parto y el postparto.

2. JUSTIFICACIÓN

Partiendo que las instituciones de salud presentan una gran variedad de problemáticas que en determinado momento pueden llegar a convertirse en fuente generadora de malestar, se puede identificar en estas instituciones un contexto propicio para la investigación psicológica, específicamente desde la psicología de la salud, ya que esta se encuentra en constante búsqueda de la prevención, promoción y mantenimiento de la misma por medio del estudio de la interpretación que tanto los pacientes y el entorno hacen de los diferentes escenarios presentes en el sistema de salud, comprendiéndose la influencia de variables psicológicas sobre este estado.

Uno de los periodos que se convierte en una excelente fuente de estudio para los profesionales de la salud es el periodo de gestación que se constituye en un hecho maravilloso para cada mujer y hombre pero que, debido a que tanto las gestantes como sus familiares se enfrentan a diferentes cambios y situaciones desconocidas por cada uno de ellos, se comienzan a generar temores reales frente al nuevo rol que desempeñarán como padres y comienzan a surgir constantes imaginarios relacionados con la pérdida del bebé que viene en camino, el posible fracaso en la crianza y la incertidumbre frente al rumbo que tomará la relación de pareja con la llegada de ese nuevo ser, todo esto, lleva a que en los futuros padres se desarrollen sentimientos de preocupación y tensión que en muchos casos obedece a una clara falta de información sobre el periodo por el cual están atravesando (Pohodich, Ramer y Sasmor, 1982).

Reflexionado sobre este hecho y teniendo en cuenta las intervenciones psicológicas que se han realizado en la Clínica Chicamocha con las gestantes hospitalizadas se ha comprobado que la relación de la madre con su hijo no comienza fisiológica o psicológicamente en el momento del nacimiento, sino que todos los padres forman alguna impresión sobre su hijo durante el crecimiento intrauterino. Ya antes del embarazo, las experiencias pasadas de la mujer constituyen un factor fundamental y configuran el tipo de madre en que ésta se convertirá. De igual modo, estas intervenciones han evidenciado que factores tales como la edad, el nivel socioeconómico, la carga genética, y los antecedentes médicos personales y familiares también podrán influir en el curso de una futura gestación. Cuando se confirma el embarazo, se producen una serie de cambios tanto en la configuración corporal como en la expectativa de la función personal. Todo esto conlleva un reto al que toda mujer embarazada debe enfrentarse durante este periodo de su vida para adaptarse a dichos cambios.

Es en la etapa final cuando muchas embarazadas presentan cierto grado de ansiedad, debido a respuestas fisiológicas y psicológicas normales de su estado, manifestándose con

cambios de humor, mayor irritabilidad y una preocupación clara por la salud y bienestar del feto, miedo al dolor y a la propia muerte durante el parto (Peñuela, 1995). Todo ello se acompaña de un rápido crecimiento fetal y de un posible deterioro de la situación clínica de la gestante por la aparición de hipertensión, diabetes descompensada, u otros problemas médicos. Si bien es cierto, que las últimas semanas de gestación son consideradas como un periodo difícil, no es menos cierto que la madre se encuentra esperanzada con la inminente llegada de su hijo, incluso con planes de futuro para el mismo.

Por esto, surge la necesidad de plantear un protocolo psicoprofiláctico que permita estudiar que ocurre con las madres durante el proceso de gestación, no sólo desde la vertiente psicológica sino también desde la física. Esta investigación puede ser de gran interés debido a que por las características peculiares que estudia, puede ser considerada de gran ayuda en este medio. Además, puede cambiar las pautas de actuación debido a la trascendencia histórica y social que produce, para el núcleo familiar y su entorno inmediato, la llegada de un nuevo miembro a la familia. La finalidad, es conocer lo que ocurre durante el embarazo a través de una adecuada preparación psicoprofiláctica para evitar posibles reacciones físicas y psicológicas que lleven a condiciones maternas poco saludables durante el periodo peri y postnatal. Lo anterior, justifica que cada maternidad deba tener un buen plan de intervención y seguimiento para las parejas que esperen la llegada de su hijo.

La Secretaría de Salud de Medellín y el Centro Asociado al CLAP - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia realizaron una investigación de la mortalidad perinatal en el segundo semestre del año 2003 y durante todo el año 2004, en la cual se caracterizó la problemática de la ciudad con base en los certificados oficiales de defunción. En las tablas de resultados se presentan las principales causas básicas y directas de muerte, destacándose la gran magnitud de la falta de información detectada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que un buen control prenatal es el que se inicia antes del tercer mes, con ocho a doce consultas, de las cuales el médico debe realizar al menos la primera y participar en las siguientes. Aunque se ha encontrado una disminución significativa de embarazos pretérmino y menor mortalidad perinatal con un control iniciado antes del quinto mes, un total de cinco consultas y presencia de personal profesional entrenado (OMS, 1998). Además, según un estudio realizado en Bogotá sobre evaluación del control prenatal en el hospital Kennedy en 1999, se concluyó que el objetivo de todo cuidado prenatal es asegurar que todo embarazo culmine con el parto de un niño sano sin deteriorar la salud de la madre. Este objetivo se logra mediante la combinación de esfuerzos de los futuros padres, el médico, la enfermera y diversos miembros del equipo de salud,

concediéndose especial atención a ampliar los conocimientos y experiencias de los futuros padres y de la familia, de manera que todos los miembros asimilen el embarazo de modo positivo, se favorezca la salud de la madre y su futuro hijo, y se efectúe con facilidad la adaptación familiar para incluir a ese nuevo miembro. Durante el control prenatal debe desarrollarse un programa educativo orientado hacia la preparación de la futura madre, el cual debe incluir preparación psicoprofiláctica y gimnasia que prepare a la mujer para los cambios de la gestación y el trabajo de parto.

El embarazo se ha descrito como “un periodo de reorganización de las relaciones interpersonales y el espacio interpersonal y un periodo de maduración de la personalidad” (Pohodich, Ramer y Sasmor, 1982), por lo tanto, resulta importante brindarle a las gestantes toda la información y las herramientas que estas requieran para que así logren disfrutar de su embarazo y al momento del parto, colaboren en el trabajo de parto facilitando el nacimiento del bebé, y la recuperación de ellas mismas.

Esta información debe orientarse a conocer los procesos, tanto físicos como mentales, que tienen lugar durante el embarazo, el parto y el posparto, y los primeros momentos de la vida del niño, de forma que sean y se sientan capaces de controlar y de ayudar en las acciones de su cuerpo. En 1933 Dick-Read, (Citado por Álvarez, 1990) publicó el libro *Parto Sin Miedo*, en el que mostraba cómo las madres podrían ayudar al parto aprendiendo a relajarse. Según él, el miedo y la angustia causan tensión, y la tensión produce dolor. En este sentido, es de vital importancia que los métodos de preparación se esfuercen por inculcar confianza en la madre preparándola, no solo a ella, sino también a su compañero en los procesos reales del embarazo, del parto y del posparto.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La maternidad representa una de los eventos más importantes en la vida de la mujer dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, de cómo debe ser y comportarse para ser una buena madre, además de que se le considera una función exclusiva de ella. Muchas veces el parto se define como un proceso mecánico comprendido tan sólo por mecanismos y periodos por el cual tiene que atravesar el niño y la madre considerándose, solo el aspecto orgánico y físico. Diversas investigaciones, han demostrado los beneficios de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica donde la mujer adquiere una mejor actitud durante el trabajo de parto, reflejado por la significativa disminución del dolor durante sus diferentes etapas (Read, Lamaze, 1954). Por esto, es pertinente postular, que sólo a través de una adecuada preparación psicoprofiláctica se obtendrán resultados favorables mediante una adecuada educación, correcta respiración, ejercicios de relajación y la gimnasia que contribuye al fortalecimiento de los músculos. Si esta preparación es realizada correctamente brindará a la mujer mayor seguridad y le otorgará la oportunidad de expresar plenamente sus sentimientos y ansiedades frente al embarazo. Sobre estos fundamentos formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿La Implementación de un Protocolo Psicoprofiláctico producirá efectos psicológicos durante el periodo pre, peri y postnatal en las mujeres de la muestra?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar el efecto de la implementación un Protocolo Psicoprofiláctico durante el periodo pre, peri y postnatal en una muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha S.A.

4.2 Objetivos Específicos

Diseñar el Protocolo Psicoprofiláctico a aplicar durante el periodo pre, peri y postnatal a la muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha S.A.

Implementar el Protocolo Psicoprofiláctico durante el periodo prenatal a la muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha S.A.

Evaluar los niveles de ansiedad estado, las estrategias de afrontamiento y la valoración subjetiva del dolor antes y después de la aplicación del Protocolo Psicoprofiláctico a la muestra de usuarias de la clínica Chicamocha S.A.

Comparar los resultados obtenidos a partir de la aplicación de las pruebas psicológicas en función de las variables sociodemográficas evaluadas.

Comparar los resultados obtenidos al aplicar el Protocolo Psicoprofiláctico en maternas que reciban la intervención durante el periodo pre, peri y postnatal y aquellas que no la reciben.

5. REFERENTE CONCEPTUAL

5.1. Psicología Cognitiva

El pequeño humano es el único ser de toda la naturaleza que nace en un gran estado de incompletud, de vulnerabilidad y de dependencia. Es el único ser que necesitará ineludiblemente del otro para sobrevivir; que necesitará no sólo de un adecuado *saber hacer* del otro, o que ese otro tenga cualidades biológicas específicas, sino también algo totalmente nuevo. Precisaré una calidad del ser del otro hacia él: *ser amado*, sentirse amado, haber sido esperado por alguien, haber sido proyectado, hablado, nombrado antes de nacer. Ciertamente, cada ser humano se refiere a sí mismo como *yo* y se identifica y se ve a sí mismo como persona y como unidad personal (Thomas, 1999). Su nombre y apellido, lo que es y lo que hace le da una identidad personal y al mismo tiempo lo vincula a un determinado mundo de significaciones como una realidad conocida y comprendida siendo producto de su propio contexto y por lo tanto de sus propias acciones. La identidad de cada persona depende del ambiente en el cual se desarrolle, ya que cada individuo forma parte de un vínculo social, que existe en la medida en que se establecen relaciones y se construyen diferentes realidades que le posibilitan interactuar, aceptar las pautas de comportamiento social, adaptarse a ellas, compartir normas, valores, y sobre todo formas de vida para lograr adaptarse al medio que le rodea.

A partir de esto, nace la necesidad de recoger hechos sobre la conducta y la experiencia, organizándolos sistemáticamente y elaborando teorías para su comprensión. Estas teorías ayudan a conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en alguna ocasión, a predecir sus acciones futuras, logrando intervenir sobre ellas. La arquitectura del ser humano se construye desde su carácter individual y colectivo, es decir, desde su propia identidad y su propio ser social, en este sentido, la psicología juega un papel fundamental, ya que ésta tiende a buscar las claves del comportamiento humano, su naturaleza, predicción y cambio lo que le permite a cada individuo formar parte de una determinada sociedad respondiendo a sus necesidades y requerimientos para lograr sobrevivir en un entorno de cambios persistentes e inesperados, enfrentándose a un sistema abierto y dinámico, que no puede ser ajeno a los

cambios y a los retos que éste le presente. La ciencia psicológica ha intentado comprender la forma en que la mente procesa la información, la percibe, es decir, como organiza, recuerda y utiliza esta información. Esta área en rápido crecimiento influye de muchas maneras en el estudio de la psicología. Esta ciencia se ha desarrollado a partir de las corrientes principales de la psicología experimental intentando descubrir que procesos del pensamiento tienen lugar en nuestra mente (Wendkos, 1987).

5.1.1. Antecedentes

A mediados de los años cincuenta, la determinación de las formas de actuar de la gente empezó a adquirir una importancia significativa. En el análisis de la conducta se ha ido admitiendo la existencia de factores cognitivos en la depresión, la ansiedad y los temores, y se han categorizado como atributos, actitudes, expectativas, creencias, autopercepciones, interferencias, entre otros. Durante la década de los cuarenta y cincuenta, la aspiración de la psicología académica podría resumirse en dos palabras: autonomía y subjetividad; los enfoques predominantes, los institutos de investigaciones, las universidades, perseguían estas metas por caminos distintos y hasta divergentes. En aras al objetivismo, la mente, como método humano digno de estudio científico fue puesta entre paréntesis y para conservar la autonomía, los estudios neurofisiológicos desde la psicología quedaron en cierta medida congelados empero, la unidad de la naciente ciencia parecía cada vez más distante.

La abundante producción bibliográfica de estos años refleja la inclinación de los investigadores y teóricos hacia uno de los polos que han determinado la historia del pensamiento, observándose en algunos un apego dogmático a un extremo, y en otros, la mayoría un sereno eclecticismo (García, 1996). La pretendida objetividad se desvanece, y se acepta sin mayores retos de conciencia, que los datos externos se estructuran en esquemas conceptuales en cuya elaboración intervienen tanto la observación como la razón, la imaginación e incluso la pasión. El mundo que se conoce no es, por lo tanto, el sencillo conjunto de sanciones primarias, sino más bien el resultado de complejas interacciones mentales. El mito de la observación pura sucumbe ante los avances de la misma ciencia positiva, y se establece claramente que no existe ningún camino real hacia la realidad, que todo conocimiento del mundo es mediado más que directo, y que nada obvia la necesidad del análisis de la adquisición de información (Puente y Poggioli, 1989).

5.1.2. Postulados de la Psicología Cognitiva

La variedad temática es tal que a menudo resulta difícil discernir la conexión entre uno y otro tema y, con ello, la unidad del enfoque que los genera, aunque hay presente un núcleo común. El punto de partida es, que los procesos mentales de percepción, conciencia,

imaginación, codificación, interpretación, almacenamiento y acceso a la información intervienen en la conducta, por una parte, y por otra, pueden estudiarse con la metodología científica reconocida y representada mediante lenguajes computacionales verificables. Entre los temas más estudiados destacan la atención, memoria de unidades, memoria de conjuntos, sensación, percepción, inteligencia, cantidad de información procesable en un momento dado, esquemas de organización, representaciones mentales y su relevancia en los procesos terapéuticos (Trull, 2003). Los estudios alrededor de la comprensión cognitiva han establecido de manera inequívoca que no existe una experiencia pura de los sentidos, ni estímulos completamente neutros, ni agentes externos impasibles, categorías apriorísticas fijas o inmutables. Las representaciones del mundo y de las acciones sobre él son el resultado de una compleja interacción de elementos objetivos y subjetivos que desafían cualquier intento simplista de organización. Las representaciones cognitivas se reinterpretan continuamente según la organización y reinterpretación de *yo* de donde parte el conocimiento y la acción.

5.2. La Terapia Cognitiva

El término terapia cognitiva se refiere a la teoría, los modelos conceptuales y el estilo de terapia desarrollado por Beck y sus colaboradores (1960). Aunque la terapia es llamada cognitiva, ya que fue de las primeras formas de terapia en prestar atención al impacto del pensamiento en la emoción y comportamiento, en realidad se ha puesto énfasis en la interacción entre cinco elementos: el ambiente, lo biológico, lo afectivo, lo conductual y lo cognitivo. El pilar teórico de la terapia cognitiva ha sido modelado por una variedad de modelos incluyendo la fenomenología, la teoría estructural y la psicología cognitiva. La teoría cognitiva, o de procesamiento de información, es un paradigma donde se integran variables cognitivas, emocionales y comportamentales. En los esquemas están representadas las pautas de comportamiento que emite el sujeto ante la influencia de estímulos antecedentes y consecuentes. El procesamiento de información posee un sistema taxonómico que diferencia cuatro características, que incluyen, estructuras cognitivas, preposiciones cognitivas, operaciones cognitivas y productos cognitivos (Puente & Poggioli, 1989).

5.3. Psicología de la Salud

Una de las características relevantes de la psicología contemporánea está dada por el hecho de ser una disciplina de aplicación social, por esto, en los últimos tiempos, su interés se ha desplazado hacia diversas vertientes. Desde esta perspectiva, una de las vertientes de aplicación de los conocimientos psicológicos que más auge está adquiriendo en los últimos

tiempos, la constituye el ámbito de la salud, ya que, los factores psicosociales y de comportamiento han ido generando protagonismo en la etiología y patogénesis de distintas enfermedades físicas, en el tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias sintomáticas, en la prevención de la enfermedad y en la promoción de estilos de vida saludables (Bakal, 1996). La relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en los problemas de salud y la aparición de un nuevo concepto de salud en el que se integran tales variables para dar cuenta de sus mutuas interacciones, establecieron el escenario para que los psicólogos se acercaran al campo de la salud y les proporcionaron un papel en el desarrollo de las técnicas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, configurando lo que hoy se conoce como psicología de la salud. La concepción del ser humano, su salud y enfermedad, constituyen las bases de esta nueva disciplina, disciplina que, se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan la salud física de las personas.

Según Brannon (2001) la psicología de la salud incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios. Por otra parte, la psicología de la salud ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan la salud, a diagnosticar y tratar determinadas enfermedades y a modificar factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica. De aquí, parte la importancia de la postulación del concepto integral de salud, con la inclusión de tres marcos de referencia: *el biológico, el psicológico y el social*, que permiten la aplicación integrada de los conocimientos para resolver problemas de salud, para mantenerla o para promocionarla. La Organización Mundial de la Salud ha puesto de manifiesto, que esta nueva disciplina, tiene como objetivo fundamental la aplicación de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación de la psicología científica, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como a la promoción y mantenimiento de la salud (Latorre, 1994).

Si se entiende la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de la enfermedad nace la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico, que facilite la comprensión de los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad, promueva el desarrollo de estilos de vida saludables y mejore la calidad de vida de las personas que sufren algún tipo de enfermedad. En este sentido, la psicología de la salud, estudia los factores emocionales, cognitivos y comportamentales asociados a la salud y a la enfermedad física de los individuos, integrando las aportaciones de las diferentes disciplinas psicológicas y

colaborando en el diseño y aplicación de programas de intervenciones individuales y grupales, para la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad con el fin de comprender las diferentes respuestas de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad promoviendo la buena calidad de vida del enfermo (Remor, Arranz y Ulla, 2003). La esencia de la aportación psicológica al ámbito de la salud es el análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad, por esto, es de vital importancia el estudio de la conducta *salud-enfermedad* en interacción con otras personas o, igualmente con productos de la conducta humana.

Asimismo, la conducta de salud-enfermedad se aprende desde el contexto social de desarrollo del individuo, por lo que un abordaje psicológico puramente individual probablemente solo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad (Rodríguez, 1995). Por lo tanto, el contexto sociocultural determina las actitudes y comportamientos del individuo en relación con la salud y la enfermedad, ya que, es este el encargado de diseñar el papel social del paciente, en cuanto a la expresión de los síntomas, las conductas orientadas a la salud, las relaciones entre el profesional de la salud y enfermo, en las que se cumplen las demandas del rol de cada uno de los profesionales de la salud y, los hábitos saludables que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales que derivan de la familia y la sociedad. En este marco, lo que caracteriza a la psicología de la salud es su atención preferente hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través del cambio de conducta en direcciones de mejora de la salud, así mismo, se nutre de una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas, y delimita un área de práctica profesional, sin embargo, como lo plantea Rodríguez (1995), lo que hace a los psicólogos de la salud diferentes de otros psicólogos es su compromiso primordial con los problemas del campo de la salud, y su conocimiento de las personas, contextos y problemas del sistema sanitario.

5.3.1. Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud

La disciplina psicológica dentro del campo de la salud, implica una aproximación positiva a la salud y claramente incluye su promoción, su prevención y su tratamiento y, ofrece un modelo biopsicosocial y una estructura teórica básica al asumir que los factores psicológicos están presentes en todas las fases de la salud, y por ende, en el cuidado de la salud y de la enfermedad. De esta forma, al aplicar la psicología al campo de la salud, los esfuerzos se encaminan al estudio de la conducta salud-enfermedad en interacción con otras personas, técnicas diagnósticas y de intervención estresantes. Asimismo, las conductas orientadas a la salud, las relaciones entre el profesional de la salud y paciente en las que se cumplen las

demandas de rol de cada uno de los participantes y los hábitos saludables se desarrollan y se mantienen por las influencias sociales y culturales que derivan de la familia y la sociedad (Rodríguez, 1995). Por esto, es necesario determinar los factores psicosociales asociados al concepto de salud, y por ende, a la promoción de la misma para así, aplicar tratamientos coadyuvantes o sustitutivos de los tratamientos médicos, mejorando las condiciones de curación y adaptación a la enfermedad.

En este sentido, la Constitución Nacional de Colombia define la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el Estado, que no se altera por la facultad que le confiere la Constitución de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social (González, 2003). En Colombia, el Ministerio de Protección Social postula que la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (González, 2003).

De esta forma, un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (Monsalve, 2003).

La situación de la salud sexual y reproductiva (SSR) muestra que es inaplazable la implementación de una política integral que logre modificar indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones

precarias de SSR son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Salud, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico. Para modificar estas ideas asociadas a la sexualidad y la reproducción, la sola divulgación de información ha demostrado ser insuficiente, por lo que se requieren mecanismos capaces de lograr la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para mejorar la SSR de manera que tengan sentido para las personas individualmente y en términos de convivencia social (Londoño, 2003).

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y, por lo tanto, las áreas que deben ser prioritariamente atendidas son la alta tasa de muertes maternas, el aumento de la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de embarazos no planeados, la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino y los altos índices de violencia doméstica y sexual que afectan no sólo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social. A pesar de que éstas son las áreas de intervención prioritarias para el desarrollo de la presente política, no debe desconocerse que existen otros temas importantes para la SSR que deberán abordarse de acuerdo con las necesidades y características de las diferentes regiones del país (Monsalve, 2003). Según las cifras del Ministerio de Salud, 67.7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos mueren en Colombia por causas asociadas a la maternidad (Ministerio de Salud, 2002) aunque algunas regiones tienen tasas muy superiores al promedio. Si se tiene en cuenta que no todas las muertes maternas quedan registradas como tales, muy probablemente la cifra es aún mayor y pone de presente la urgencia de adoptar una política de SSR orientada a reducir los factores de vulnerabilidad y a introducir mejoras drásticas en la cobertura y la calidad de la atención.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de partos atendidos institucionalmente es alto 94% de las mujeres de zonas urbanas y 69.8% en las zonas rurales (Profamilia, 2000), la disminución de la tasa de mortalidad materna requiere, entre otros, mejorar sustancialmente la calidad de la atención del parto institucional y de los controles prenatales, implementar mecanismos que permitan la captación temprana de las mujeres gestantes, identificar y tratar

los riesgos biológicos y psicosociales, e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes de las zonas rurales y de conflicto armado, entre otros. Por otro lado, con el fin de equilibrar las cargas que significa la reproducción, no sólo debido a los factores biológicos sino a factores culturales y sociales, es importante también estimular la participación de los hombres en el proceso de maternidad y en la crianza de los hijos. De igual forma, el embarazo no planeado no es un problema exclusivo de la población adolescente. Más de la mitad de las mujeres embarazadas, específicamente el 52% reporta no haber deseado el embarazo en ese momento (Profamilia, 2002). Las diferencias más significativas entre la tasa de fecundidad observada y la deseada se presentan en las zonas rurales, en las regiones Oriental y Pacífica, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres desplazadas.

Estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar, y significan un costo elevado en términos de salud y calidad de vida, en la medida en que los embarazos no planeados pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro. Es necesario, por lo tanto, diseñar mecanismos para divulgar información confiable sobre las características, ventajas y desventajas de los distintos métodos, y posicionar las decisiones sobre la reproducción como parte del proyecto de vida de cada persona (Monsalve, 2003). También es importante estimular la responsabilidad y participación de los hombres *en* el control de la fecundidad, así como favorecer condiciones para la toma de decisiones, individuales y de pareja, libres e informadas frente a la reproducción, diseñar mecanismos para superar los prejuicios culturales frente a la prescripción de anticonceptivos y promover la orientación y la información sobre la doble protección (González, 2003). Dentro del campo de la promoción y prevención, el psicólogo juega un papel fundamental ya que su labor se enfoca a la modificación de factores de comportamiento implicados en respuestas fisiológicas y psicológicas. Desde esta perspectiva, se refleja la relación mente-cuerpo en la cual participan de manera activa tanto factores como características físicas, sociales, emocionales y espirituales que tenga la persona, por lo tanto, cuando un fenómeno físico se acompaña de fenómenos paralelos en lo emocional, el resultado depende de la interacción de ambos fenómenos en la respuesta general de adaptación del organismo o respuesta de estrés. Por esto, estudiar el comportamiento ligado al contexto de la salud y de la enfermedad desde una perspectiva evolutiva resulta imprescindible para comprender las percepciones cambiantes de la salud y de la enfermedad a lo largo del ciclo vital.

5.4. Embarazo

El embarazo, se define como el proceso de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de treinta y seis a cuarenta semanas (Valdés, 1987). A través del tiempo y las diferentes culturas, el embarazo ha ido adquiriendo una connotación particular, en la cual cada gestante experimenta una determinada sintomatología dependiendo del medio social, familiar y cultural en que se encuentran inscritas, por esto, también, se define como un proceso evolutivo en el cual la gestante refiere su estado acorde a los aspectos más arcaicos de su propia historia, a las relaciones tempranas establecidas con sus padres, a la experiencia con la propia madre y por supuesto a la gran carga afectiva que traen consigo los esquemas cognitivos y las diferentes creencias que se instauraron en su pensamiento desde los primeros años infantiles (Cadavid, Duque, Orozco, Ramírez y Valencia, 1989). Además, el embarazo involucra también la forma como cada mujer asume la maternidad, la cual está dada por un lenguaje preverbal transmitido al niño mediante el contacto y el ejemplo transmitido por las figuras femeninas y educadoras y a la identificación que establezca con ellas, esta identificación, fue denominada por Doltó (1983) como el sentimiento materno. Todos estos factores, ubicados dentro de un medio social, matizados por los rituales y mitos acerca de la sexualidad y la fecundidad que cada cultura tiene para este acontecimiento establecen la forma de aceptación de la madre a su embarazo y por ende, al nuevo ser que está por nacer.

5.4.1. Psicología Prenatal

Macfarlane (1983), postula que la madre es la fuente principal de emociones, pensamientos y sentimientos del futuro ser, y también fuente de vida desde el punto de vista biológico. Esto significa que posee los elementos necesarios para intervenir y afectar, activa y concientemente, de forma negativa o positiva en el desarrollo emocional y fisiológico de la criatura por nacer. Para hacer esto posible, es importante poner a su disposición los conocimientos que pueden ayudarla y apoyarla durante su embarazo. Y, en este proceso de intervenir o participar activamente en el desarrollo intrauterino de su hijo, ella también se transforma, ya que, la psicopatología de la gestante puede prevenirse a base de un buen entendimiento, escuchando y guiando a la futura madre con tino, afecto y a la vez, energía, y procediendo a educarla en tal forma que no existan infundados temores (Mendoza, 1965). De aquí, parte la llamada *psicología prenatal*, que no es más que el inicio del desarrollo tecnológico y la psicología aplicada a la transformación del hombre partiendo de la vida intrauterina. Aunque las perspectivas y aplicaciones de esta ciencia son muchas, las más generales son acelerar los procesos de aprendizaje, crear mejores mecanismos psicológicos de

adaptación al medio y tratar de erradicar algunas enfermedades y trastornos psicológicos que supuestamente tienen su origen en la vida intrauterina (Álvarez, 1997).

La investigación dentro de esta rama de la ciencia, además de ofrecer abundante información sobre un tema que está adquiriendo gran relevancia, tiene un enfoque eminentemente práctico y, en el breve espacio de tiempo desde su aparición, ha dado a conocer lo suficiente sobre la mente y las emociones del niño por nacer. De igual forma, la aplicación de esta ciencia está contribuyendo, a resolver problemas emocionales de pacientes psiquiátricos cuyas afecciones sólo podrían explicarse en términos de lo que sucedió en el útero. Según Álvarez (1997) la psicología prenatal, brinda el modo de impedir muchos de los problemas que se observan frecuentemente en hospitales y en la práctica profesional, casos de personas con profundas cicatrices emocionales debidas a influencias prenatales destructivas. Esto no significa que se haya encontrado respuesta a las causas de todos los trastornos psicológicos y psiquiátricos; tampoco se pretende postular que cualquier perturbación emocional tenga sus raíces en la vida intrauterina, ya que la conducta y la psique humana son demasiado complejas, pero si es importante señalar que los hechos afectan de forma diferente y muy determinantemente en las primeras etapas de la vida.

5.4.2 *Psicoprofilaxis Obstétrica*

Dentro del campo de la psicología prenatal, *la psicoprofilaxis*, se define como un método de trabajo científico con el que se busca la prevención de la enfermedad en general y como tal hace parte de la salud pública. Como método de trabajo científico la *psicoprofilaxis obstétrica* es un trabajo que comienza en la sala de recepción, prosigue en la consulta prenatal, en la sala de partos y sólo termina con una buena elaboración post natal (Correa y Madrigal, 2003). Es entonces, un trabajo específico ejecutado por un equipo interdisciplinar, en el que cada uno de los integrantes debe haberlo incorporado como forma normal de actuación, frente al abordaje del paciente. En este equipo, la labor del psicólogo es de vital importancia, ya que, es el encargado de los factores perturbadores de la vida psíquica en sus múltiples manifestaciones y fenómenos humanos (Mejía, 1999). De esta forma, se constituye como una labor que se realiza en colaboración con las disciplinas médicas y en la cual están incluidas también la sociología, la antropología y naturalmente las demás disciplinas paramédicas. En la psicoprofilaxis obstétrica intervienen dos factores importantes, el equipo interdisciplinario y la mujer embarazada. El equipo tiene a su vez dos objetivos a su cargo: su organización y el clima ambiental de la institución. El ambiente debe ser acogedor y amable, puesto que la embarazada es supremamente dependiente y sensible y un clima adecuado le da la seguridad que necesita.

La organización clara y la capacitación del personal también hacen parte de las garantías que se le debe brindar a la gestante y esta razón es motivo suficiente para que cada uno de los integrantes del equipo sanitario tenga claro y bien definido su rol dentro del trabajo interdisciplinario. Asimismo, el primer y más importante factor que interviene en la psicoprofilaxis obstétrica es la misma mujer embarazada. Para cualquier mujer el embarazo es una experiencia compleja y plena de ansiedades. Es muy frecuente que la sobrecarga de los programas de trabajo ginecológico dificulte la relación médico - paciente que le pueda proporcionar a la futura madre, la oportunidad de expresar plenamente sus sentimientos y ansiedades frente al embarazo (Mejía, 1999). Con mucha frecuencia estas ansiedades, el aislamiento social y el no tener en quien confiar, son causa de complicaciones psíquicas que dejan huella permanente tanto en la madre como en su futuro.

5.5. Cambios Físicos y Psicológicos Durante el Embarazo.

Durante el embarazo, no sólo el niño por nacer sufre cambios físicos y psicológicos, la gestante también experimentará modificaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas, que no son síndromes o signos de enfermedad, sino las manifestaciones de estos cambios anatómicos, fisiológicos, emocionales y psíquicos, la mayoría de los cuales revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia. Durante este periodo, el organismo de la mujer debe someterse a esfuerzos adicionales que incluyen, el aumento de la circulación sanguínea, mayor actividad muscular, modificación de la estructura ósea, aumento de peso, cambios en el sistema reproductor y modificaciones en el aparato urinario y en la piel (Álvarez, 1990). Gran parte de las mujeres, tienen la sospecha de estar embarazadas aún antes de que esto sea confirmado por un médico. El primer signo del embarazo es casi siempre la pérdida del periodo menstrual o amenorrea. Después de que un óvulo ha sido fertilizado, la ovulación posterior es detenida por mensajes hormonales, la pared uterina se prepara la implantación del óvulo ahora fértil, esto, significa que los ciclos menstruales se suspenden.

De igual forma, el tejido de los senos es muy sensible a los cambios hormonales y muchas mujeres saludables experimentan en ellos una sensación de plenitud e incluso un reblandecimiento, justo antes de la menstruación. Estos cambios están relacionados con las hormonas sexuales, estrógeno y progesterona. En las primeras etapas del embarazo, el alto nivel en la producción de tales hormonas pueden ser causa del reblandecimiento de los senos, del incremento del suministro de sangre a éstos, del desarrollo de los ductos lácteos, así como del agrandamiento del tejido de los mismos, por esto, los pezones se agrandan y la mancha que los rodea, la areola, se oscurece y llega a inflamarse ligeramente (Macy y Falkner, 1980). El

llamado malestar matutino, es otro signo primario del embarazo, pero ciertamente no sólo ocurre por las mañanas. Las causas de las náuseas pueden estar relacionadas con el considerable aumento de las hormonas sexuales en circulación, de igual forma, la mujer embarazada puede descubrir que en las primeras semanas orina con más frecuencia que de costumbre, ya que, al principio del embarazo los riñones trabajan más de lo normal, lo cual, se debe al aumento de las hormonas sexuales, de modo que la vejiga se llena más rápidamente.

Los últimos signos del embarazo se van haciendo más obvios a medida que el feto y el útero aumentan de tamaño, este aumento de tamaño produce pequeñas grietas en las capas de la piel, las cuales, son causadas por el estiramiento de la pared abdominal, estas, reciben el nombre de *estrías* y son de color rojizo pálido, después del parto adquieren un tono blanquecino. Todos estos cambios físicos, se encuentran altamente relacionados con la célula fertilizada, la cual, necesita grandes cantidades de sustancias nutritivas y de oxígeno para multiplicarse, crecer y desarrollarse hasta convertirse en un ser humano a las cuarenta semanas. La irrigación sanguínea de la madre abastece las células del lado de la placenta, donde la madre proporciona el oxígeno, las sustancias nutritivas, los microelementos y otros materiales que son aprovechados por el feto. Al principio del embarazo, las células de la placenta producen grandes cantidades de hormonas sexuales, las cuales ayudan a ajustar el metabolismo de la madre y su función a las exigencias del feto. Sin embargo, Macy (1980), afirma, que más tarde las exigencias sobre la producción de energía de la madre aumentan considerablemente, por esto, la cantidad de sangre de la madre, que es el vehículo principal para el transporte y recolección de oxígeno aumenta alrededor de un kilogramo. Una mujer embarazada saludable generalmente lleva una vida tranquila y conserva su energía siendo más lenta, física y mentalmente. El feto depende primordialmente de la madre para satisfacer sus necesidades básicas, psicológicas al igual que físicas, por esto, la naturaleza ha organizado claramente, para beneficio del feto, un sistema que implica las prioridades psicológicas y conductuales de la futura madre.

A medida que avanza en su embarazo, una mujer puede encontrarse a sí misma examinando su pasado, puede encontrarse absorta en los recuerdos y cavilaciones acerca de los detalles de cada etapa de su vida. Todo embarazo lleva un poco más lejos el proceso de cambio de personalidad e identidad y es durante el curso de estos cambios cuando la futura madre ensaya su embarazo y el nacimiento venidero, así como sus cambios físicos y psicológicos. Dentro de los cambios psicológicos, la tensión o estrés y la ansiedad son los más frecuentes y perjudiciales que regularmente afrontan. En muchos casos, esta tensión y angustia prevalecen aún después del parto, y se manifiestan con frecuentes dolores de cabeza, aumento de la

presión arterial, depresión y problemas respiratorios. Estas respuestas psicosomáticas pueden ser manejadas a tiempo, una vez que hayan sido identificadas durante el embarazo como respuestas del organismo o mecanismos de adaptación al nuevo estado fisiológico. Las primeras vivencias del embarazo, a consecuencia de la supresión de la menstruación, son percibidas de forma desfavorable, aunque la gestación haya sido deseada y cuyo manejo está fuera de sus posibilidades, la madre se siente muy angustiada. Los aspectos económicos, sociales y conyugales vienen a exacerbar esa ansiedad, aumentando, en algunos casos el resentimiento hacia el mundo, el embarazo y la pareja, esta falta de aceptación o aún rechazo inconciente, se manifiesta frecuentemente en la presencia de malestares físicos asociados a náuseas, vómitos y antojos (Correa y Madrigal, 2003).

La actitud de la mujer embarazada durante el primer trimestre de embarazo depende en gran medida de su salud psíquica, de su capacidad de ver al bebé en el interior de ella misma, de anticipar su llegada. En los primeros meses suelen aparecer grandes dudas e inseguridades acerca de la salud del feto y su desarrollo, por esto, las primeras reacciones serán muy diferentes dependiendo de si el embarazo es o no planeado, aunque en la mayoría de los casos se dan sentimientos ambivalentes de deseo y rechazo, ya que el nuevo ser viene a ocasionar molestias físicas y a entorpecer de una u otra forma una vida profesional, laboral o cualquier otra actividad. El segundo trimestre, es considerado como el periodo de la tranquilidad, el riesgo de aborto ha disminuido y los malestares matinales ya han pasado. Alrededor del cuarto o quinto mes los movimientos fetales constatan que el embarazo es real y que el niño está vivo, esto, permite que la madre acepte mucho más el embarazo y el deseo de tener un hijo, por esto, algunas mujeres muestran indiferencia hacia el mundo exterior, ya que, su hijo pasa a ser su único interés. Según Mead (1978 citado por Varela, 1982), muchas de las perturbaciones psicológicas dependen de las distintas sociedades y culturas. Así, en las sociedades que consideran que el embarazo debe acompañarse de náuseas y vómito y el parto acompañado de sufrimiento, la mayoría de las mujeres sufren esas perturbaciones. La gestación como indica Molinski (1986), plantea a la conciencia de la mujer tres realidades muy diversamente percibidas, que incluyen, la aparición de un nuevo ser; profundas modificaciones anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y conlleva la posibilidad de daño corporal y un cambio en el rol social.

En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y de su posibilidad para adaptarse a los cambios que éste conlleva. Es decir, no sólo se ponen a prueba dichas capacidades sino que habrá de establecerse cómo se estructuraron desde la infancia. Dadas las

propias características del embarazo, puede considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer en cuanto que ésta requiere adaptarse a la nueva situación, lo que puede provocar una manifestación aguda que supone una inhibición o malestar psicológico. Éste último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, e incomodidad subjetiva, los que no pueden agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos (Morales, Díaz y Espíndola, 2004). Sin embargo, cuando el embarazo es el que reactiva conflictos anteriores no resueltos, los cuales se han cronificado, causan angustia, son persistentes y recurrentes y otorgan ganancias secundarias, entonces se habla de síntomas (Gómez y Aldana, 2007). Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente y, por tanto, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, pues se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a partir del suceso.

La maternidad representa una de los eventos más importantes en la vida de la mujer dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se separa de ella en esta etapa, de cómo debe ser y comportarse para ser una *buena madre*, además de que se le considera una función exclusiva de ella. Según Gómez y Aldana (2007), durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos que aparecen en esta etapa puedan ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otros. Por otra parte, la influencia de factores psicosociales, tales como los socioeconómicos, fisiológicos y psicológicos, nivel económico, presencia de estrés por conflictos de pareja y apoyo social (Department of Health, 2002 citado por Gómez y Aldana, 2007), no favorecen la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causan conflicto al incumplir las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas. Sin embargo, estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a este y que podrían considerarse manifestaciones patológicas (Attie y Morales, 1992). Entre tales manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo, como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud, traducido en varias quejas somáticas (Gómez y Aldana, 2007).

5.6. Embarazo y Ansiedad

La ansiedad, se define como el temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce (Correa y Madrigal, 2003). El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental y emocional, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entre cortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia (McCullough, 1984). El término ansiedad se deriva de la raíz indogermánica ANGH, que significa estrechez y constricción y también malestar o apuro. Desde la perspectiva psicológica, la definición puede realizarse en términos fenomenológicos, Spielberg, Pollans y Worden (1984 citado en Sigales, 2006), definen a la ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo. La propiedad más importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria, es decir, puede señalar una amenaza para el propio individuo, su utilidad es biológica adaptativa y se convierte en desadaptativa cuando como en la ansiedad clínica, se anticipa un peligro irreal, es decir, como lo postula Belloc (1995) la ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro real de la situación, puede producirse de forma irracional, esto ante situaciones de escaso peligro objetivo o bien que carece de peligro real.

Según Lazarus (1986), la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizar al ser humano frente a situaciones amenazantes o preocupantes, para que éste, pueda realizar lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. La ansiedad, posee tres componentes fundamentales, el componente subjetivo o cognitivo, también denominado verbal cognitivo, éste, es el componente de la ansiedad relacionada con la propia experiencia interna, incluye percepciones, evaluación perceptiva de los estímulos y estados relacionados con la ansiedad. Pertenecen a esta: el miedo, el pánico, la alarma, la inquietud, la preocupación, la aprensión, las obsesiones y los pensamientos intrusivos (García, 1996). El componente fisiológico somático, hace referencia a ciertas modificaciones que se producen a nivel biológico. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en el incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse en cambios externos como internos. Algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias. La experiencia subjetiva de estos cambios

orgánicos, suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad. Por último, el componente motor conductual, corresponde a los componentes observables de conducta que aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape y evitación. Sin embargo, la simple afirmación de tener miedo a algo o de preocuparse por acontecimientos futuros, no es suficiente para diagnosticar ansiedad, sino se acompaña de un estado emocional definido con un cuadro sintomático de tensión motora o excitación simpática (Lazarus, 1986).

Principalmente los cambios circunstanciales reproductivos de la mujer generan estrés, pero en algunas mujeres este se sobrepasa convirtiéndose en excesivo y esto hace que afecte el normal desarrollo de la gestación y el parto. Estos tres componentes se encuentran altamente relacionados con el deseo del embarazo y la actitud hacia el mismo, dicha actitud, es un resumen de las cogniciones de la mujer adquiridas a lo largo de su vida. Shereshfsky y cols (1980 citado por Varela, 1982), realizaron una investigación con 577 mujeres embarazadas, y llegaron a la conclusión de que una buena capacidad de adaptación para la maternidad en las gestantes depende de unas determinadas características de personalidad. Las mujeres con una actitud positiva hacia el embarazo no mostraron alteraciones psíquicas, mientras que las que no tienen un buen ajuste psicológico experimentaron trastornos psicósomáticos. Por otro lado, el estudio reveló que al principio del embarazo, muchas mujeres dieron respuestas muy ansiosas en los test psicológicos, y algunas mostraron sentimientos depresivos. La mayoría de las mujeres experimentó una sensibilidad muy incrementada y una gran labilidad emocional, sobretodo en el primer trimestre. Respecto al nivel de ansiedad, en el primer trimestre era alto, en el segundo tendía a disminuir, y de nuevo aumentaba hacia el final del embarazo, cuando el parto, y el nacimiento del niño era un hecho inminente. De igual forma, Lubin y cols (1975 citado por Varela, 1982), con una muestra de 93 mujeres embarazadas, realizaron un análisis en los distintos trimestres del embarazo sobre el nivel de ansiedad y su relación con diversos síntomas psicósomáticos, a través de una serie de inventarios y escalas. Los resultados destacaron que el nivel de ansiedad varía significativamente en cada trimestre: es alto en el primero, desciende en el segundo, y vuelve a aumentar en el tercero, esto evidenció la correlación significativa entre los síntomas somáticos y el nivel de ansiedad (Varela, 1982).

Al inicio del embarazo se presentan reacciones emocionales frente a la gestación, especialmente cuando la mujer no esperaba llegar a este estado, principalmente cuando su gestación no es planeada, esto le puede generar a la mujer emociones conflictivas, miedo, preocupación y duda (Correa y Madrigal, 2003). En la base de este estado emocional

cambiante se hallan las preocupaciones por las posibles complicaciones orgánicas, el temor a dar a luz, a tener un hijo deforme, al dolor físico del parto, entre otras. Este nuevo estado hace que los niveles de ansiedad varíen durante el embarazo, al principio de la gestación se produce ansiedad debido a la necesaria adaptación al embarazo, en los últimos meses, esta ansiedad vuelve a aumentar a medida que el parto se aproxima. El temor y la ansiedad, así como el estrés, no sólo constituyen reacciones naturales e inevitables del embarazo, sino que además desempeñan un papel importante en la preparación psicológica para el parto y la maternidad (Álvarez, 1990). Estas reacciones sirven como sistema de alarma o indicadores de conflictos, y su presencia constituye una respuesta fisiológica o mecanismo de defensa. En un estudio realizado por Arias (1988), en el departamento de Cundinamarca, entre 1987 y 1988, se preparó un total de 40 gestantes con cursos psicoprofilácticos, de las cuales se encuestaron 20 que cumplían con los requisitos de la muestra y la misma encuesta se aplicó a otro grupo de 20 mujeres que no tomaron el curso. El análisis de los datos demostró diferencias significativas de nivel de conocimientos y aplicación de los mismos entre ambos grupos; la duración del trabajo de parto y del puerperio fue inferior en el grupo de estudio; el 90% del grupo de estudio aplicó los conocimientos adquiridos durante el curso psicoprofiláctico y los describieron como de gran ayuda para manejar la ansiedad y el dolor, la mayoría de mujeres de grupo de control vivenciaron la experiencia como negativa.

En otro estudio realizado por Fenster (1995), se descubrió que en la mayoría de las mujeres embarazadas no había relación entre los niveles de ansiedad propios del trabajo y un aumento en el riesgo de aborto espontáneo. Sin embargo, el riesgo de aborto espontáneo se duplicó o triplicó en el caso de ciertas mujeres que acusaron elevados niveles de ansiedad en el trabajo, entre ellas se encontraban las mayores de 32 años, las primerizas y las fumadoras. Una serie de estudios sugiere que existe una relación entre los niveles elevados de ansiedad y el parto prematuro o el nacimiento de bebés de bajo peso. De igual forma, en un estudio realizado por Wadhwa (1993) junto con otros investigadores, se evaluó a un grupo de 90 mujeres, de clase media y alto nivel educativo, cuyas componentes recibieron buenos cuidados prenatales y llevaban estilos de vida saludables, características éstas que por lo general reducen el riesgo de parto prematuro y peso bajo del bebé al nacer. El estudio demostró que las mujeres que acusaban un mayor nivel de ansiedad a causa de eventos como el fallecimiento de un pariente, el divorcio, la pérdida del trabajo o las dificultades económicas tenían más probabilidades de tener un bebé de peso bajo.

Igualmente, el estudio realizado por Ontiveros (2006), describió y relacionó la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado en mujeres gestantes de tercer trimestre de

embarazo y de bajo riesgo obstétrico. La media de ansiedad estado fue de 34.98 y la correlación de Spearman fue 0.25, $p > 0.01$, lo cual resalta la correlación ansiedad con datos sociodemográficos, especialmente nivel de escolaridad, lo cual significa que entre mayor escolaridad, mayor es la ansiedad estado. De igual forma, las dimensiones de la adaptación psicosocial con menor media fue la relación con su madre y la mayor fue la preocupación por su bienestar y el bebé. Los principales estudios prospectivos sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil han observado una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia. Hay una relación directa entre el estado de ánimo materno y la conducta fetal observada en ecografías a partir de la semana veintisiete o veintiocho de la gestación. Más de catorce estudios prospectivos independientes han hallado una relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos (Mulder, 2005).

Deutsch (1995), postula que el embarazo pone a la mujer cara a cara con la realidad, intensificando la percepción de ella misma. El darse cuenta y hacerse cargo de la realidad es, tal vez, la característica más importante de la madurez, y el embarazo es una *crisis de maduración*. Wenner y cols (1970 citado por Varela 1982), investigaron embarazadas normales de forma exhaustiva, encontrando que los problemas profundos del embarazo son problemas de desarrollo, continuación de los anteriores. Dentro de ellos ocupaban un lugar importante los problemas de pareja y de relación con la madre. Observaciones parecidas han sido hechas por muchos otros investigadores (Shereshefsky y Yarrow, 1973 citado por Varela, 1982). En otro estudio, Uddenberg (1989 citado por Correa y Madrigal, 2003), entrevistó una serie de 89 gestantes y, simultáneamente, a sus madres. Encontró que la relación madre-hija era esencial para la adaptación maternal de la gestante, evaluado por su estado emocional post parto. El trabajo de identificación o rechazo del modelo materno y la aceptación de la gestación se relacionan con el proceso de identificación de la gestante con su propio hijo, reviviendo de esta forma las etapas de su propio desarrollo. Pero este proceso despierta ansiedad, y la calificación de crisis es en un principio aceptable, solamente que hoy se dice en su lugar situación de estrés (Salvatierra, 1989).

Es natural que las mujeres conozcan las probabilidades de desviación de la normalidad, de peligro y de daño, para ellas mismas y para su hijo, durante la gestación y el parto. Aunque ese conocimiento es incompleto, la mayoría de las embarazadas manifiestan ciertas preocupaciones. Klein y cols (1950 citado por Salvatierra, 1989), realizaron un estudio con veintisiete mujeres de bajo nivel social, con problemas económicos y de vivienda, derivados de

la segunda guerra mundial. A través de detenidas entrevistas revelaron una serie de temores, evidentemente concientes, que los autores asimilaron a ansiedad, y que pueden dividirse en dos grupos (Salvatierra, 1989), el primer grupo hace referencia al temor por ellas mismas, este, incluye preocupaciones por la salud y complicaciones durante el embarazo y parto, miedo al dolor y a la muerte. Se añadían preocupaciones económicas, por la vivienda y por el hospital. Había inquietud ante posibles circunstancias desfavorables en la atención al parto y les preocupaba la marcha de las relaciones maritales. El segundo grupo, hace referencia al temor por el hijo, este, incluye el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la injuria por los movimientos, trabajos y esfuerzos maternos y a la muerte intrauterina. Hay preocupación por si se trata de un embarazo gemelar o múltiple, y también acerca de la mortalidad mental del niño. De igual forma, la importancia de los prejuicios y mitos fue resaltada por Klein (1950 citado por Salvatierra, 1989) en la preocupación por las influencias prenatales misteriosas o mágicas, o en el temor a una mala herencia. Muchos miedos se deben a tradiciones culturales, sin base objetiva desde el punto de vista científico.

Un estudio importante en que se asimila la ansiedad a las preocupaciones y miedos que pueden causarla es el de Stanley y cols (1980 citado por Salvatierra, 1989), la cuestión que se plantearon los investigadores del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano de los EE.UU., fue si la ansiedad prenatal es un ente unitario o un compuesto de varias distinta preocupaciones de las mujeres gestantes. Para aclararlo, Stanley, entrevistaron de forma estructurada y tipificada a 73 gestantes durante el último mes de embarazo. Las entrevistas fueron realizadas por un psicólogo y duraban alrededor de una hora, con cuestiones acerca del embarazo, relaciones sociales y maritales, y expectativas y preparación para el parto y la atención maternal posterior. En las entrevistas fueron incluidas siete medidas de *ansiedad prenatal*: una referente a ansiedad general durante la gestación, cinco acerca de focos especiales de preocupación, y una medición de síntomas psiquiátricos. Los resultados evidenciaron que la mayor ansiedad se refiere al parto y al bienestar fetal, en la mayoría de los casos no se encontró preocupación sobre la lactancia o sobre los aspectos físicos del embarazo.

De igual forma, Leifer (1980 citado por Salvatierra, 1989), encontró que pocas mujeres permanecen consistentemente tranquilas a lo largo del embarazo. Observó que las gestantes con gran deseo de hijo, muy ligadas emocionalmente al feto, tienden a enfocar su ansiedad sobre el niño, mientras que las que no tienen gran deseo, expresan ansiedad mixta acerca de ellas mismas y de su feto (Salvatierra, 1989). Una de estas preocupaciones, se encuentra relacionada con los diferentes roles que deben asumir las nuevas madres. De acuerdo con lo planteado anteriormente, Rosas, Vera, Soto y Vera (2001), concluyeron en su investigación que

la mayoría de mujeres gestantes se desempeñan como amas de casa, además, la mayoría de adolescentes gestantes cuya principal actividad previa a la gestación era el estudio deciden dejar esta actividad por la presión del medio y quizá por la poca aceptación de la gestación en sus colegios. De la misma manera, resaltan que el apoyo de la pareja hacia la gestante constituye un factor protector respecto al nivel de ansiedad. Asimismo, Rodríguez, Pérez y de la Nuez (2004), postulan que el embarazo es un periodo de cambios en el cual el apoyo social es imprescindible y la mayor y mejor fuente de dicho soporte social descansa sobre la capacidad de adaptación del hombre y de la mujer a las nuevas exigencias biopsicosociales de la nueva situación, lo que conlleva ajustes personales que se reflejan en el convivir diario de la pareja. En línea con lo anterior, es de indicar que los resultados del estudio de Condon y Corkindale (1997) pusieron de manifiesto que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican por tanto que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal.

De igual forma, algunos estudios han demostrado que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes, así lo corrobora la investigación realizada por Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997) en el que se observó la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas, por una parte la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de miedos relacionados con el embarazo que se relacionaban directamente con los niveles de ansiedad que presentaban las mujeres que participaron de dicha investigación. La situación de parto es percibida como una situación altamente estresante para muchas mujeres, ocasionando en un porcentaje significativo de las mismas malestar psicossomático, que incluye, miedo, ansiedad, descontrol y dolor excesivo, y que conduce a un incremento de la dificultad para la labor de parto sobretodo en madres primigestas (Da-cota, 2000). Es por ello, que se han ido desarrollando diversas investigaciones de medición, mediante cuestionarios validados, sobre determinadas variables psicológicas y sociales que como factores predictores puedan explicar tanto la aparición del malestar psicossomático, como las diferentes estrategias utilizadas para su afrontamiento

La preocupación predominante en las embarazadas atañe al inevitable final del embarazo, al parto. Los trabajos de Spielberger (1966, 1970, 1975 citado por Salvatierra, 1989), introdujeron una importante precisión en los estudios realizados anteriormente sobre ansiedad al diferenciar entre ansiedad rasgo y ansiedad estado. Su cuestionario (State and Trait Anxiety Inventory, STAI) permite distinguir estas dos formas, al menos operativamente. Durante el

embarazo hay un incremento de la ansiedad estado, pero no varía, por término medio, la ansiedad rasgo. Lunenfeld y cols (1884 citado por Gómez y Aldana, 2007) encontraron en 200 gestantes no seleccionadas, alrededor de la treinta y cuatro semana, puntuaciones de ansiedad-estado de 36.99 y de 35.26 de ansiedad rasgo que descendieron rápidamente después del parto a 25.68 de ansiedad estado y 31.06 de ansiedad rasgo. El STAI es un buen instrumento para explorar las variaciones temporales en los niveles de ansiedad y en relación con las complicaciones de la gestación (Salvatierra, 1989).

Lo anterior, evidencia que el embarazo y el puerperio pueden traer muchos cambios emocionales, físicos y sociales para la madre, su pareja y el resto de la familia. Mientras que muchas madres disfrutaban en gran medida estos cambios, algunas no comparten estos sentimientos y con frecuencia padecen algún trastorno psicológico que resulta en una grave angustia reactiva a problemas psicológicos, físicos y sociales (Gómez y Aldana, 2007). Este periodo de angustia no es sólo asunto de la madre y su familia, sino que aumenta el riesgo de una crisis psicológica, de enfermedad mental y de trastornos del desarrollo, pero además, sino se trata, la mujer podría atentar contra su propia vida o la del bebé (Currid, 2004). La morbilidad psicológica, y en especial la ansiedad que surge en el periodo prenatal, son más comunes que en el periodo postnatal, esto, se relaciona indiscutiblemente con el acercamiento al trabajo de parto, el cual, consiste en un acto, al término del período de gestación, de dar a luz al niño alojado en el útero a través del cuello del útero y la vagina, seguido de la expulsión de la placenta y las membranas fetales (Correa y Madrigal, 2003). Durante el periodo de gestación el feto está resguardado en el útero, que permanece cerrada por una fuerte capa con cerca de quince milímetros de espesor. En esencia, el proceso de parto consiste en la completa abertura del cuello del útero dilatación, el descenso del feto expulsión, y su salida, seguido de la expulsión de la placenta y membranas fetales. Todas las fases requieren contracciones de las paredes musculares del útero, de ahí los dolores.

Las amenazas de pérdidas que ocurren a partir de las veinte y veintiocho semanas, es decir, el potencial parto pre-término es un tercer momento de preocupación y ansiedad. La respuesta psicológica predominante es la ansiedad, siendo más fuerte en el segundo y tercer trimestre del embarazo. En un estudio realizado por Laterra, Casini, Andina y Levi (2000 citado por Hurtado, Donat y Escrivá, 2003) en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, en la ciudad de Buenos Aires, se trabajó con las pacientes internadas con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP), un grupo recibió información y contención psicológica y el otro grupo no lo recibió. Con respecto a la incidencia de prematuridad y bajo peso al nacer si bien las diferencias no alcanzaron nivel de significación, la tendencia fue a favor del grupo que recibió

intervención, de igual forma, se postuló que la edad promedio de los dos grupos fue similar; el porcentaje de adolescentes y mayores de 34 años fue mayor en los dos grupos comparado con la población general del hospital y se encontraron posibles vínculos entre los niveles de ansiedad de la madre y el feto, de esta forma, se concluye que los cuidados y sostén psicológico junto con las charlas informativas dentro de un marco transferencial, haciendo hincapié en su problema actual constituyen un adecuado entramado de contención que permite controlar la APP, alargar el tiempo de latencia y mejorar su evolución durante por lo menos dos semanas.

La ansiedad excesiva durante el parto provoca una descarga anormal de catecolaminas que conduce a alteraciones de la contractilidad uterina y de la dilatación cervical, causantes de la prolongación del parto. En este sentido se han venido realizando estudios, mediante cuestionarios validados que permiten confirmar que las mujeres con partos prolongados y complicados manifestaron, a partir de las puntuaciones de los mencionados cuestionarios mayores niveles de ansiedad durante el tercer trimestre que las mujeres que tuvieron partos satisfactorios (McDonald y Christakos, 1963; Kapp, Hornstein y Graham, 1963; Engstrom, y cols., 1964; Lederman, y cols., 1981 citado por Hurtado, Donat y Escrivá, 2003). Durante el parto se produce un aumento de ansiedad, aunque esta afirmación deriva fundamentalmente de la observación clínica. Friedman (1975, citado por Salvatierra, 1989), describió cuatro periodos críticos en el parto, en los que la gestante suele mostrar estrés, con manifestaciones emocionales, de tensión motora, agitación y activación vegetativa. Estos periodos son el prodrómico con un 12% de gestantes ansiosas, el de descenso o transposición en el que asciende la proporción al 49%, el de transición, hacia el final de la dilatación con un 24% de afectadas y el expulsivo en el que la ansiedad ocurre sólo en el 14% de casos. En un colectivo de 134 primíparas y 266 multíparas, Friedman observó que las manifestaciones ansiosas en el parto están en estrecha relación con la motivación y el condicionamiento para el embarazo.

Un instrumento más específico para medir la ansiedad, como el STAI, ha sido empleado por Morris (1983 citado por Salvatierra, 1989) en una serie de 80 gestantes, administrándolo mediante lectura y puntuando las respuestas en cuatro momentos del parto: al comienzo, a los cinco centímetros de dilatación, al inicio del periodo expulsivo y a los veinte minutos del nacimiento. Encontró un aumento progresivo en los niveles de *ansiedad estado* hasta un máximo al iniciar el expulsivo, con un descenso marcado después del parto, lo que concuerda bien con la experiencia clínica. Aún existiendo una correlación indudable entre las manifestaciones de ansiedad durante el embarazo y el comportamiento en el parto, las discordancias son frecuentes. Mujeres que parecen altamente estables y poco emocionales

durante la gestación, pierden el control durante el parto y viceversa. Al fin y al cabo, el parto es una situación de gran estrés, y para muchas madres tan inesperado, que puede desbordar la adaptación de la mujer y originar intensa ansiedad.

Un buen entorno familiar y social también ayuda a las embarazadas a aliviar su estrés. Los familiares y amigos pueden proporcionar información, apoyo emocional o ayuda con las tareas del hogar. Algunos estudios sugieren que tener una buena red de apoyo puede reducir el riesgo de parto prematuro y de tener un bebé de peso bajo, especialmente en el caso de mujeres pobres y de alto riesgo. Existe una serie de técnicas para reducir el estrés que pueden ser útiles durante el embarazo, entre ellas, se encuentran las clases de yoga, la bioretroalimentación, la meditación y la imaginación guiada. Las clases de preparación para el parto enseñan técnicas de relajación y ayudan a reducir la ansiedad educando a los futuros padres sobre lo que va a ocurrir durante el embarazo y el parto.

5.7. El Dolor Durante el Trabajo de Parto

El dolor, según Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP, es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño (Bakal, 1996). El dolor es, por tanto, subjetivo y está asociado a daño tisular o que se describe como producido por éste. Esto permite considerar que incluso en aquellas formas de dolor en las que no hay daño tisular que las ocasione, generalmente como consecuencia de lesiones neurológicas, los pacientes describen el dolor como si estuviera producido por una lesión periférica. El proceso del dolor se inicia con la activación y sensibilización periférica donde tiene lugar la transducción por la cual un estímulo nociceptivo se transforma en impulso eléctrico. La fibra nerviosa estimulada inicia un impulso nervioso denominado potencial de acción que es conducido hasta la segunda neurona localizada en el asta dorsal de la médula, estamos hablando de la transmisión. En el proceso de modulación, en el asta dorsal de la médula, intervienen las proyecciones de las fibras periféricas y las fibras descendentes de centros superiores (Gómez, 1998). La transmisión de los impulsos depende de la acción de los neurotransmisores. Por último, tiene lugar el reconocimiento por parte de los centros superiores del Sistema Nervioso Central.

Durante el embarazo, el útero, la vagina y el perineo son sensibles a las sensaciones del placer, y es posible que las fibras del dolor, que están separadas de los nervios portadores de sensaciones de placer, sean necesarias en estas zonas para protegerlas contra los daños. Si esto es así, se verán afectados por el paso de la cabeza del pequeño a través de un canal que normalmente es relativamente estrecho (Mejía, 1999). El dolor, de alguna manera puede

mantener alerta a la madre durante el parto y el periodo que sigue inmediatamente a este, cumpliendo un papel muy importante en la evolución de la madre hacia su pequeño. Existe diversidad en la anatomía y fisiología de las personas, de forma que existen diferencias individuales en el número de mensajes dolorosos que llegan al cerebro, esto, explica porque algunas mujeres no sienten dolor alguno. Las presiones exteriores que una madre tiene que soportar tienen importancia, pero más importante aún para el desarrollo emocional del feto es lo que ella piensa y siente sobre su criatura, por esto, es de vital importancia el entrenamiento que recibe la madre durante el periodo de gestación del feto, por medio de esta preparación se propone enseñar a la mujer los procesos, tanto físicos como mentales, que tienen lugar durante el embarazo el parto y el alumbramiento, y los primeros momentos de la vida del niño, de forma que sean y se sientan capaces de controlar y ayudar en las acciones de su cuerpo. Es un equipo de trabajo esencialmente activo: la madre controla el parto y da a luz a su hijo, y lo hace con otras personas que están allí por si ella las necesita. No obstante, muchas veces el dolor durante el parto se transforma en un estado confuso de conocimientos, ya que muchas mujeres que llegan al parto, sin haber recibido el beneficio de una adecuada información sobre el tema, se encuentran poco preparadas para enfrentarse a lo que les está sucediendo.

El dolor durante el parto produce sensaciones internas y absolutamente desconocidas en una mujer, Melzack y Torgerson (1982, citado por Maci y Falkner, 1980), descubrieron que las sensaciones de dolor varían de muchas formas. El dolor leve se siente como un ligero temblor o estremecimiento. El moderado, como latidos y palpitaciones. El intenso como un fuerte golpe o sacudida. Las punzadas, las presiones, los calambres y los espasmos son otros tipos de dolor y también lo son el nivel quemante y el cauterizante. De igual forma, los dolores pueden producir sensaciones de tensión, cansancio, malestar, sofocación y sensaciones de temor y castigo (Maci y Falkner, 1990). Read (1932 citado en García, 2003), postuló que el miedo y la anticipación del dolor generan tensiones psíquicas y musculares para proteger el organismo; las tensiones musculares se oponen a la dilatación del canal del parto generando dolor al excitar las terminaciones nerviosas del útero que responden al exceso de tensión. A este proceso Dick-Read lo denominó síndrome de miedo-tensión-dolor, y para romper con él propuso la superación del miedo, eliminando la ansiedad y la tensión y sustituyéndolos por la calma y la relajación. Para conseguirlo desarrolló cursos de preparación cuyos objetivos eran eliminar el miedo y la ignorancia, además de reducir las tensiones, mediante la información y los ejercicios de relajación física y respiratoria. A su método lo denominó parto sin temor.

El parto puede experimentarse de distinta manera, según la interpretación de cada cultura, como una experiencia que encierra peligro y dolor, que es estresante y absorbente, un hecho

prosaico que encuentra ciertos peligros. Lamaze (1989), pretende, mediante una información adecuada, eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor. Se trata de una preparación intelectual, física y psíquica. Este método permite a la mujer colaborar activamente en el parto y brinda a los padres la oportunidad de participar en sesiones de preparación, lo que facilitará una relación más positiva con su hijo. Este método se hace público en España en 1955, incorporándose como parte de las prestaciones de la Seguridad Social en el año 1959. Su demanda ha sido creciente y el Programa de Preparación al Parto se ha estandarizado como una prestación fundamental de la cartera de servicios en el seguimiento ambulatorio del embarazo, incluyendo controles periódicos de salud, sesiones educativas y entrenamiento en habilidades prácticas, e implicando a diferentes profesionales (Sueiro, Castro, García, Vale y Vázquez, 1996). Los beneficios y ventajas que obtienen las embarazadas que realizan una preparación psicoprofiláctica a lo largo de su gestación han sido puestos de manifiesto por muchos estudios. Se ha comprobado que la sensación dolorosa a lo largo del parto es menor en aquellas mujeres que han recibido una preparación psicoprofiláctica de la gestación con respecto a las que no han recibido ningún tipo de preparación. Se estudió el efecto sobre la ansiedad y la actitud ante el parto de un curso de psicoprofilaxis obstétrica en primigestas y multigestas. Las embarazadas no preparadas incrementaron su ansiedad al final del embarazo, las primigestas preparadas habían reducido su ansiedad, su temor ante el parto y presentaban una mayor autoconfianza y deseo de participación en él, y las multigestas preparadas mantenían los mismos niveles de ansiedad de antes del inicio del curso pero habían incrementado su confianza en saber controlar su parto (Botella, 1998).

Otros estudios revisados reconocen los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica, la cual logra reducir la duración del parto y consigue que las embarazadas vivan y entiendan mejor su embarazo, y que los maridos compartan y asistan al parto, lográndose que sea para ambos una experiencia positiva. Los métodos actuales para la preparación al parto natural se esfuerzan por inculcar confianza en la madre preparándola, y normalmente también al padre, en los procesos reales del embarazo y del parto, por esto, una serie de charlas y sesiones orientadoras le ayudan a comprender y controlar los cambios que están teniendo lugar en su cuerpo. Estas orientaciones son dadas normalmente por un instructor preparado y el enterarse de la experiencia de otras personas es una parte fundamental de la preparación. Uno de los estudios sobre los efectos de la preparación activa para el parto, fue realizado por Doering y Entwistle (1986 citado por Maci y Falkner, 1990), quienes estudiaron a 269 mujeres norteamericanas. La mitad de ellas había tomado un curso completo de psicoprofilaxis y la otra mitad había tenido

otra clase de preparación en diversos grados, desde ninguna preparación hasta una muy completa. Al nivel uno pertenecieron las mujeres que no habían tenido ninguna preparación. En el nivel dos se encontraban aquellas que habían leído libros y revistas sobre el embarazo y el parto, pero no habían asistido a clases y no conocían técnicas de adaptación. En el nivel tres se hallaron las mujeres que tenían conocimientos semejantes a las del nivel dos, además de algún conocimiento de las técnicas psicofísicas. En el nivel cuatro estaban las mujeres que habían recibido un entrenamiento completo. Con la realización de este estudio se descubrió que cuanto más preparación tenía la madre, más podría estar alerta y conciente durante el parto. Entre las que habían recibido entrenamiento psicoprofiláctico completo, un ochenta y cuatro por ciento se hallaba completamente conciente y sólo el cinco por ciento, inconciente.

De igual forma, Doering y Entwistle (1986 citado por Maci y Falkner, 1990), confirmaron que las mujeres que reciben entrenamiento se benefician posteriormente con ellos, al igual que sus bebés. Sin embargo, van más lejos y demuestran que es este nivel de conciencia y conocimiento, durante el nacimiento, el que produce gran parte de estos buenos resultados. Mientras más concientes estén las madres, más positivos serán sus sentimientos posteriores acerca de la experiencia del nacimiento. La teoría psicológica del aprendizaje postula que el dolor y la ansiedad que se espera durante el parto podrían condicionar adversamente a la madre y volverlo contra ello (Stoppard, 1987). No obstante, los resultados demuestran que la verdad es precisamente lo contrario. Un cincuenta y siete por ciento de las mujeres que estaban completamente inconcientes durante el parto, posteriormente se sintieron mal al respecto y sólo el tres por ciento reaccionó positivamente. El noventa y uno por ciento de las que estaban concientes se sintieron bien, mientras que sólo el tres por ciento de ellas se sintieron mal respecto al trabajo de parto. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que los programas de educación prenatal, hacen parte de los recursos y estrategias empleadas para que las madres logren enfrentarse y adaptarse al embarazo y al parto, ya que mediante la implementación de estos programas, algunas mujeres recurren a defensas psicológicas, otras a conductas sustitutivas y otras a estrategias objetivas tendentes a modificar la situación o a adaptarse a ella misma. De esta forma, se puede afirmar que la psicoprofilaxis obstétrica engloba un diverso número de prácticas educativas de tipo teórico y práctico cuyo objetivo es abordar el parto sin temor y sin dolor, mediante un adecuado conocimiento del embarazo, parto y puerperio. La mujer recibe información sobre la psicología de la gestante y de la pareja y se le entrena con ejercicios prácticos que incluyen, respiración, relajación abdominal y perineal y pujos, así como ejercicios de tipo psicológico entre los que se encuentran la relajación y el

autocontrol, la reducción de la ansiedad y el entrenamiento en habilidades en situaciones ansiógenas y habilidades sociales en ámbitos hospitalarios.

En un estudio realizado por Díaz (1995) en la Universidad de Panamá se dió seguimiento a 33 mujeres embarazadas que recibieron el curso psicoprofiláctico hasta el momento del parto en 1995 y se comparó con una cohorte de 66 embarazadas las cuales no participaron en el curso psicoprofiláctico. Los resultados de este estudio evidenciaron que las mujeres que fueron preparadas para el parto natural, a través del método psicoprofiláctico, estaban en mejores condiciones físicas y psicológicas al momento del parto, ya que presentaban adecuados niveles de hemoglobina, ganancia de peso aceptable y estaban alertas y cooperadoras durante los diferentes estadios de la labor. En el área clínica existe un alto interés, por parte de los investigadores, en estudiar el fenómeno gestacional y elaborar, a partir de los resultados obtenidos, sistemas integrales de atención en salud, que incluyan acciones de fomento, promoción, prevención, detección precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, que tengan una cobertura adecuada. Dentro de las diferentes sesiones de entrenamiento al parto se realizan ejercicios de respiración especiales, que corresponden a las contracciones uterinas que son propias de las distintas fases del parto. Los procedimientos que generalmente se enseñan con objeto de *reducir el dolor*, son técnicas que ayudan a la madre a conservar el control y que pueden practicarse durante el proceso de parto para relajar los músculos y colaborar activamente en los esfuerzos de expulsión.

El dolor, junto con muchos otros procesos, juega un cierto papel en la evolución de los sentimientos de la madre hacia su hijo. De igual forma, el dolor puede ser útil de alguna manera para mantener alerta a la madre durante el parto y en el periodo que sigue inmediatamente a éste. El uso de estos métodos provoca una relajación durante el parto, que evita que los músculos de la pelvis se pongan tensos, lo que hace que las contracciones uterinas sean menos efectivas y la presión de los tejidos de la pelvis sea mayor. De esta forma estos métodos disminuyen el número de mensajes de dolor enviados al cerebro, e incluso puede hacer cambiar la idea que la madre tiene su propia habilidad para controlar los mensajes una vez alcancen el cerebro. De igual forma, las técnicas de relajación la ayudan a controlar los niveles de estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto. La relajación afecta al sistema nervioso simpático que asiste en el trabajo de parto, por esto, poder relajarse entre contracciones se traduce, en muchas mujeres, en la posibilidad de enfrentar la próxima contracción con energías renovadas, también, reduce la tensión muscular y ayuda, de este modo, a contrarrestar la fatiga. Asimismo, desde los primeros días de la educación para el

parto, se le ha dado suma importancia al aprendizaje de técnicas de respiración, estas, se trabajan como modo de distracción durante las contracciones uterinas.

A medida que progresa el trabajo de parto y las contracciones se tornan más largas, dolorosas y frecuentes, se les debe enseñar a las mujeres a alternar el patrón de respiración, sin embargo, el cumplimiento estricto con los patrones de respiración está a menudo asociado a hiperventilación, fatiga e incapacidad de mantener un mismo patrón, lo cual provoca sentimiento de frustración, por esto, desde principios de 1980, se ha venido enfatizando menos en los patrones de respiración rígidos y preconcebidos y se alienta a las mujeres a hacer lo que surja naturalmente, sin ignorar las técnicas básicas de respiración. Una investigación realizada por Portugués y Murillo (2004) señala los efectos de un programa de ejercicio aeróbico y relajación sobre el estado anímico de mujeres embarazadas en la Ciudad de San José de Costa Rica. Este trabajo de investigación validó un programa de actividad física, ejecutando un programa de ejercicio aeróbico y de relajación en mujeres adolescentes embarazadas. Para esta investigación, se trabajó con adolescentes embarazadas que participaron en el programa psicoprofiláctico, en el tercer trimestre del año 2003. En total fueron 28 jóvenes embarazadas. Tratadas mediante este programa durante 6 semanas con 3 sesiones de ejercicio aeróbico y relajación por semana para un total de 17 sesiones de actividad física. Se utilizó la versión modificada de 29 ítems del test Perfil de Estado de Ánimo (POMS), para medir las variables dependientes del estado anímico: depresión, hostilidad, fatiga, ansiedad y vigor de las participantes del programa. A partir de la ejecución de este estudio se logró un efecto positivo del programa de ejercicio aeróbico y relajación sobre el estado anímico de adolescentes embarazadas a lo largo de la aplicación del mismo.

Existen algunos registros históricos que revelan que, en la antigua Grecia, era práctica habitual tocar música instrumental relajante a las mujeres en trabajo de parto. La música puede causar efectos relajantes debido a su capacidad de alterar el humor, reducir el estrés y alentar a tener pensamientos positivos, por esto, puede utilizarse como factor detonante de respuesta respiratoria o de relajación (Salvatierra, 1989). Otro de los técnicas para manejar el dolor son los movimientos rítmicos, estos, son una fuente de contra estimulación y puede estimular la expulsión de las endorfinas propias del sistema nervioso, por ejemplo, mover la pelvis hacia atrás y adelante durante las contracciones con frecuencia alivia el dolor. Para algunas mujeres es de gran ayuda contar, cantar o gritar al mismo tiempo. Cualquier acción que adopte, debe ser rítmica y repetida, y, además, debe hacerla sentir mejor. Sin embargo, en algunas ocasiones el uso de técnicas no es suficiente para manejar las tensiones que experimentan la madre durante el embarazo y el parto, estos niveles aumentan ya que para la mayoría de las mujeres

constituye un período de incertidumbre, ansiedad, emociones cambiantes e inestabilidad, por lo que es necesario un profundo trabajo psicológico sobre ellas mismas. Cualquier mujer puede manejar mejor el estrés y la ansiedad de su vida si se encuentra sana y en buen estado físico. Una mujer embarazada debe asegurarse de consumir una dieta saludable, dormir bien, evitar el alcohol, los cigarrillos y las drogas y hacer ejercicios regularmente. El ejercicio ayuda a una mujer embarazada a mantenerse en buen estado físico, como también a prevenir algunas de las molestias comunes del embarazo como los dolores de espalda, la fatiga y el estreñimiento, y contribuye a aliviar el estrés.

5.8. Estrategias de Afrontamiento y Embarazo

Entre los recursos de afrontamiento propios de cada gestante debe contarse, en primer lugar, con una adecuada capacidad física, salud y energía, ya que, durante el embarazo el estado de salud previa es importante. En segundo lugar, los recursos materiales, como el dinero, la vivienda y la ayuda doméstica, aunque estos conceptos deben considerarse como artefactos en los que intervienen varios componentes, uno de esos componentes puede ser favorecer la confianza de la mujer y la adopción de estrategias objetivas. En tercer lugar, están los recursos propiamente psicológicos, como las creencias positivas, las habilidades para resolver problemas y las habilidades sociales, los cuales dependen de factores de factores genéticos y procesos de aprendizaje que configuran la personalidad. El afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio hasta un control superficial de solamente emociones suscitadas por un evento estresante (Fierro, 1996). El concepto de estrategia de afrontamiento ha sido trabajado en el campo de la salud mental y la psicopatología, principalmente relacionándolo con el estrés, las emociones y la solución de problemas. Con relación al estrés, las estrategias de afrontamiento o estrategias coping, son consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus y Folkman, 1984, 1986; Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

Desde esta perspectiva el afrontamiento es considerado como proceso, ante el cual es de resaltar que:

a) Las observaciones relacionadas con lo que el individuo piensa o hace, en contraposición con lo que generalmente hace o haría en determinada situación.

b) Lo que el individuo realmente piensa o hace, se analiza en un contexto específico, ya que para entender el afrontamiento y evaluarlo es necesario saber qué afronta.

c) El afrontamiento es un proceso cambiante, que lleva al individuo a contar con estrategias que le sirvan de herramienta para solucionar el problema. Esta flexibilidad que caracteriza el afrontamiento, es considerada como resultado de la constante lucha del individuo, por transformar su entorno, sin dejar de lado la existencia de cambios que son ajenas a él, y que son emanadas por el medio circundante. Es decir, la mera relación del individuo con su contexto genera constantes reevaluaciones cognitivas de lo que ocurre, de su importancia y de la manera en que él puede actuar (Lazarus y Folkman, 1986).

Etapas en el Proceso de Afrontamiento:

1. Anticipación: Aun no ha ocurrido el evento y el aspecto principal a evaluar incluye la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, el momento en que ocurrirá y la naturaleza de lo que ocurra. Además, hace una evaluación secundaria, en la cual se valora la manera como puede manejar el problema. De manera simultánea al proceso de anticiparse a la situación, sus pensamientos afectan las reacciones ante el estrés y el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

2. Impacto o confrontación: Durante este periodo los pensamientos y acciones vitales para el control pierden su noción ya que el acontecimiento ha iniciado; el individuo inicia un proceso de comparación entre lo que sucede y sus imágenes de anticipación, al encontrar diferencias se reevalúa su importancia, lo cual significa como redefinición de la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

3. Postimpacto o postconfrontación: Sumado a la continuidad de la redefinición, emergen un conjunto de nuevas consideraciones. Así el evento o acontecimiento estresante haya terminado, al final deja una serie de procesos y afrontamientos que el individuo debe resolver (Lazarus y Folkman, 1986).

La función del afrontamiento se orienta a manejar del mejor modo posible las demandas internas y ambientales, reduciendo la tensión y devolviendo el equilibrio al sujeto. Contrario a lo anterior, Jannis y Man (1977, citado por Lazarus y Folkman, 1986) indican que la función del afrontamiento no está estrictamente relacionada con el mantenimiento del equilibrio, más bien se orienta a la toma de decisiones, especialmente a la búsqueda y evaluación de la información. Es importante mencionar que algunos autores han planteado diversas funciones para el afrontamiento, algunas orientadas a un contexto determinado, por ejemplo, en salud – enfermedad, crisis sociales o políticas (Lazarus y Folkman, 1986). Por otra parte, habría que diferenciar dos tipos de afrontamiento: en cuanto a la orientación cuando se dirige al problema y a la emoción.

a) *Afrontamiento Dirigido al Problema*: su finalidad está enfocada a la definición del problema, la búsqueda de alternativas de solución, selección y aplicación de las mismas. Se habla de la existencia de dos grupos: 1) Referente al entorno: dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos; y 2) Referente al sujeto: están las estrategias encargadas de los cambios emocionales o cognitivos, como las variaciones del nivel de aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

b) *Afrontamiento Dirigido a la Emoción*: está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, están incluidas estrategias como: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos. Estas estrategias son utilizadas prácticamente en todas las situaciones estresantes. Existe un grupo más reducido de estrategias que se orienta a aumentar el grado de trastorno emocional, como herramienta para precipitar su actuación o para autocastigarse y posteriormente actuar.

Algunas estrategias de afrontamiento son (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre, 2006):

Solución de Problemas: estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución.

Búsqueda de Apoyo Social: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas.

Espera: estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo

Religión: estrategia cognitivo-comportamental expresadas a través del rezo y la oración dirigidas a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema.

Evitación Emocional: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social.

Búsqueda de Apoyo Profesional: estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo.

Reacción Agresiva: estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.

Evitación Cognitiva: estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores a través de la distracción.

Reevaluación Positiva: estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación.

Expresión de la dificultad de afrontamiento: describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, para expresarlas y resolver el problema.

Negación: tendencia a comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en el problema y alejarse de las situaciones que se relacionan con él de manera temporal, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

Autonomía: hace referencia a la tendencia en responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser puestas en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen por qué ser entendidas propiamente como estresantes, sino como aquellas formas en que el individuo hace frente a situaciones que requieren movilización de esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, en el intento de reducir o eliminar la experiencia de estrés (Arjona y Guerrero, 2001). Desde esta perspectiva, el afrontamiento se identifica con el comportamiento amplio de las personas ante la diversidad de situaciones y experiencias a las que han de enfrentarse cotidianamente, independientemente de la importancia o significación que pudieran tener objetiva o subjetivamente. La utilización de determinada estrategia de afrontamiento va a depender de la situación en sí, la evaluación cognitiva y el control percibido, las emociones y/o la activación fisiológica (Muller y Spitz, 2003; Vinaccia, Tobón, Sandín y Martínez, 2001; Garrido, 2000). Los estilos de afrontamiento pueden focalizarse en el problema, en la emoción o en la valoración de la situación; al dirigirse al problema, se consolida un estilo de afrontamiento orientado a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza. Al dirigirse a la respuesta emocional, el estilo de afrontamiento se orienta a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación.

Los esfuerzos cognitivos o comportamentales pueden darse de manera activa, pasiva o evitativa, activa al movilizar esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación, pasiva al basarse en no hacer nada directamente sobre la situación y esperar que cambien las condiciones, y de manera evitativa, intentando evitar o huir de la situación y/o de sus consecuencias (Fernández- Abascal y Palmero, 1999 citado por Londoño, Henao & Puerta, 2006). Distintos autores aprecian diferencias individuales en el proceso de afrontamiento,

postulando que ciertos estilos de personalidad predisponen a distintos estilos de afrontamiento, configurándose como rasgos de predisposición que derivan en estilos de afrontamiento estables y estos en estrategias de afrontamiento estables. Esto, lleva a plantear una cierta consistencia a lo largo del tiempo en el uso de unas estrategias de afrontamiento por parte de algunas personas en situaciones específicas (Carver, 1989 citado por Arjona y Guerrero, 2001).

Frente a las situaciones que generan altos niveles de estrés y ansiedad, la mujer tiende a utilizar consciente o inconscientemente ciertas estrategias de afrontamiento que le permiten adaptarse a su nueva condición. La capacidad de afrontamiento se entiende como el conjunto de respuestas pensamientos, sentimientos y acciones que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según los estímulos que actúen. Desde el modelo de Lazarus y Folkman (1984) no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el individuo realiza de tales situaciones o estímulos. Estos autores propusieron dos estilos de afrontamiento: focalizado en el problema al modificar la situación problemática para hacerla menos estresante o en la emoción para reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional.

Durante el embarazo, puede hablarse de dos tipos de conductas, la negación de la gestación, que se ignora o banaliza, o bien se racionaliza, se sublima, etc. Estas típicas defensas psicológicas suelen acompañar a peores resultados obstétricos. El segundo tipo de conducta, hace referencia a la aceptación de la realidad, Chalmers (1984 citado por Salvatierra, 1989), empleó un cuestionario de 74 ítems, con afirmaciones sobre la disponibilidad de apoyo social, la estabilidad del ambiente físico, cambios percibidos en la imagen corporal, relaciones maritales, preocupaciones económicas, temas relativos al cuidado médico, hospitalización, preocupación por el niño, expectativas y experiencias del embarazo y del parto, y ajuste postparto. Chalmers encontró, que los ítems de los que se esperaba buena puntuación eran los más negativos predictivamente, denunciando mala percepción de problemas. La explicación, es que las mujeres que se dan cuenta de la realidad y no crean falsas ilusiones están afrontando objetivamente la situación y superando mejor el estrés que las que se refugian en estereotipos y fórmulas convencionales.

Floréz (2005) realizó un estudio en la Universidad Católica de Bogotá, cuyo objetivo era la elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes, empleando como base teórica el modelo de adopción de precauciones de Weinstein. Para la ejecución de esta investigación, se utilizó un diseño cuasiexperimental pretest - posttest con un único grupo. Se estudiaron veinte

embarazadas y los instrumentos utilizados fueron: entrevista de ingreso, Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud (CEVPS) e Inventario de Eventos Estresantes y Psicosociales del Embarazo (IEE). Los resultados obtenidos a partir de la implementación de este programa evidencian que se lograron diferentes niveles de aprendizaje sobre el proceso del parto, riesgos, precauciones y entrenamiento en autocontrol emocional. De igual forma, se logró el desarrollo de técnicas de afrontamiento como preparación psicológica al parto, alcanzando con algunas de las participantes la *intención* de actuar favorablemente durante su parto. Otro aspecto a destacar dentro de este estudio son las diferencias encontradas con relación al soporte interpersonal, esto, muestra la importancia del apoyo social que necesitan las adolescentes embarazadas. El trabajo realizado en cuanto a resolución de conflictos permitió a las adolescentes desarrollar estrategias de afrontamiento en situaciones difíciles que estaban viviendo consigo mismas, con sus familias, compañeros y el entorno social.

De aquí, se desprende la necesidad de desarrollar una estrategia de intervención interdisciplinaria para los diferentes momentos de la gestación desde la identificación del embarazo hasta el puerperio, con base en el modelo de adopción de precaución como parte de las políticas institucionales para las entidades de salud que en este momento ofrecen programas de atención materno-infantil. En este sentido, la psicoprofilaxis desempeña un papel preponderante dentro de la educación de mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, esto, lo demuestra el estudio realizado por Arias (1988), ella señaló la importancia de realizar cursos psicoprofilácticos en forma continuada como parte integral del cuidado prenatal identificando la diferencia de conocimientos y aplicaciones de los mismos en el trabajo de parto y el puerperio.

Todo lo anterior, permite concluir que el embarazo y consiguientemente, la espera del nacimiento, significan para cada mujer un acontecimiento que va a influir en ella durante toda su existencia. Ello va a estar en relación con su constitución somática, con su modo de vida, con su grado de cultura y con su edad. Juega en ello también un rol predominante, la situación moral y social, bajo las cuales se han producido la gestación y se va a producir el parto. No es lo mismo. desde el punto de vista psíquico, ser madre soltera, ser madre abandonada, o ser madre, a la cual, no sólo el esposo, los familiares y todas las personas que la rodean, le prodigan sus afectos y cuidados, que le otorgan no sólo la tranquilidad física y psíquica, sino también seguridad económica y bienestar social. Desde el principio de la gestación, la mujer va a hacerse innumerables preguntas en forma conciente o inconsciente hasta llegado el momento del parto, esto, va a desencadenar en la mujer reacciones favorables o desfavorables, que van a influir, en la misma forma en el desarrollo de la gestación y el proceso del parto y

aún van a tener un rol decisivo en las relaciones psíquicas del puerperio. Por último, es necesario señalar que la futura madre debe tomar conciencia del papel activo que desempeña en la formación física y psicológica de su hijo, quien dependerá por entero de ella. La maternidad es una gran responsabilidad social. Cualquier mujer puede manejar mejor el estrés y la ansiedad de su vida si se encuentra sana y en buen estado físico. Una mujer embarazada debe asegurarse de consumir una dieta saludable, dormir bien, evitar el alcohol, los cigarrillos y las drogas y hacer ejercicios regularmente. El ejercicio ayuda a una mujer embarazada a mantenerse en buen estado físico, como también a prevenir algunas de las molestias comunes del embarazo como los dolores de espalda, la fatiga y el estreñimiento, y contribuye a aliviar el estrés.

Los resultados del estudio de Condon y Corkindale (1997) pusieron de manifiesto que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican por tanto que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal. Vemos, por tanto, la gran importancia que puede tener desarrollar programas de preparación al parto que puedan hacer disminuir la ansiedad en la mujer embarazada (Jiménez, Merino y Sánchez, 1993), además de mejorar el apoyo social y la autoestima que parecen relacionarse positivamente con el estado emocional de la mujer durante el embarazo. Rauenhurst (2001), por su parte, señala la importancia del soporte social, particularmente la relación de la mujer con su marido o pareja en el establecimiento del apego prenatal. Los ultrasonidos, el conocimiento del sexo del niño y el nombramiento del niño fueron identificados como elementos clave para el desarrollo del apego prenatal. Laxton- Kane y Slade (2002) consideraron como factores influyentes en el apego prenatal la edad gestacional y la percepción de los movimientos fetales.

En este previsible contexto, disponer de un protocolo psicoprofiláctico que permita valorar algunas de las variables psicosociales que afectan a la futura madre puede ser recomendable. Con esta investigación, se ha tratado de contribuir al adaptar e implementar este protocolo. En este sentido, los resultados indican la necesidad de un estudio paralelo a la obstetricia que se dedique a la comprensión de todo aquello que engloba a la maternidad psíquica. Por esto, es de vital importancia, afirmar que la gestación se trata de un proceso de gran complejidad, el cual, a la hora de ser evaluado requiere de múltiples constructos, pero que pueden introducirse en un macroconstructo que permita englobar las interrelaciones que pueden sentirse y vivirse en la gestación pero que no pueden ser explicitadas más que en su totalidad. De esta forma, es necesario entender la gestación como un proceso de gran complejidad psíquica, en el que se

interrelacionan las fantasías, los recuerdos y las ilusiones. Finalmente estos elementos (ansiedad estado, estrategias de afrontamiento y valoración subjetiva de dolor) constituyen la forma en que se hará la caracterización de la muestra, atendiendo a un enfoque cognitivo.

El embarazo en sí constituye un acontecimiento fisiológico y psicológico normal que no está libre de tensiones y conflictos, el embarazo, para la mayoría de las mujeres, constituye un período de duda, de ansiedad, de arduo trabajo psicológico que va variando durante el transcurso de este. En los primeros meses puede experimentar, junto con alegría y satisfacción, una gran ansiedad derivada de la necesidad de adaptarse a una situación nueva que implica no sólo el periodo prenatal, sino también, el trabajo de parto que indiscutiblemente genera sentimientos de miedo e incertidumbre en las futuras madres, además, surge el temor frente a la responsabilidad que implica el tener que criar a un niño, dudando en ciertos momentos de sus capacidades maternas y por ende, de las estrategias de afrontamiento con las que cuenta para adaptarse a la nueva situación.

En este sentido, el desafío de la obstetricia moderna es asegurar la atención de mejor calidad posible, a la embarazada y su hijo, de modo que el parto termine con un niño sano y una madre que pueda reincorporarse sana y a su familia, para seguir cumpliendo con la crianza de su hijo, dentro de esta atención, el psicólogo juega un papel preponderante, ya que, con su contribución en la implementación de protocolos psicoprofilácticos, podrá lograr que una mujer sea capaz de conocerse y confiar en sus capacidades. Haber podido educarlas y cultivarlas con paciencia. Pero en el largo plazo, toda esta experiencia será un ejercicio de dominio de sí, que la ayudará para el dominio de toda la vida personal. Tendrá elementos para el control de sí cuando esté acosada por la rabia, cuando se vea en la tentación del maltrato infantil, cuando enfrente la enfermedad o la muerte de uno de los suyos. Finalmente, los anteriores elementos (ansiedad, estrategias de afrontamiento y valoración subjetiva del dolor) constituyen la forma en que se evaluará el efecto de la implementación del protocolo psicoprofiláctico durante el periodo pre, peri y postnatal, atendiendo a un enfoque cognitivo, el cual entiende los problemas en función de procesos y productos.

6. MÉTODO

6.1 Tipo de Investigación

De acuerdo con los planteamientos de Sampieri, Fernández y Baptista (1998), el presente estudio es una investigación de tipo longitudinal, con el cual se busca medir reiteradamente la muestra antes y después de la aplicación del protocolo psicoprofiláctico para evaluar los efectos psicológicos durante el periodo pre, peri y postnatal.

6.2 Diseño

El diseño implementado corresponde a un estudio cuasiexperimental con medida pretest - posttest y grupo control conformado por aquellas mujeres embarazadas no participantes del protocolo psicoprofiláctico y que tuvieron su parto en la clínica.

6.3 Muestra

La muestra seleccionada para el desarrollo del presente proyecto se conformó por 70 gestantes, la cual se dividió en dos grupos: 35 gestantes pertenecieron al grupo experimental, participaron en la implementación del protocolo psicoprofiláctico, se encontraban en el tercer trimestre de embarazo y asistieron a sus controles prenatales y, el grupo control se conformó por 35 gestantes que acudieron a la Clínica Chicamocha por su trabajo de parto y no fueron parte del protocolo psicoprofiláctico. El rango de edad osciló entre 17 y 42 años de edad y un promedio de 27.89 años residentes de la ciudad de Bucaramanga.

6.4 Instrumentos

1. El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), contiene 20 reactivos en escala tipo Likert y la valoración de sus puntajes va de 1-4 (nada-mucho). El valor mínimo en la puntuación es 20 y máximo 80. Se utilizó la escala de ansiedad estado para aplicar a la muestra y de esta manera, se exploraron los niveles de ansiedad con el fin de conocerlos, evaluarlos y modificarlos a partir del programa.

2. Escala de Estrategias de Coping Modificado EEC-M: el cuestionario consta de 69 preguntas, evalúa 12 estrategias de afrontamiento al estrés y está basado en la teoría de Lazarus y Folkman (Londoño, et al., 2006). El proceso de validación de la prueba fue realizado por Londoño et al (2006), quienes realizaron modificaciones a la Escala de Estrategias de Coping (EEC-R) en la versión de Chorot y Sandín (1993, Citado por Londoño et al, 2006) identificando las propiedades psicométricas y la validez estructural. La muestra con la cual se llevó a cabo la validación fue elegida por conveniencia en estudiantes universitarios y personas laboralmente activas.

Participaron 893 personas en total, de las cuales 44,7% eran mujeres y 55,3% hombres. La edad promedio de los participantes fue de 25 años. Además se realizó el análisis factorial exploratorio de la prueba, reagrupándose los ítems en 12 factores que representaron el 58% de la varianza. El factor que mostró un mayor nivel de explicación de la varianza fue solución de problemas (12.5%), seguido por búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía. El alfa de Crombach de la prueba definitiva fue de 0,8 (Londoño, et al, 2006).

3. Escala Visual Análoga (VAS): Es una medida unidimensional del dolor que permite hacer una valoración subjetiva de la intensidad de dolor referido por el paciente en el momento actual. Consta de una escala donde el paciente escoge una puntuación de 0 y 10, 0 indica ausencia de dolor, y 10 el peor dolor que le es posible experimentar o imaginar. Se considera leve si puntúa entre 1 y 3, moderado entre 4 y 7, severo entre 8 y 10 (Gaviria, Vinaccia, Quiceno, Martínez, Yepés, Echevarria, Contreras y Pineda, 2006).

6.5 Procedimiento

1. Selección de la muestra de estudio. Las mujeres pertenecientes al grupo experimental fueron seleccionadas a partir de la convocatoria que se realizó en las diferentes EPS que poseen convenio con la Clínica Chicamocha. Las mujeres fueron informadas del trabajo que se estaba realizando en cuanto al programa de intervención psicológica y mediante su consentimiento se llevó a cabo la evaluación (Ver Anexo 1). Las mujeres pertenecientes al grupo control fueron seleccionadas al azar a partir de la información brindada por las enfermeras jefes de la Sala de Partos de la Clínica Chicamocha.

2. Implementación del protocolo de intervención psicológica mediante 8 sesiones. Esta intervención se realizó semanalmente y tuvo una duración de una hora, allí se abordaron temas relacionadas con el periodo de gestación, manejo de dolor y manejo de ansiedad. Iniciado el protocolo de intervención psicológica se aplicó la batería de pruebas y se realizó la medición de las variables trabajadas durante el desarrollo del programa. De igual forma, los instrumentos fueron aplicados nuevamente después del parto, con el fin de realizar la comparación entre dichas variables (Ver Anexo 2).

3. Recolección y análisis de la información de los datos obtenidos. Se procedió a analizar los datos arrojados mediante el SPSS versión 11.0. La información arrojada por el programa estadístico fue analizada de acuerdo con la teoría, para finalizar con la construcción del informe.

7. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del análisis de la información recolectada acerca de los efectos de la implementación del protocolo psicoprofiláctico en una muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha, desarrollado a partir de la utilización del paquete estadístico S.P.S.S 11.0, utilizando estadísticos descriptivos y análisis de correlaciones. En primer lugar se realiza un análisis de las características demográficas de la muestra con la cual se trabajó. Posteriormente se evalúan los resultados de cada una de las pruebas en el siguiente orden: Cuestionario de Ansiedad STAI Estado, Escala de Estrategias de Afrontamiento Coping Modificada y Escala Subjetiva de Dolor.

En la tabla 1 se observan los resultados estadísticos de los datos sociodemográficos de la muestra de investigación, tanto del grupo experimental como del grupo control. La muestra estuvo compuesta por un total de 70 mujeres, 35 del grupo experimental y 35 del grupo control, las edades de los dos grupos van de los 17 a los 42 años, con una media de 27.06 años. La EPS de donde proviene la mayoría de las mujeres gestantes pertenecientes al grupo experimental es de Humanavivir con un 45.7%, seguida de Solsalud con un 40%, y por último saludarte con un 14.3% de la población. En cuanto al estado civil se encuentra con mayor prevalencia las mujeres casadas con un 51.4%, seguida de las mujeres que se encuentran en unión libre con un 42.9% y las solteras con un 5.7%.

Al observar el nivel de escolaridad, se puede observar que es mayor el porcentaje de mujeres que no han finalizado sus estudios universitarios 28.6%, seguido de aquellas que no finalizaron sus estudios de secundaria con un 25.7% y un 22.9% finalizaron sus estudios de secundaria, Al analizar la ocupación actual de las mujeres gestantes se pueden observar claramente que muchas de ellas son amas de casa 42.9%, que un 20% son trabajadoras independientes y que otro 20% son estudiantes. En cuanto al estrato socioeconómico se encuentra mayor presencia de la muestra en el estrato 2 con un 51.4%, seguido del estrato 3 con un 22.9%. La tabla 1 también permite observar que el 60% de las mujeres no se encontraban en su primer embarazo. Por lo tanto, la mayoría de mujeres gestantes ya tenían un hijo 42.9%.

Al analizar si las mujeres gestantes habían tenido abortos anteriormente, se encontró que el 80.0% no habían tenido abortos. La tabla también muestra que el 65.7% de la muestra se encontraba tomando algún tipo de medicamento. De igual forma se puede observar que el 88.6% de las mujeres gestantes no había sufrido ninguna enfermedad física. La tabla 1, también evidencia que el 77.1% de la muestra, no había asistido anteriormente a un curso

psicoprofiláctico. Por último, se puede observar que el 100% de la muestra asistió puntualmente a los controles prenatales.

Por su parte, los datos del grupo control en cuanto a la media de las edades, es de 27.89, la EPS de donde proviene la mayoría de las mujeres gestantes es de Humanavivir con un 34.3%, seguida de Comfenalco con un 25.7% y Saludcoop con 22.9%. En cuanto al estado civil la mayoría de las mujeres se encuentra en unión libre con un 48.6%, seguida de las mujeres casadas con un 34.3%. Al observar el nivel de escolaridad de las mujeres gestantes pertenecientes a este grupo, se puede observar que es mayor el porcentaje de mujeres que no finalizaron sus estudios de secundaria 42.9%, seguido de aquellas que finalizaron sus estudios de secundaria con un 31.4%. Al analizar la ocupación actual de las mujeres gestantes se pueden observar claramente que muchas de ellas son amas de casa 60%, un 22.9% son trabajadoras independientes, 11.4% son estudiantes. En cuanto al estrato socioeconómico se encuentra que la muestra pertenece en su mayoría 60%, al estrato 3 seguido de un 31.4% de estrato 2. La tabla 1 también permite observar que el 57.1% de las mujeres no se encontraban en su primer embarazo y la mayoría de mujeres gestantes no tenían hijos 42.9%.

Al analizar si las mujeres gestantes habían tenido abortos anteriormente, se encontró que el 74.3% no habían tenido abortos. La tabla también evidencia que el 57.1% de la muestra se encontraba tomando algún tipo de medicamento. De igual forma se puede observar que el 94.3% de las mujeres gestantes no había sufrido ninguna enfermedad física. La tabla 1, también permite observar que el 88.6% de la muestra, no había asistido anteriormente a un curso psicoprofiláctico. Por último, se puede observar que el 71.4% de la población asistió puntualmente a los controles prenatales, mientras que el 28.6%, no asistió a los respectivos controles prenatales.

Los datos de la tabla 2 muestran los resultados de la comparación de medias del grupo experimental frente al grupo control respecto a la medición del Stai Estado, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas entre el post test del grupo experimental frente al control, donde se puede observar que las mujeres gestantes pertenecientes al grupo control experimentaron mayor ansiedad que las mujeres gestantes pertenecientes al grupo experimental. De igual forma se observa una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de medias del pretest del grupo experimental frente al post test respecto a la medición del Stai Estado, con lo cual se puede inferir que las mujeres gestantes pertenecientes al grupo experimental disminuyeron sus niveles de ansiedad después de la aplicación del protocolo de intervención psicoprofiláctico. En cuanto al pretest del grupo experimental frente al control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1: Estadísticos Descriptivos (N=70)

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo Control</i>			
	<i>X</i>	<i>D.S</i>	<i>Max</i>	<i>Min.</i>	<i>X</i>	<i>D.S</i>	<i>Max.</i>	<i>Min.</i>
Edad	27.06	6.620	41	17	27.89	7.103	42	17
EPS	Humanavivir		45.7%		Humanavivir		34.3%	
	Solsalud		40.0%		Solsalud		5.7%	
	Saludarte		14.3%		Saludarte		8.6%	
					Comfenalco		25.7%	
					Saludcoop		22.9%	
					Cooameva		2.9%	
Estado Civil	Soltera		5.7 %		Soltera		11.4%	
	Casada		51.4%		Casada		34.3%	
	Unión Libre		42.9%		Viuda		2.9%	
					Separada		2.9%	
					Unión Libre		48.6%	
Escolaridad	Primaria Incompleta		8.6%		Primaria Incompleta		5.7%	
	Secundaria Incompleta		25.7%		Secundaria Incompleta		42.9%	
	Secundaria Completa		22.9%		Secundaria Completa		31.4%	
	Universidad Incompleta		28.6%		Universidad Incompleta		14.3%	
	Universidad Completa		5.7%		Universidad Completa		2.9%	
	Otro		2.9%		Otro		2.9%	
Ocupación Actual	Ama de Casa		42.9%		Ama de Casa		60.0%	
	Independiente		20.0%		Independiente		22.9%	
	Estudiante		20.0%		Estudiante		11.4%	
	Ventas – Comercio		8.6%		Ventas – Comercio		5.7%	
	Auxiliar Contable		2.9%					
	Fisioterapeuta		2.9%					
Estrato Socioeconómico	1		11.4%		1		2.9%	
	2		51.4%		2		31.4%	
	3		22.9%		3		60.0%	

	4	14.3%	4	5.7%
Primer Embarazo	Si	40.0%	Si	42.9%
	No	60.0%	No	57.1%
Número de Hijos	0	42.9%	0	42.9%
	1	42.9%	1	28.6%
	2	8.6%	2	22.9%
	3	2.9%	3	2.9%
	4	2.9%	4	2.9%
Abortos	Si	20.0%	Si	25.7%
	No	80.0%	No	74.3%
Número de Abortos	0	80.0%	0	74.3%
	1	14.3%	1	22.9%
	2	5.7%	2	2.9%
Medicamentos	Si	65.7%	Si	42.9%
	No	34.3%	No	57.1%
Clase de Medicamentos	Ninguno	34.3%	Ninguno	57.1%
	Sulfato Ferroso	34.3%	Sulfato Ferroso	14.3%
	Hierro	2.9%	Hierro	11.4%
	Ácido Fólico	11.4%	Ácido Fólico	8.6%
	Calcio	14.3%	Calcio	8.6%
	Ampicilina	2.9%		
Enfermedad Física	Si	11.14%	Si	5.7%
	No	88.6%	No	94.3%
Clase de Enfermedad	Ninguna	88.6%	Ninguna	94.3%
	Hipertensión	2.9%	Hipertensión	5.7%
	Asma	2.9%		
	Espasmos Musculares	2.9%		
	Sistema Nervioso	2.9%		

Curso Psicoprofiláctico	Si	22.9%	Si	11.4%
	No	77.1%	No	88.6%
Control Prenatal	Si	100%	Si	71.4%
			No	28.6%

Tabla 2: Comparación de Medias Stai Estado Grupo Experimental vrs Grupo Control(N= 70)

	<i>Media</i>	<i>D.T</i>	<i>T</i>
<i>Grupo Experimental Pretest</i>	23.43	8.14	- 1.08
<i>Grupo Control(Única Medición)</i>	25.54	8.15	
<i>Grupo Experimental Pretest</i>	23.43	8.18	9.81**
<i>Grupo Experimental Postest</i>	8.00	4.43	
<i>Grupo Experimental Postest</i>	8.00	4.43	- 11.19**
<i>Grupo Control(Única Medición)</i>	25.54	8.15	
* P < 0.05. **P < 0.01			

El gráfico 1 evidencia la puntuación alta obtenida a partir de la aplicación del Stai Estado a los grupos experimental y control. En la gráfica se observa que el grupo control presentó mayores niveles de ansiedad que el grupo experimental.

Gráfico 1: Stai Estado Alto Grupo Experimental vs Grupo Control

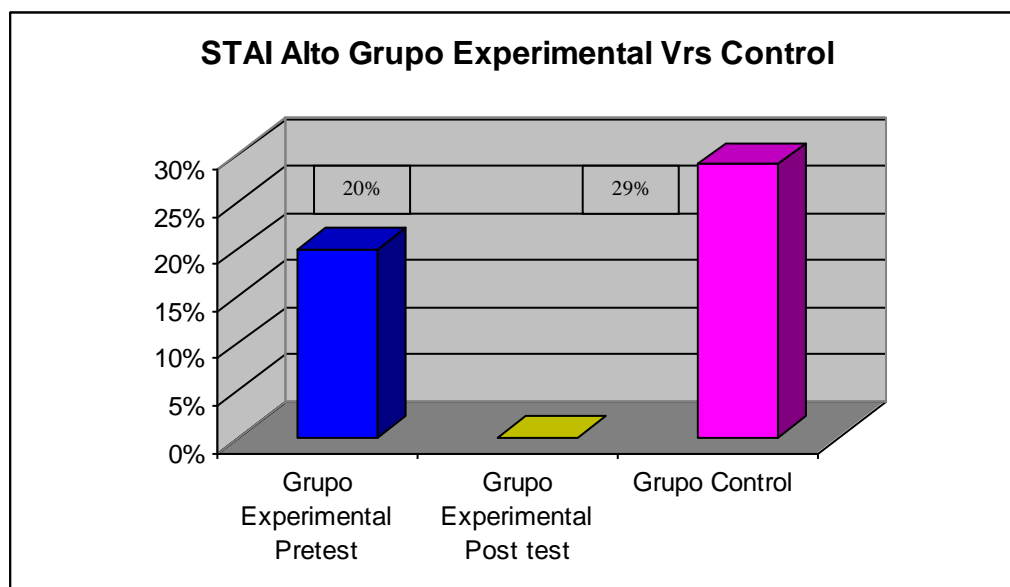


Tabla 4: Comparación de Medias Stai Estado por Estado Civil (N= 70)

<i>Estado Civil</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
Soltera	24.33	6.90	1.14
Casada	25.07	6.23	
Viuda	40.00		
Separada	28.00		
Unión Libre	23.38	7.18	
* P < 0.05. ** P < 0.01			

En la tabla 4 se encuentra la comparación de medias para Stai respecto al estado civil, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, resulta importante destacar que las viudas experimentan mayor ansiedad estado que el resto de las mujeres, aunque no debe olvidarse que este grupo sólo estuvo conformado por una persona.

Tabla 5: Comparación de Medias Stai Estado por Nivel de Escolaridad (N= 70)

<i>Escolaridad</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
Primaria Incompleta	28.20	6.61	1.62
Primaria Completa	15.50	4.95	
Secundaria Incompleta	22.00	7.37	
Secundaria Completa	25.26	8.99	
Universidad Incompleta	25.80	8.55	
Universidad Completa	32.67	5.13	
Otro	24.50	3.54	
* P < 0.05 **P < 0.01			

En la tabla 5 se encuentra la comparación de medias para Stai respecto al nivel de escolaridad, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, resulta importante destacar que las mujeres que experimentaron mayor ansiedad estado fueron aquellas que finalizaron sus estudios universitarios.

Tabla 6: Comparación de Medias Stai Estado por Ocupación Actual (N= 70)

<i>Ocupación Actual</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
Ama de Casa	23.89	8.27	0.64
Independiente	25.33	6.88	
Estudiante	24.18	6.76	
Auxiliar de Archivo	35.00		
Ventas - Comercio	22.20	6.44	
Auxiliar Contable	28.00		
Fisioterapeuta	34.00		
* P < 0.05 **P < 0.01			

La tabla 6 muestra la comparación de medias para Stai respecto a la ocupación actual, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, es importante resaltar que las mujeres que experimentaron mayor ansiedad estado fueron aquellas que se desempeñaban como auxiliares de archivo.

En la tabla 7 se encuentra la comparación de medias para Stai respecto al nivel socioeconómico, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, resulta importante destacar que las mujeres que experimentaron mayor ansiedad estado corresponden al estrato socioeconómico 4.

Tabla 7: Comparación de Medias Stai Estado por Nivel Socioeconómico (N= 70)

<i>Nivel Socioeconómico</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
1	23.60	8.90	0.89
2	22.83	8.36	
3	25.59	7.83	
4	27.43	8.56	
* P < 0.05 **P < 0.01			

Tabla 8: Comparación de Medias Stai Estado por Primer Embarazo (N= 70)

<i>Primer Embarazo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
Si	25.59	9.44	0.90
No	23.71	7.17	
* P < 0.05 **P < 0.01			

La tabla 8 muestra la comparación de medias para Stai respecto a si es el primer embarazo, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, aunque es importante resaltar que las mujeres que experimentaron mayor ansiedad estado fueron aquellas que se encontraban en su primer embarazo.

Tabla 9: Comparación de Medias Stai Estado por Número de Hijos (N= 70)

<i>Número de Hijos</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
0	25.90	9.44	0.49
1	23.40	7.04	
2	22.91	7.65	
3	23.00	7.07	
4	27.00	8.48	
* P < 0.05 **P < 0.01			

En la tabla 9 se encuentra la comparación de medias para Stai respecto al número de hijos, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, resulta importante destacar que las mujeres que han tenido 4 hijos experimentan mayor ansiedad estado que el resto de las mujeres.

Tabla 10: Comparación de Medias Stai Estado por Aborto (N= 70)

<i>Presencia de Abortos</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
Si	23.50	9.75	0.30
No	24.78	7.73	
* P < 0.05 **P < 0.01			

La tabla 10 muestra la comparación de medias para Stai respecto a aborto, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, es importante resaltar que las mujeres que experimentaron mayor ansiedad estado fueron aquellas que no habían experimentado abortos.

Tabla 11: Comparación de Medias Stai Estado por Enfermedad Física (N= 70)

<i>Enfermedad Física</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
Si	19.17	10.34	2.85
No	24.98	7.86	
* P < 0.05 **P < 0.01			

La tabla 11 muestra la comparación de medias para Stai Estado en función de la presencia o ausencia de enfermedad física, los datos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, es importante resaltar que las mujeres que experimentan mayor ansiedad estado fueron aquellas que no habían sufrido ningún tipo de enfermedad física.

Tabla 12: Comparación de Medias Stai Estado por Curso Psicoprofiláctico (N= 70)

<i>Curso Psicoprofiláctico</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
Si	20.33	9.20	3.89
No	25.34*	7.76	
* P < 0.05 **P < 0.01			

La tabla 12 muestra la comparación de medias para Stai respecto a si las mujeres gestantes habían asistido anteriormente a algún curso psicoprofiláctico, los resultados obtenidos permiten observar que existe una diferencia estadísticamente significativa, donde las mujeres que experimentaron mayor ansiedad estado fueron aquellas que no habían asistido anteriormente a un curso psicoprofiláctico.

Tabla 13: Comparación de Medias Stai Estado por Control Prenatal (N= 70)

<i>Control Prenatal</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>F</i>
Si	24.15	7.55	0.70
No	26.50	11.57	
* P < 0.05 **P < 0.01			

En la tabla 13 se encuentra la comparación de medias para Stai respecto al control prenatal, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, resulta importante destacar que las mujeres que no asistieron a los controles prenatales experimentaron mayor ansiedad estado que las mujeres que si asistieron a sus respectivos controles.

Los datos de la tabla 14 muestran el resultado de la comparación de medias entre el pretest del grupo experimental y el grupo control respecto a la medición de estrategias de afrontamiento, los resultados arrojados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas, aunque si hay una mayor tendencia a puntuaciones altas en todas las estrategias de afrontamiento en el grupo control frente al experimental, excepto en solución de problemas, apoyo profesional y autonomía.

Los datos de la tabla 15 muestran el resultado de la comparación de medias entre el pretest y post test del grupo experimental respecto a la medición de estrategias de afrontamiento evidenciándose diferencias estadísticamente significativas en cuatro estrategias. La primera estrategia corresponde a solución de problemas donde el pretest del grupo experimental muestra mayor puntuación que el post test del mismo, esto permite analizar que las mujeres gestantes pertenecientes al grupo experimental, finalizada la aplicación del protocolo psicoprofiláctico, logran aumentar el puntaje en la estrategia solución de problemas respecto a la medición inicial. En cuanto a las otras estrategias apoyo profesional, reevaluación positiva (Cognitiva) y dificultad de afrontamiento, los resultados de la comparación entre medias del pretest frente al post test del grupo experimental son más bajas. En cuanto al resto de estrategias no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 14: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento Grupo Experimental Pretest vrs Grupo Control (N= 70)

		<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>
Solución de Problemas	Grupo Experimental Pretest	35.83	8.28	
	Grupo Control	35.43	8.92	0.19
Apoyo Social	Grupo Experimental Pretest	23.71	8.13	
	Grupo Control	25.66	8.27	-0.09
Espera	Grupo Experimental Pretest	23.86	8.30	
	Grupo Control	26.80	7.40	-1.56
Evitación Emocional	Grupo Experimental Pretest	23.77	6.66	
	Grupo Control	26.51	8.49	-1.50
Religión	Grupo Experimental Pretest	28.71	9.35	
	Grupo Control	29.20	7.40	-0.24
Apoyo Profesional	Grupo Experimental Pretest	11.77	7.48	
	Grupo Control	10.37	6.16	0.85
Reacción Agresiva	Grupo Experimental Pretest	13.49	5.51	
	Grupo Control	14.29	5.86	-0.59
Evitación Cognitiva	Grupo Experimental Pretest	16.69	5.08	
	Grupo Control	17.37	4.64	-0.59
Reevaluación Positiva	Grupo Experimental Posttest	17.74	5.54	
	Grupo Control	19.60	5.08	-1.46
Dificultad de Afrontamiento	Grupo Experimental Pretest	10.46	3.16	
	Grupo Control	11.57	3.84	-1.33
Negación	Grupo Experimental Pretest	8.31	2.96	
	Grupo Control	9.03	3.00	-1.00
Autonomía	Grupo Experimental Pretest	5.14	2.30	
	Grupo Control	5.86	2.95	-1.13

* P < 0.05 **P < 0.01

Tabla 15: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento Grupo Experimental Pretest vrs Post test (N= 70)

		<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>
Solución de Problemas	Grupo Experimental Pretest	35,83	8,28	- 3. 63**
	Grupo Experimental Postest	42,29	6,49	
Apoyo Social	Grupo Experimental Pretest	23,71	8,13	- 1. 49
	Grupo Experimental Postest	26,37	6,73	
Espera	Grupo Experimental Pretest	23,86	8,30	1. 19
	Grupo Experimental Postest	21,77	6,20	
Evitación Emocional	Grupo Experimental Pretest	23,77	6,66	1.17
	Grupo Experimental Postest	22,11	5,09	
Religión	Grupo Experimental Pretest	28,71	9,35	0. 45
	Grupo Experimental Postest	27,74	8,58	
Apoyo Profesional	Grupo Experimental Pretest	11,77	7,48	- 7. 61**
	Grupo Experimental Postest	22,71	4,07	
Reacción Agresiva	Grupo Experimental Pretest	13,49	5,51	- 0. 58
	Grupo Experimental Postest	12,77	4,77	
Evitación Cognitiva	Grupo Experimental Pretest	16,69	5,08	-0. 72
	Grupo Experimental Postest	15,86	4,55	
Reevaluación Positiva	Grupo Experimental Pretest	17,74	5,54	-4. 26**
	Grupo Experimental Postest	22,71	4,11	
Dificultad de Afrontamiento	Grupo Experimental Pretest	10,46	3,16	2. 11*
	Grupo Experimental Postest	9,14	1,91	
Negación	Grupo Experimental Pretest	8,31	2,96	0.13
	Grupo Experimental Postest	8,23	2,69	
Autonomía	Grupo Experimental Pretest	5,14	2,30	2.59
	Grupo Experimental Postest	3,86	1,83	

* P < 0.05 **P < 0.01

En la tabla 16 se muestran los resultados de la comparación de medias del post test del grupo experimental frente al grupo control respecto a la medición de las estrategias de afrontamiento, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental en las estrategias solución de problemas y apoyo profesional, y en grupo control

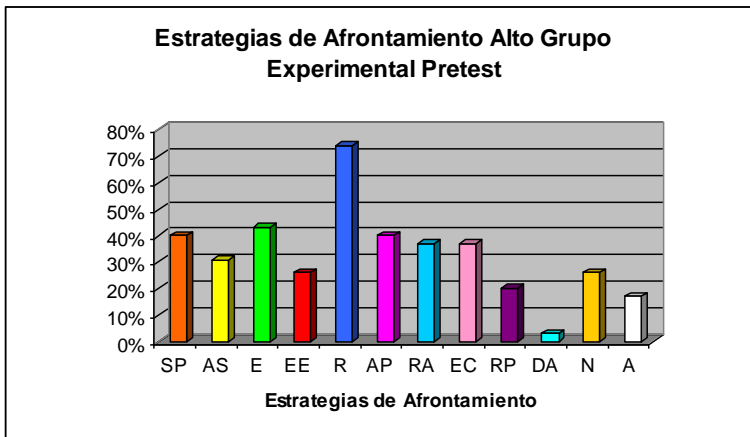
las estrategias de espera, reevaluación positiva, dificultad de afrontamiento, y autonomía. En cuanto al resto de estrategias, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 16: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento Grupo Experimental Post test vrs Grupo Control (N= 70)

		<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>
Solución de Problemas	Grupo Experimental Postest	42.29	6.49	3.68**
	Grupo Control	35.43	8.92	
Apoyo Social	Grupo Experimental Postest	26.37	6.73	0.40
	Grupo Control	25.66	8.27	
Espera	Grupo Experimental Postest	21.77	6.20	- 3.08**
	Grupo Control	26.80	7.40	
Evitación Emocional	Grupo Experimental Postest	22,11	5,09	- 2.63
	Grupo Control	22,11	8,49	
Religión	Grupo Experimental Postest	27,74	8,58	- 0.76
	Grupo Control	29,20	7,40	
Apoyo Profesional	Grupo Experimental Postest	22,71	4,07	9.89**
	Grupo Control	10,37	6,16	
Reacción Agresiva	Grupo Experimental Postest	12,77	4,77	- 1.18
	Grupo Control	14,29	5,86	
Evitación Cognitiva	Grupo Experimental Postest	15,86	4,55	- 1.39
	Grupo Control	17,37	4,64	
Reevaluación Positiva	Grupo Experimental Postest	22,71	4,11	2.82**
	Grupo Control	19,60	5,08	
Dificultad de Afrontamiento	Grupo Experimental Postest	9,14	1,91	- 3.35**
	Grupo Control	11,57	3,84	
Negación	Grupo Experimental Postest	8,23	2,69	- 1.17
	Grupo Control	9,03	3,00	
Autonomía	Grupo Experimental Postest	3,86	1,82	- 3.41**
	Grupo Control	5,86	2,95	

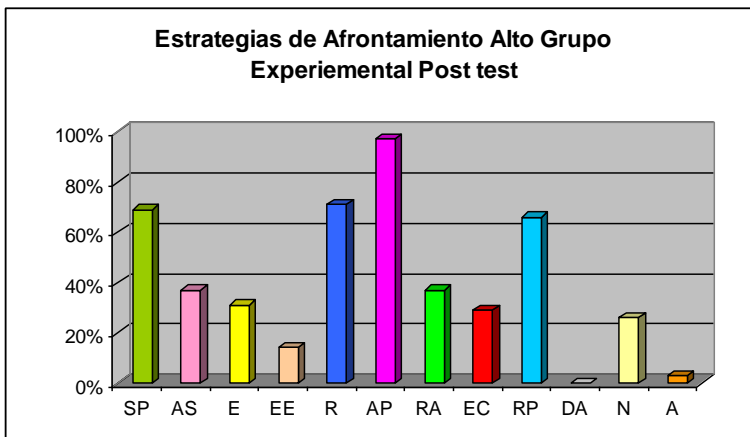
* P < 0.05 **P < 0.01

Gráfico 2: Estrategias de Afrontamiento Alto Grupo Experimental Pretest.



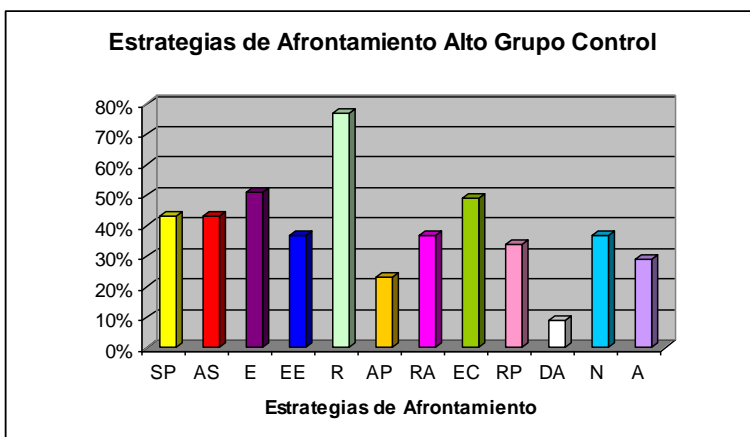
SP	Solución de Problemas	40%
AS	Apoyo Social	31%
E	Espera	43%
EE	Evitación Emocional	26%
R	Religión	74%
AP	Apoyo Profesional	40%
RA	Reacción Agresiva	37%
EC	Evitación Cognitiva	37%
RP	Reevaluación Positiva	20%
DA	Dificultad de Afrontamiento	3%
N	Negación	26%
A	Autonomía	17%

Gráfico 3: Estrategias de Afrontamiento Alto Grupo Experimental Post test.



SP	Solución de Problemas	69%
AS	Apoyo Social	37%
E	Espera	31%
EE	Evitación Emocional	14%
R	Religión	71%
AP	Apoyo Profesional	95%
RA	Reacción Agresiva	37%
EC	Evitación Cognitiva	29%
RP	Reevaluación Positiva	66%
DA	Dificultad de Afrontamiento	0%
N	Negación	26%
A	Autonomía	3%

Gráfico 4: Estrategias de Afrontamiento Alto Grupo Control.



SP	Solución de Problemas	43%
AS	Apoyo Social	43%
E	Espera	51%
EE	Evitación Emocional	37%
R	Religión	77%
AP	Apoyo Profesional	23%
RA	Reacción Agresiva	37%
EC	Evitación Cognitiva	49%
RP	Reevaluación Positiva	34%
DA	Dificultad de Afrontamiento	9%
N	Negación	37%
A	Autonomía	29%

En la gráfica 2 se evidencia la puntuación alta obtenida de la aplicación de la prueba de estrategias de afrontamiento al grupo experimental en una medición inicial. Los porcentajes obtenidos permiten observar que la estrategia más utilizada correspondió a la estrategia religión

con un 74.3%. De igual forma se observa que las estrategias de espera 42.9%, solución de problemas 40% y apoyo profesional 40% también son utilizadas por este grupo en la medición inicial.

En la gráfica 3 se evidencia la puntuación alta obtenida de la aplicación de la prueba de estrategias de afrontamiento al grupo experimental en una última medición, los porcentajes obtenidos permiten observar que la estrategia más utilizada fue apoyo profesional con un 97.1%. Igualmente se observa que las estrategias de religión 71.4%, solución de problemas 68.6% y reevaluación positiva 77.5% también fueron utilizadas por las personas pertenecientes a este grupo.

En la gráfica 4 se evidencia la puntuación alta obtenida de la aplicación de la prueba de estrategias de afrontamiento al grupo control en una única medición. Los porcentajes obtenidos permiten observar que la estrategia más utilizada fue religión con un 77.1% seguida de la estrategia espera con 51.4%.

La tabla 17 muestra los resultados de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto al estado civil, los resultados obtenidos permiten observar claramente la existencia de diferencias estadísticamente significativas en dos estrategias. En la estrategia de espera y dificultad de afrontamiento, en las cuales la puntuación mayor fue del grupo de viudas ($n=1$). En las demás estrategias no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La tabla 18 muestra los resultados de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto al nivel de escolaridad, los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo es importante destacar que las mujeres que utilizan más las estrategias de espera, religión, evitación emocional, evitación cognitiva y reevaluación positiva son aquellas que finalizaron sus estudios de primaria.

La tabla 19 muestra la comparación de medias para estrategias de afrontamiento respecto a la ocupación actual de las mujeres de la muestra, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas aunque es importante destacar que las estrategias de solución de problemas, espera, religión, evitación cognitiva, reevaluación positiva y negación, son más utilizadas por las mujeres que se desempeñan en los cargos de ventas y comercio que por el resto de mujeres.

Tabla 17: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Estado Civil (N= 70)

	<i>Media</i>					<i>Desviación Típica</i>					
	S	C	V	S	UL	S	C	V	S	UL	F
Solución de Problemas	31.67	36.07	40.00	47.00	35.47	3.98	8.33			9.33	0.85
Apoyo Social	25.17	25.07	34.00	21.00	24.06	6.55	8.42			8.51	0.43
Espera	32.33	23.10	37.00*	34.00	25.47	8.12	8.11			6.87	2.88
Religión	24.67	29.63	41.00	34.00	28.59	8.55	7.34			9.18	1.07
Evitación Emocional	28.00	23.27	44.00	24.00	25.81	9.67	7.12			7.24	2.40
Apoyo Profesional	11.17	11.63	5.00	7.00	10.84	6.73	6.75			7.21	0.33
Reacción Agresiva	4.50	5.70	5.00	9.00	3.97	5.43	4.49			4.11	0.83
Evitación Cognitiva	17.50	16.27	19.00	24.00	17.38	5.61	4.71			4.89	0.79
Reevaluación Positiva	17.67	18.20	27.00	20.00	19.00	5.75	5.19			5.52	0.75
Dificultad de Afrontamiento	13.33	9.73	18.00*	8.00	11.66	2.58	3.03			3.63	3.50
Negación	9.00	8.63	11.00	11.00	8.50	2.97	3.32			2.77	0.33
Autonomía	6.50	5.77	4.00	2.00	5.22	3.39	2.80			2.38	0.89

S Soltero C Casado V Viuda S Separada UL Unión Libre

* P < 0.05 **P < 0.01

Tabla 18: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Nivel de Escolaridad (N= 70)

	<i>Media</i>							<i>Desviación Típica</i>							
	PI	PC	SI	SC	UI	UC	O	PI	PC	SI	SC	UI	UC	O	F
Solución de Problemas	36.40	44.50	36.83	33.79	35.13	34.33	33.50	10.85	6.36	8.69	9.91	6.30	4.62	12.02	0.61
Apoyo Social	19.20	25.00	23.08	25.26	28.80	21.33	26.00	3.03	8.48	7.67	9.70	6.88	7.51	14.14	1.30
Espera	29.40	35.50	23.67	27.42	22.33	26.33	26.00	5.90	4.95	7.40	7.54	8.74	9.07	9.90	1.60
Religión	28.00	37.00	30.00	29.47	27.07	21.00	32.00	7.87	4.24	8.14	8.49	8.97	6.93	9.90	1.02
Evitación Emocional	28.80	27.50	25.21	26.32	23.40	22.33	19.00	8.50	3.54	6.95	8.70	8.47	4.93	4.24	0.68
Apoyo Profesional	10.40	11.00	10.38	11.68	11.47	12.33	10.50	2.88	8.48	6.16	7.99	8.31	4.62	7.78	0.09
Reacción Agresiva	15.60	9.00	12.46	14.74	14.87	12.00	19.00	5.94	5.66	4.75	6.64	5.64	1.73	8.48	1.06
Evitación Cognitiva	17.20	23.00	16.38	17.16	17.87	14.67	14.50	4.66	4.24	4.85	4.66	5.14	1.53	9.19	0.86
Reevaluación Positiva	17.80	24.50	19.04	18.89	17.40	19.67	16.50	6.06	4.95	4.97	6.25	5.07	3.51	6.36	0.63
Dificultad de Afrontamiento	13.00	10.00	10.04	11.79	11.00	9.67	13.50	4.00	2.83	3.49	3.50	3.50	2.89	4.95	0.98
Negación	6.40	11.50	9.17	9.11	8.20	8.00	6.00	3.43	3.54	3.25	2.86	1.93	4.36	1.41	1.36
Autonomía	5.40	3.00	6.04	5.00	5.33	6.33	6.50	2.97	1.41	2.74	2.36	2.69	4.04	3.54	0.66

* P < 0.05 **P < 0.01

PI Primaria Incompleta **PC** Primaria Completa **SI** Secundaria Incompleta **UI** Universidad Incompleta **UC** Universidad Completa **O** Otros Estudios

Tabla 19: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Ocupación Actual (N= 70)

	<i>Media</i>					<i>Desviación Típica</i>									
	AC	I	E	AA	VC	AC	FI	AC	I	E		AA	VC	AC	FI
Solución de Problemas	35.28	36.53	33.55	25.00	42.20	34.00	37.00	9.54	6.07	8.56		7.15			0.90
Apoyo Social	24.97	23.20	24.64	19.00	26.80	28.00	29.00	8.51	7.26	9.30		9.73			0.28
Espera	26.33	24.20	24.18	21.00	28.60	14.00	18.00	8.45	4.78	7.68		12.48			0.84
Religión	28.92	29.53	26.45	25.00	34.60	29.00	25.00	8.47	7.40	9.21		10.57			0.61
Evitación Emocional	26.81	23.80	22.27	29.00	25.60	17.00	19.00	8.22	6.55	6.53		9.55			0.94
Apoyo Profesional	11.64	9.07	11.64	5.00	13.40	5.00	15.00	7.63	4.54	7.72		5.22			0.66
Reacción Agresiva	14.17	13.00	14.27	2.00	11.60	21.00	11.00	6.41	5.22	4.50		3.58			0.70
Evitación Cognitiva	17.08	16.20	16.09	15.00	21.00	21.00	16.00	4.99	3.07	5.97		5.83			0.84
Reevaluación Positiva	18.56	19.67	17.09	15.00	22.00	11.00	20.00	5.53	3.64	6.62		5.34			1.00
Dificultad de Afrontamiento	12.03	8.93	11.91	12.00	8.60	10.00	8.00	3.74	2.15	3.78		1.82			2.23
Negación	8.31	8.40	8.91	8.00	10.80	9.00	13.00	2.67	2.64	3.78		4.32			0.90
Autonomía	5.78	5.00	5.55	7.00	5.60	2.00	4.00	3.12	1.51	2.50		2.61			0.53

* P < 0.05 **P < 0.01

AC Ama de Casa I Independiente E Estudiante AA Auxiliar de Archivo VC Ventas AC Auxiliar Contable FI Fisioterapeuta

La tabla 20 muestra los resultados de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto al nivel socioeconómico, los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo es importante destacar que las mujeres que utilizan más las estrategias de solución de problemas, apoyo social, religión, apoyo profesional, reevaluación positiva y negación, son aquellas que pertenecen al nivel socioeconómico 4.

Tabla 20: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Nivel Socioeconómico (N= 70)

	<i>Media</i>				<i>Desviación Típica</i>				F
	1	2	3	4	1	2	3	4	
Solución de Problemas	35.20	34.72	35.55	40.00	12.56	8.36	8.36	7.46	0.71
Apoyo Social	21.60	22.93	26.17	28.00	8.50	7.53	7.78	11.45	1.40
Espera	29.80	25.62	24.38	24.86	13.52	7.04	8.18	6.26	0.68
Religión	24.80	29.72	28.00	32.71	13.70	7.96	7.23	10.18	1.41
Evitación Emocional	30.40	25.59	24.69	21.43	6.11	7.34	8.30	6.58	1.09
Apoyo Profesional	11.20	10.24	11.59	12.29	9.34	5.90	7.01	9.01	0.26
Reacción Agresiva	12.40	14.52	14.24	10.86	5.73	6.16	5.65	2.41	0.94
Evitación Cognitiva	19.00	16.59	16.97	17.71	8.77	4.79	4.10	5.28	0.39
Reevaluación Positiva	17.40	17.59	19.34	21.29	4.83	5.34	5.41	5.28	1.21
Dificultad de Afrontamiento	10.80	11.69	10.76	9.43	1.64	3.66	3.70	3.15	0.88
Negación	8.60	8.28	9.00	9.00	2.51	2.85	3.01	4.04	0.31
Autonomía	5.00	6.03	5.14	5.14	2.45	2.86	2.46	2.85	0.66

* P < 0.05 **P < 0.01

La tabla 21 muestra los resultados de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto si las mujeres se encontraban en su primer embarazo o no, los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla 22 se encuentra la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto al número de hijos de cada mujer de la muestra, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, resulta importante destacar que las mujeres que utilizan más los factores de espera, evitación

emocional, reacción agresiva, evitación cognitiva, dificultad de afrontamiento y autonomía, son aquellas mujeres que tienen cuatro hijos, mientras que las mujeres que tienen 2 hijos puntuaron más alto en los factores de solución de problemas, apoyo social, religión y reevaluación positiva.

Tabla 21: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Primer Embarazo (N= 70)

	<i>Media</i>		<i>Desviación Típica</i>		F
	Si	No	Si	No	
Solución de Problemas	35.79	35.51	8.50	8.68	0.02
Apoyo Social	25.03	24.44	8.02	8.41	0.09
Espera	25.72	25.05	8.90	7.30	0.12
Religión	27.41	30.05	8.65	8.10	0.25
Evitación Emocional	25.69	24.76	8.16	7.44	1.70
Apoyo Profesional	11.86	10.51	6.70	6.96	0.66
Reacción Agresiva	14.83	13.22	5.83	5.53	1.38
Evitación Cognitiva	17.52	16.68	5.66	4.21	0.50
Reevaluación Positiva	17.69	19.37	5.37	5.30	1.68
Dificultad de Afrontamiento	11.10	10.95	3.59	3.53	0.03
Negación	9.10	8.37	3.27	2.76	1.04
Autonomía	6.17	5.02	2.88	2.40	3.29

* P < 0.05 **P < 0.01

Tabla 22: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Número de Hijos (N= 70)

	<i>Media</i>					<i>Desviación Típica</i>					F
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Solución de Problemas	36.23	34.20	38.27	36.00	29.50	8.69	8.13	8.96	15.5	0.71	0.72
Apoyo Social	25.57	23.72	26.18	20.00	20.00	8.40	8.42	8.52	1.41	1.41	0.58
Espera	25.27	23.88	26.64	31.00	31.50	9.09	7.57	3.64	4.24	14.85	0.83
Religión	27.47	30.24	30.55	30.00	25.50	8.51	8.04	9.01	5.66	13.43	0.20
Evitación Emocional	25.60	24.64	24.64	23.50	29.00	8.03	7.77	7.71	0.71	11.31	0.56
Apoyo Profesional	12.23	10.68	9.91	9.50	6.50	6.89	7.95	4.59	3.54	2.12	0.55
Reacción Agresiva	14.60	13.08	12.64	10.50	23.50	5.85	5.91	2.87	2.12	6.36	2.13
Evitación Cognitiva	17.47	16.88	15.64	18.50	18.50	5.57	4.02	4.57	7.78	4.95	0.37
Reevaluación Cognitiva	18.10	18.84	20.82	14.50	17.50	5.74	5.05	4.92	7.78	3.54	0.85
Dificultad de Afrontamiento	11.00	11.16	10.73	10.00	12.00	3.57	3.79	3.61	2.83	1.41	0.10
Negación	9.00	8.76	7.64	7.00	10.00	3.26	2.57	2.87	5.66	2.83	0.67
Autonomía	6.07	5.00	4.64	6.00	7.50	2.89	2.34	1.86	5.66	3.54	1.17

* P < 0.05 **P < 0.01

En la tabla 23 se encuentra la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto a la presencia o ausencia de abortos en las mujeres gestantes, los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

La tabla 24 muestra los resultados de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto a la presencia o ausencia de enfermedad física en las mujeres gestantes, los resultados obtenidos muestran una diferencia estadísticamente significativa en la estrategia solución de problemas, esto permite observar que las mujeres gestantes que padecieron algún tipo de enfermedad física utilizan más esta estrategia que el resto de mujeres de la muestra. Otra diferencia estadísticamente significativa se encuentra en la estrategia religión, lo cual

indica que las mujeres que padecieron algún tipo de enfermedad física utilizan más esta estrategia. Por último, en la estrategia de reevaluación positiva se observa otra diferencia estadísticamente significativa que permite observar que las mujeres que han padecido algún tipo de enfermedad emplean más esta estrategia. En las demás estrategias no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 23: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Aborto (N= 70)

	<i>Media</i>		<i>Desviación Típica</i>		F
	Si	No	Si	No	
Solución de Problemas	33.19	36.35	7.96	8.65	1.71
Apoyo Social	24.31	24.80	7.74	8.40	0.04
Espera	26.31	25.04	8.24	7.91	0.31
Religión	29.00	28.94	8.56	8.40	0.14
Evitación Emocional	24.50	25.33	8.70	7.46	0.01
Apoyo Profesional	9.50	11.54	4.13	7.42	1.10
Reacción Agresiva	14.88	13.59	6.47	5.43	0.63
Evitación Cognitiva	17.00	17.04	4.98	4.85	0.01
Reevaluación Positiva	17.44	19.04	4.77	5.50	1.10
Dificultad de Afrontamiento	11.44	10.89	3.67	3.52	0.29
Negación	9.19	8.52	3.67	2.79	0.61
Autonomía	6.00	5.35	2.31	2.75	0.73

* P < 0.05 **P < 0.01

Tabla 24: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Enfermedad Física (N=70)

	<i>Media</i>		<i>Desviación Típica</i>		F
	Si	No	Si	No	
Solución de Problemas	43.00*	34.94	8.74	8.26	5.18
Apoyo Social	25.67	24.59	9.73	8.12	0.93
Espera	24.00	25.45	7.92	8.00	0.18
Religión	36.83*	28.22	4.83	8.27	0.10
Evitación Emocional	24.17	25.23	7.41	8.27	6.25
Apoyo Profesional	16.17	10.59	8.93	6.50	3.79
Reacción Agresiva	11.00	14.16	4.05	5.74	1.72
Evitación Cognitiva	19.67	16.78	6.22	4.68	1.97
Reevaluación Positiva	22.83*	18.28	5.88	5.19	4.14
Dificultad de Afrontamiento	9.67	11.14	2.87	3.59	0.95
Negación	10.17	8.53	4.71	2.79	1.67
Autonomía	4.67	5.58	2.16	2.69	0.64
* P < 0.05 **P < 0.01					

En la tabla 25 se encuentra la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto a si las mujeres de la muestra realizaron o no un curso psicoprofiláctico con anterioridad, los resultados obtenidos permiten observar que existe una diferencia estadísticamente significativa en la estrategia de apoyo social, esto permite indicar que las mujeres gestantes que no realizaron un curso psicoprofiláctico anteriormente utilizan más esta estrategia que el resto de las mujeres. En los demás factores no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La tabla 26 muestra los resultados de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento respecto a la asistencia o inasistencia de las mujeres gestantes a los respectivos controles prenatales, los resultados obtenidos muestran una diferencia estadísticamente significativa en la estrategia de solución de problemas, esto permite inferir que las mujeres que asistieron a los respectivos controles prenatales utilizan más esta estrategia que las que no asistieron. Por otro lado se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de espera, reacción agresiva, dificultad de afrontamiento y autonomía, lo cual

permite analizar que las mujeres que no asistieron a los respectivos controles prenatales, utilizan más estas estrategias que las mujeres que si asistieron. En los demás factores no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 25: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Curso Psicoprofiláctico (N=70)

	<i>Media</i>		<i>Desviación Típica</i>		F
	Si	No	Si	No	
Solución de Problemas	33.08	36.16	6.77	8.82	1.29
Apoyo Social	19.92	25.67*	3.87	8.53	5.20
Espera	23.75	25.66	5.74	8.33	0.57
Religión	25.92	29.59	8.49	8.28	0.09
Evitación Emocional	25.75	25.02	6.03	8.043	1.94
Apoyo Profesional	10.92	11.10	4.85	7.21	0.01
Reacción Agresiva	12.08	14.26	4.14	5.89	1.48
Evitación Cognitiva	15.17	17.41	3.27	5.04	2.18
Reevaluación Positiva	16.92	19.03	4.38	5.50	1.57
Dificultad de Afrontamiento	10.33	11.16	2.35	3.73	0.53
Negación	8.50	8.71	3.55	2.88	0.05
Autonomía	5.58	5.48	2.11	2.77	0.01

* P < 0.05 **P < 0.01

Tabla 25: Comparación de Medias Estrategias de Afrontamiento por Control Prenatal (N=70)

	<i>Media</i>		<i>Desviación Típica</i>		F
	Si	No	Si	No	
Solución de Problemas	36.50*	30.40	8.29	8.58	4.60
Apoyo Social	24.52	25.70	8.07	9.33	0.18
Espera	24.48	30.40*	7.57	8.67	5.03
Religión	29.05	28.40	8.44	8.36	0.05
Evitación Emocional	24.80	30.40	7.57	8.67	0.83
Apoyo Profesional	11.37	9.30	6.71	7.66	0.78
Reacción Agresiva	13.32	17.30*	5.27	6.98	4.45
Evitación Cognitiva	16.93	17.60	4.82	5.21	0.16
Reevaluación Positiva	18.85	17.60	5.24	6.20	0.46
Dificultad de Afrontamiento	10.47	14.30*	3.26	3.43	11.65
Negación	8.60	9.10	2.97	3.18	0.24
Autonomía	5.20	7.30*	2.49	3.02	5.74

* P < 0.05 **P < 0.01

Tabla 26: Comparación de Medias Escala Subjetiva de Dolor Grupo Experimental vrs Control

	<i>Media</i>	<i>D.T</i>	T	
Grupo Experimental	Dolor Antes	2.57	0.56	27.28**
	Dolor Después	1.68	0.53	18.82**
Grupo Experimental	Dolor Después	1.68	0.53	-6.92**
Grupo Control	Dolor Después	2.54	0.50	-6.92**

* P < 0.05 **P < 0.01

La tabla 26 muestra el resultado de la comparación de medias entre el pretest y post test del grupo experimental frente al grupo control en cuanto a la medición de la intensidad del dolor antes, durante y después del parto. Los resultados muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas donde la mayor medición del grupo experimental se obtuvo en la medición inicial de dolor. Por otro lado, al comprar las medias de dolor después del parto del

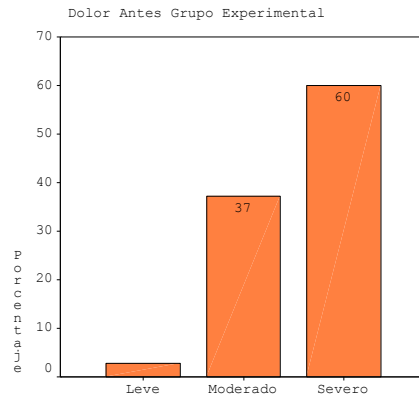
grupo experimental frente al grupo control se encontraron diferencias estadísticamente significativas donde el grupo control experimentó mayor dolor que el grupo experimental.

En las gráficas 5, 6 y 7 se observan los resultados obtenidos de la valoración subjetiva del dolor antes, durante y después del trabajo de parto de las gestantes pertenecientes al grupo experimental. Los resultados permiten observar que las gestantes en la medición inicial valoraron el dolor como severo (60%), en la medición del dolor durante el parto, este fue valorado como moderado (83%) y en la medición del dolor después del parto fue valorado por las gestantes como moderado (63%) y leve (34%).

En la gráfica 8, se observan los resultados obtenidos a partir de la valoración subjetiva del dolor después del parto de las gestantes pertenecientes al grupo control, los resultados evidencian que para las gestantes de este grupo el dolor experimentado fue severo.

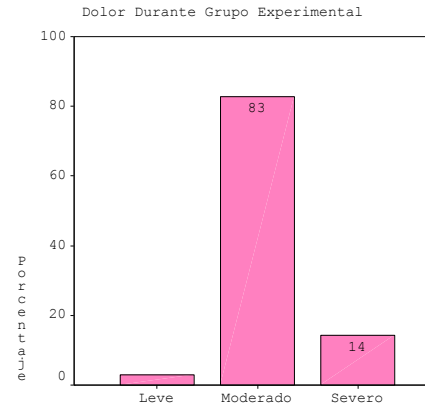
Escala Visual Análoga para Valoración Subjetiva de Dolor Grupo Experimental y Grupo Control

Gráfica 5



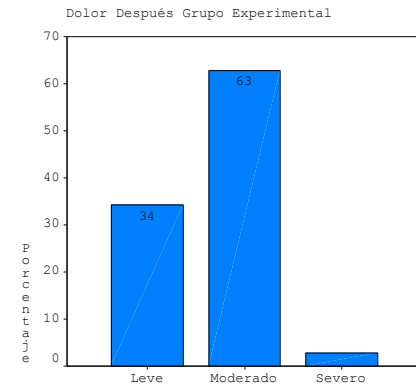
Dolor Antes Grupo Experimental

Gráfica 6



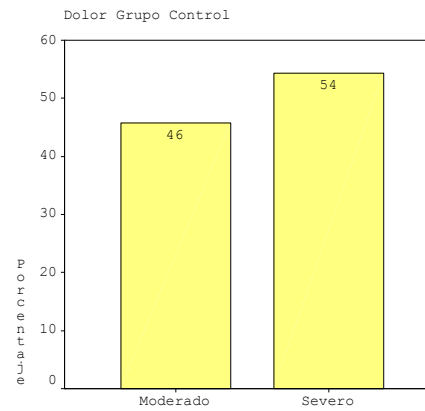
Dolor Durante Grupo Experimental

Gráfica 7



Dolor Después Grupo Experimental

Gráfica 8



Dolor Grupo Control

8. DISCUSIÓN

La psicoprofilaxis, se define como un método de trabajo científico con el que se busca la prevención de la enfermedad en general y como tal hace parte de la salud pública. Como método de trabajo científico la psicoprofilaxis obstétrica es un trabajo que comienza en la sala de recepción, prosigue en la consulta prenatal, en la sala de partos y sólo termina con una buena elaboración postnatal (Correa y Madrigal, 2003). Es entonces, un trabajo específico ejecutado por un equipo interdisciplinar, en el que el psicólogo desempeña un papel preponderante, ya que es el encargado de estudiar y abordar factores perturbadores de la vida psíquica en sus múltiples manifestaciones y fenómenos humanos (Mejía, 1999).

En línea con lo anterior, es de indicar que las mujeres pertenecientes al grupo experimental pretest y grupo control que participaron de esta investigación, muestran un nivel claro de afectación en sus niveles de ansiedad lo cual confirma lo encontrado en otros estudios (Arias, 1988; Latorra, Casini, Andina y Levi, 2000 y Portuguez y Murillo, 2004), así como el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y una puntuación alta en la valoración subjetiva de la intensidad de dolor, permitiendo hacer una configuración psicológica a nivel cognitivo de estas mujeres.

Respecto a la muestra, es de mencionar que las edades de las mujeres seleccionadas oscilan entre 17 y 41 años de edad y corresponden a una media de edad de 27.06, lo cual concuerda con la investigación realizada por Profamilia en el año 2000 que indica que de las 11.585 mujeres entrevistadas en edad fértil (15 – 49 años), el 20% eran menores de 20 años; el 9% oscilaba entre los 45 y 49 años y un poco más de la mitad se encontraban en un rango de edad entre los 25 y 30 años de edad.

De igual forma, cabe mencionar que la muestra se conformó en su totalidad por mujeres pertenecientes a la zona urbana, lo cual se asemeja con las cifras publicadas por Profamilia en el año 2000 que señalan que el más alto número de gestantes asisten a sus controles prenatales y cuentan con los servicios adecuados para la atención institucional del trabajo de parto en zonas urbanas, esto evidencia, el crecimiento sustancial de la calidad de atención del parto institucional y de los controles prenatales los cuales se acompañan actualmente de la capacitación temprana de las mujeres gestantes, de la identificación y tratamiento de los riesgos biológicos y psicosociales y de la implementación de mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes de las zonas rurales y de conflicto armado.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, se debe resaltar que los hallazgos de la presente investigación son presentados teniendo en cuenta tres variables: Ansiedad Estado, estrategias de afrontamiento y valoración subjetiva del dolor. En primer lugar se describen los

niveles de prevalencia y posteriormente se hace referencia a las correlaciones existentes entre las variables.

Dentro de los datos más relevantes, se encuentra, en primer lugar, la marcada presencia de niveles altos de ansiedad en el grupo experimental antes de la aplicación del protocolo psicoprofiláctico (20%) y en el grupo control (29%), cifras relacionadas con los hallazgos de Arias, 1988; Latorra, Casini, Andina y Levi, 2000 y Portuguez y Murillo, 2004. Los cambios circunstanciales reproductivos en la mujer generan altos niveles de ansiedad, pero en algunas mujeres, estos niveles se tornan excesivos y llegan a afectar el normal desarrollo de la gestación y el parto. La ansiedad, es una reacción emocional frecuente en las mujeres embarazadas, generando en quienes la padecen, intenso malestar mental y emocional. En muchos casos, la ansiedad tiene una marcada influencia en sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo y preocupación, así como en la activación o descarga del sistema nervioso autónomo. Por ello se plantea que, está directamente relacionada con la capacidad de adaptación de cada mujer que se encuentra marcada por el deseo del embarazo y la actitud hacia el mismo. Frente a esta temática, Álvarez (1990) encontró que dicha actitud es un resumen de las cogniciones de la mujer adquiridas a lo largo de su vida, lo cual se encuentra relacionado con la investigación realizada por Shereshfsky (1980), cuyos resultados indican que las mujeres con una actitud positiva hacia el embarazo no muestran alteraciones psíquicas, mientras que las que no tienen un buen ajuste psicológico experimentan trastornos psicosomáticos. Igualmente, el estudio reveló que al principio del embarazo, muchas mujeres dan respuestas ansiosas en los test psicológicos, y algunas muestran sentimientos depresivos, incremento de sensibilidad y gran labilidad emocional.

Asimismo, con la aplicación del Cuestionario de Ansiedad Estado, Lunenfeld (1884), encontró puntuaciones de ansiedad estado de 36.99 y 35.26 de ansiedad rasgo que descendieron rápidamente después del parto a 25.68 de ansiedad estado y 31.06 de ansiedad rasgo. La presente investigación, soporta este hallazgo, al explorar las variaciones temporales en los niveles de ansiedad estado de las mujeres pertenecientes a la muestra, ya que al realizar el análisis del puntaje obtenido a partir de la aplicación del cuestionario al grupo experimental post test se puede observar una disminución significativa en relación al puntaje obtenido de la aplicación del instrumento al grupo experimental pretest.

Respecto al nivel de ansiedad, Lubin (1975), realizó un análisis en los distintos trimestres del embarazo sobre el nivel de ansiedad y su relación con diversos síntomas psicosomáticos, a través de una serie de inventarios y escalas. Los resultados destacaron que el nivel de ansiedad varía significativamente en cada trimestre: es alto en el primero, desciende en el segundo, y

vuelve a aumentar en el tercero, esto además de evidenciar la correlación significativa entre los síntomas somáticos y el nivel de ansiedad, se relaciona altamente con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que la muestra corresponde en su totalidad a mujeres gestantes que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo. Dentro de la totalidad de la muestra, la media obtenida de la aplicación del pretest corresponde a 23.43, mientras que la obtenida a partir de la única aplicación al grupo control corresponde a 25.54, estas cifras muestran una relación significativa que permite concluir que no existen grandes diferencias entre los niveles de ansiedad de un grupo y otro, pero si una mayor tendencia a las altas puntuaciones en el grupo control.

Sumado a lo anterior, esta investigación muestra que la media obtenida a partir de la aplicación del postest a las mujeres pertenecientes al grupo experimental corresponde a 8, lo cual, evidencia que los niveles de ansiedad disminuyeron notablemente como resultado de la aplicación del protocolo psicoprofiláctico. Estos resultados, se asemejan a los datos obtenidos por Arias (1988), que señalan diferencias significativas de nivel de conocimientos y aplicación de los mismos entre el grupo de mujeres que hizo parte de la aplicación de un protocolo de intervención psicoprofiláctico y el grupo de mujeres que no hizo parte del mismo. Estos resultados evidencian que la duración del trabajo de parto y del puerperio fue inferior en el grupo de estudio, ya que el 90% del grupo aplicó los conocimientos adquiridos durante el curso psicoprofiláctico y los describieron como de gran ayuda para manejar la ansiedad, mientras que la mayoría de mujeres de grupo de control vivenciaron la experiencia como negativa.

De igual forma, al comparar las medias de ansiedad estado por nivel de escolaridad, los resultados muestran que el nivel de ansiedad se incrementa en las mujeres que finalizaron sus estudios universitarios. Tales resultados permiten corroborar lo expuesto por Ontiveros (2006), quien describe y relaciona la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado en mujeres gestantes de tercer trimestre de embarazo y de bajo riesgo obstétrico. La media de ansiedad estado fue de 34.98 y la correlación de Spearman fue 0.25, $p > 0.01$, lo cual resalta la correlación ansiedad con datos sociodemográficos, especialmente nivel de escolaridad, lo cual significa que entre mayor escolaridad, mayor es la ansiedad estado. Sobre el embarazo y el parto existen muchos mitos que generan mayor ansiedad que el propio estado de gravidez que se produce en las mujeres por sí mismo. Durante el embarazo también se movilizan emociones muy profundas en la mujer y su entorno. Un mito, por ejemplo, es que mientras más información posea la futura madre acerca de su nuevo estado, menor serán sus niveles de ansiedad. Sin embargo, los resultados obtenidos a partir de esta investigación contradicen

dicho mito, ya que, los niveles de ansiedad de la muestra aumentaron en las mujeres que alcanzaron sus estudios universitarios.

Lo anterior, se encuentra altamente relacionado con la comparación de medias de ansiedad estado por nivel socioeconómico, lo cual evidencia que a mayor nivel socioeconómico mayor son los niveles de ansiedad en las mujeres pertenecientes a la muestra. Estos resultados contradicen lo expuesto por la literatura, ya que Salvatierra (1989), postula que el embarazo trae consigo una serie de temores, evidentemente concientes, que el autor relaciona con ansiedad y que hace referencia al temor por ellas mismas, este, incluye preocupaciones por la salud y complicaciones durante el embarazo y parto, miedo al dolor y a la muerte, igualmente, se añaden preocupaciones económicas, por la vivienda y por el hospital. En la misma línea, Wadhwa (1993), concluye en su estudio que las mujeres que presentaban niveles de ansiedad más altos habían experimentado eventos como el fallecimiento de un pariente, el divorcio, la pérdida del trabajo o las dificultades económicas. Los datos obtenidos a partir de esta investigación son interesantes, al no ser referidos en la literatura y son llamativos ya que se puede suponer que en las mujeres profesionales y de alto nivel económico los niveles de ansiedad pueden aumentar considerablemente por los diferentes roles que deben asumir, las obligaciones que tienen que cumplir y el estilo de vida que quizá debe dejar atrás para desempeñarse de una mejor forma en su nuevo rol de madre.

Es de resaltar, que de acuerdo con la investigación realizada por Rosas, Vera, Soto y Vera (2001), la mayoría de mujeres gestantes se desempeñan como amas de casa, además, la mayoría de adolescentes gestantes cuya principal actividad previa a la gestación era el estudio deciden dejar esta actividad por la presión del medio y quizá por la poca aceptación de la gestación en sus colegios. Estos resultados, se asemejan a los datos obtenidos al comparar las medias de ansiedad estado por ocupación actual, ya que la media para las mujeres amas de casa corresponde a 25.33 lo cual, corresponde a 36 mujeres del total de la muestra.

Por otro lado, al realizar la comparación de medias de ansiedad estado por estado civil se encontró, que la media más alta corresponde a 40 y se relaciona con la única mujer viuda de la muestra. Lo expuesto anteriormente, se relaciona con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Rosas, Vera, Soto y Vera (2001), los cuales resaltan que el apoyo de la pareja hacia la gestante constituye un factor protector respecto al nivel de ansiedad. Igualmente, Wadhwa (1993), respalda este postulado, ya que, señala el papel preponderante que juega la pareja en el proceso de gestación. Asimismo, Rodríguez, Pérez y de la Nuez (2004), postulan que el embarazo es un periodo de cambios en el cual el apoyo social es imprescindible y la mayor y mejor fuente de dicho soporte social descansa sobre la capacidad

de adaptación del hombre y de la mujer a las nuevas exigencias biopsicosociales de la nueva situación, lo que conlleva ajustes personales que se reflejan en el convivir diario de la pareja. En línea con lo anterior, es de indicar que los resultados del estudio de Condon y Corkindale (1997) pusieron de manifiesto que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican por tanto que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal.

De igual forma, algunos estudios han demostrado que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes, así lo corrobora la investigación realizada por Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997) en el que se observó la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas, por una parte la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de miedos relacionados con el embarazo que se relacionaban directamente con los niveles de ansiedad que presentaban las mujeres que participaron de dicha investigación.

La situación de parto es percibida como una situación altamente estresante para muchas mujeres, ocasionando en un porcentaje significativo de las mismas malestar psicossomático, que incluye, miedo, ansiedad, descontrol y dolor excesivo, y que conduce a un incremento de la dificultad para la labor de parto sobretodo en madres primigestas (Dacota, 2000). Es por ello, que se han ido desarrollando diversas investigaciones de medición, mediante cuestionarios validados, sobre determinadas variables psicológicas y sociales que como factores predictores puedan explicar tanto la aparición del malestar psicossomático, como las diferentes estrategias utilizadas para su afrontamiento. Dentro de los datos más relevantes de la investigación, se encuentra, la marcada de presencia de ansiedad en mujeres que experimentan su primer embarazo, mostrando una media de 25.59 frente a una media de 23.71 correspondiente a las mujeres que han tenido anteriormente. Estos resultados, están relacionados con los obtenidos a partir de los resultados de la investigación de Ryding (1998), quien encontró que, las gestantes primerizas que manifiestan miedo antes del parto y presentan precarias estrategias de afrontamiento ante el estrés durante el tercer trimestre de embarazo, incrementan el riesgo de elevar sus niveles de ansiedad durante el parto.

Desde el punto de vista psicológico, la gestación es considerada como un tiempo crítico. Supone un cambio de estado en el que la pareja se convertirá en familia, asumiendo una nueva identidad de madre y padre (Stern, Bruschiweiler-Stern y Freeland, 1999). Es el inicio de lo que se podría entender como proceso de maternización (García-Dié y Palacín, 2001), que incluye gestación, parto y crianza considerados como un todo. De acuerdo con lo anterior, las mujeres

embarazadas tienen sentimientos en los que se mezclan la ansiedad, la impulsividad y una feliz espera, por esto, Jiménez, Merino y Sánchez (1993), señalaron en su estudio la importancia de desarrollar programas de preparación al parto que puedan hacer disminuir la ansiedad en la mujer embarazada, además de mejorar el apoyo social y la autoestima que parecen relacionarse positivamente con el estado emocional de la mujer durante el embarazo.

En cuanto a la variable de estrategias de afrontamiento, es de indicar que en la aplicación del instrumento al grupo experimental pretest se encuentran datos llamativos como el alto porcentaje en la estrategia de religión, la cual es una estrategia pasiva que cuenta con el 74.3% de prevalencia, factor que se debe analizar desde la relación que se establece entre un embarazo y parto satisfactorio y la creencia en un Dios protector que las ayudará a enfrentarse de la mejor manera posible a la situación estresante que supone el periodo de alumbramiento. Por el contrario, para Figueroa (2005) el bienestar psicológico está relacionado con el uso de estrategias de afrontamiento, en ocasiones más activas que pasivas, por cuanto empoderan al sujeto en mayor medida, de su propio proceso ante la situación generadora de estrés.

Además, es de resaltar que la estrategia pasiva espera cuenta con un nivel de representatividad elevado, por cuanto está presente en un 42.9% de la muestra, por encima de dos estrategias activas como lo son apoyo profesional (40%) y solución de problemas (40%). Estas últimas estrategias son utilizadas por la prioridad que poseen las gestantes de explorar y conocer aún más su periodo de embarazo, parto y postparto y también, por la necesidad de conocer y utilizar los recursos profesionales disponibles para tener una mayor información sobre los diferentes problemas y sobre las alternativas para enfrentarlos. Por el contrario, los porcentajes obtenidos en el post test evidencian que la estrategia más utilizada por este grupo al finalizar la implementación del protocolo de intervención psicoprofiláctico corresponde a la estrategia activa apoyo profesional (97.1%), estos datos muestran, el impacto de la implementación del protocolo, ya que después de su aplicación las gestantes encuentran indispensable contar con los servicios que brindan los diferentes profesionales de la salud.

Sumado a lo anterior, se encuentra que la estrategia pasiva de religión sigue influyendo sobre la actividad de afrontamiento de las mujeres de las mujeres pertenecientes al grupo experimental con una variación en su prevalencia por cuanto está presente en un 71.4% de la muestra, por encima de la estrategia solución de problemas (68.6%) y reevaluación positiva (65.7%). Estas últimas estrategias, muestran la forma como las gestantes movilizan estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema analizándolo de forma positiva y aprendiendo de las dificultades para tolerar la problemática generando pensamientos que favorecen el enfrentamiento con la situación. Estos resultados se

relacionan con los datos obtenidos a partir de la investigación de Chalmers (1984), quien encontró que las mujeres que se dan cuenta de la realidad y no crean falsas ilusiones están afrontando objetivamente la situación y superando mejor el estrés que las que se refugian en estereotipos y fórmulas convencionales.

Ahora bien, es importante referirse a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento en una única medición al grupo control, en el cual la estrategia pasiva religión se muestra como la más utilizada con una prevalencia de 77.1%. Esto, evidencia que existen similitudes por cuanto el nivel de prevalencia de esta estrategia tanto en el grupo experimental pretest como en el control. Ahora bien, por distintas causas no todas las mujeres hacen uso de las estrategias de afrontamiento ante el embarazo y el parto, enseñadas durante la educación prenatal. En este sentido, cabe resaltar que de acuerdo con Spiby (1999), las mujeres usan las estrategias de afrontamiento con diferente amplitud habiendo una proporción significativa de mujeres que expresaron insatisfacción con el valor de la práctica de las estrategias de afrontamiento entrenadas durante las sesiones de preparación al parto.

Asimismo, los resultados obtenidos a partir de la investigación realizada por Floréz (2005), corroboran la importancia de implementar programas psicoprofilácticos. En su estudio, encontró que las mujeres gestantes pertenecientes al grupo experimental y control lograron diferentes niveles de aprendizaje sobre el proceso del parto, riesgos, precauciones y entrenamiento en autocontrol emocional. De igual forma, lograron desarrollar técnicas de afrontamiento activas como preparación psicológica al parto, alcanzando con algunas de las participantes la intención de actuar favorablemente durante su parto. Otro aspecto a destacar dentro de este estudio es el trabajo realizado en cuanto a resolución de conflictos que permitió a la gestantes desarrollar estrategias de afrontamiento en situaciones difíciles que estaban viviendo consigo mismas, con sus familias, compañeros y el entorno social.

Por otra parte, es importante hacer mención, a algunas de las relaciones significativas identificadas entre las variables. Por ejemplo, al realizar la comparación de medias entre estrategias de afrontamiento por estado civil, los datos evidencian que la única mujer viuda perteneciente a la muestra hace mayor uso de la estrategia pasiva espera con una media de 37 con relación al resto de mujeres. Igualmente, otra estrategia empleada con frecuencia por esta mujer fue la estrategia activa expresión de dificultad de afrontamiento cuya media corresponde al 18. Lo anterior, evidencia que esta mujer procede acorde de la creencia de que la situación se resuelve por si solo con el pasar del tiempo contemplando una expectativa positiva de la solución del problema. Asimismo, el uso de la estrategia expresión de dificultad

de afrontamiento describe en ella la tendencia a expresar dificultades para afrontar para afrontar las emociones generadas por la situación, en este caso, la muerte de su pareja.

De igual forma, los datos obtenidos a partir de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento por enfermedad revelan, que las gestantes ha sufrido algún tipo de enfermedad física emplean con mayor frecuencia la estrategia activa de solución de problemas con una media de 43.00, seguida de la estrategia religión con una media de 33.83., y la estrategia de reevaluación positiva con una media de 22.83. Lo planteado anteriormente, permite concluir que las mujeres pertenecientes a la muestra realizan acciones destinadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. Además, las mujeres que utilizan la reevaluación positiva logran aprender de las dificultades al identificar los aspectos positivos del problema tolerando y generando generar pensamientos que favorezcan la forma de vivir la situación. Los resultados obtenidos en la estrategia pasiva religión, permiten corroborar lo expuesto en la literatura, ya que Reyes (1998), postula que la religiosidad tiene efectos protectores sobre la salud y la calidad de vida. La relación entre religión y parámetros de salud ha aparecido en varios estudios sobre afecciones cardíacas, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, enfermedades gastrointestinales y cáncer. En la misma línea, Benson (1996), afirma que la religiosidad se ha usado como complemento de la psicoterapia, ya que provee soporte emocional y social, además, postula que cuando una persona percibe que tiene al alcance el apoyo de otros, eso contribuye a darle mejor esperanza y es esencial para la salud.

El analizar determinadas características biográficas, psicológicas y sociales de las mujeres embarazadas que acuden al entrenamiento de preparación al parto, permite conocer el perfil actual de la mujer que decide optar por la reproducción. Por otro lado, evaluar el uso de estrategias de afrontamiento para el control y la prevención de situaciones generadoras de estrés derivadas de la experiencia de embarazo y parto, trabajadas y fomentadas durante las sesiones de educación prenatal como medidas terapéuticas eficaces para el control o la eliminación del malestar psicossomático permite que las gestantes utilicen con más frecuencia aquellas estrategias que están inactivas y les sirven para afrontar las diferentes situaciones. En este sentido, y al observar la comparación de medias de estrategias de afrontamiento por curso psicoprofiláctico se puede concluir que las mujeres que no asistieron al curso psicoprofiláctico emplearon con más frecuencia la estrategia de apoyo social, que corresponde a una media de 25.67. Estos resultados reflejan, que estas gestantes buscan el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo

emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés.

Por último, los datos obtenidos a partir de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento por control prenatal, permiten analizar que las mujeres que asistieron a los controles prenatales emplean con más frecuencia la estrategia de solución de problemas con una media de 36.50, mientras que, las mujeres que no asistieron a los controles prenatales emplean con más frecuencia las estrategias de espera con una media de 30.40, reacción agresiva cuya media corresponde a 17.30, expresión de dificultad de afrontamiento con una media de 14.30 y autonomía con una media de 7.30. Estos hallazgos, permiten concluir que las mujeres pertenecientes a la muestra que no asistieron a los controles prenatales se caracterizan por esperar a que la situación se resuelva por sí sola con el paso del tiempo. Igualmente, el hecho de que las mujeres empleen con más frecuencia la estrategia reacción agresiva indica, que en ocasiones tienden a expresar impulsivamente la emoción de la ira dirigida hacia ellas mismas, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Además, estas mujeres se identifican con el uso de la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento, lo cual refleja la tendencia que poseen de expresar las dificultades para afrontar las emociones, generadas por la situación. Por último, los datos obtenidos muestran el uso frecuente de la estrategia autonomía, lo cual indica que estas mujeres tienden a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

Con relación al estrés, las estrategias de afrontamiento o estrategias coping, son consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus y Folkman, 1984, 1986; Fernández-Abascal y Palmero, 1999). En este sentido, al comparar la prevalencia obtenida entre estrategias de afrontamiento activas y pasivas, los resultados evidencian, que en el grupo experimental pretest la prevalencia de porcentajes corresponde a las estrategias pasivas de religión y espera, seguidas de las estrategias activas solución de problemas y apoyo profesional. Por el contrario, al analizar los datos obtenidos a partir de la correlación de prevalencia de estrategias de afrontamiento del grupo experimental post test, se puede concluir que el uso de estrategias activas aumentó, ya que, las estrategias con mayor prevalencia corresponden a apoyo profesional y solución de problemas. Por otro lado, aunque la estrategia pasiva religión disminuyó su prevalencia aún mantiene un porcentaje sobresaliente. Lo anterior, permite

concluir que con la aplicación del protocolo psicoprofiláctico las mujeres lograron hacer más uso de estrategias activas y disminuir el uso de estrategias pasivas, lo cual, indica mejores formas de adaptación de las mujeres participantes del protocolo y se relaciona con lo establecido con Martín, Jiménez y Fernández-Abascal (1997), quienes afirman que la tendencia a sobregeneralizar su uso se convierte en estilos de afrontamiento o formas características y relativamente estables que las personas utilizan para enfrentarse a las situaciones estresantes.

Por su parte, en el grupo control, los datos obtenidos muestran que las gestantes utilizan con más frecuencia estrategias pasivas, las cuales, incluyen: religión, espera y evitación cognitiva. Lo anterior, se asemeja a los planteamientos realizados por Muller y Spitz (2003); Vinaccia, Tobón, Sandín y Martínez (2001) y Garrido (2000), quienes postulan que la utilización de determinada estrategia de afrontamiento va a depender de la situación en sí, la evaluación cognitiva y el control percibido, las emociones y/o la activación fisiológica.

Finalmente, en cuanto a las correlaciones establecidas entre la medición de dolor antes y después de la aplicación del protocolo psicoprofiláctico al grupo experimental, se encuentra que el dolor en las gestantes disminuye de forma significativa, esto, se evidencia en las medias que corresponden a 2.57 y 1.68 respectivamente. Tales resultados permiten corroborar lo expuesto en la literatura con la investigación realizada por Read (1944), quien describió el mecanismo responsable mediante la afirmación de que el miedo produce tensión muscular que dificulta la dilatación, con aumento subsiguiente del dolor en las contracciones del parto, estableciéndose el círculo miedo-tensión-dolor. Para prevenir estas alteraciones desarrolló la preparación psicoprofiláctica del parto mediante sesiones de información, sugestión y relajación.

En la misma línea, Botello (1998), comprobó que la sensación dolorosa a lo largo del parto es menor en aquellas mujeres que han recibido una preparación psicoprofiláctica de la gestación con respecto a las que no han recibido ningún tipo de preparación. Los resultados obtenidos evidencian que las gestantes no preparadas incrementaron su ansiedad al final del embarazo, las primigestas preparadas habían reducido su ansiedad, su temor ante el parto y presentaban una mayor autoconfianza y deseo de participación en él, y las multigestas preparadas mantenían los mismos niveles de ansiedad de antes del inicio del curso pero habían incrementado su confianza en saber controlar su parto, lo cual, respalda los datos obtenidos a partir de esta investigación.

De igual forma, al correlacionar las medias del grupo experimental frente al control se encontró que las mujeres pertenecientes al grupo control experimentaron mayor dolor con una media de 2.54, que las mujeres pertenecientes al grupo experimental con una media de 1.68. Lo

anterior, se encuentra relacionado con lo expuesto por Doering y Entwistle (1986), quienes afirman que cuanto más preparación tiene la madre más puede estar alerta y conciente durante el parto. Entre las que habían recibido entrenamiento psicoprofiláctico completo, un 84% se hallaba completamente conciente y sólo el cinco por ciento, inconciente. Además, confirmaron que las mujeres que reciben entrenamiento se benefician posteriormente con ellos, al igual que sus bebés. Sin embargo, van más lejos y demuestran que es este nivel de conciencia y conocimiento, durante el nacimiento, el que produce gran parte de estos buenos resultados.

Por último, al correlacionar los datos obtenidos a partir de la aplicación de la escala subjetiva del dolor al grupo experimental se encontró, que el nivel de dolor antes de la aplicación del protocolo psicoprofiláctico fue severo con una prevalencia del 60%, mientras, que el nivel de dolor durante el trabajo de parto del grupo experimental fue valorado subjetivamente como moderado con una prevalencia del 83%. Finalmente, el nivel de dolor después del trabajo de parto también fue valorado subjetivamente por las gestantes como moderado encontrando diferencias en la prevalencia con un 63%. Es de resaltar, que estos resultados se asemejan a los datos obtenidos a partir de la investigación de Díaz (1995), en los cuales se evidenció que las mujeres que fueron preparadas para el parto natural, a través del método psicoprofiláctico, estaban en mejores condiciones físicas y psicológicas al momento del parto, ya que presentaban adecuados niveles de hemoglobina, ganancia de peso aceptable y estaban alertas y cooperadoras durante los diferentes estadios de la labor. Sumado a lo anterior, los datos de esta investigación muestran que la valoración subjetiva del dolor para las mujeres del grupo experimental fue considerada como moderada, mientras que para las mujeres pertenecientes al grupo control catalogaron el dolor como severo con una prevalencia del 54%. Estos datos, se asemejan a los obtenidos en la investigación realizada por Portugués y Murillo (2004), los cuales, señalan los efectos positivos de un programa de ejercicio aeróbico y relajación sobre el estado anímico de mujeres embarazadas.

A partir de los datos encontrados es posible aproximarse a los efectos que se obtienen a partir de la implementación de un protocolo psicoprofiláctico en mujeres gestantes. Es de indicar que, en el proceso de recolección de la muestra se presentaron algunas dificultades; la primera de ellas, surge a raíz de que las mujeres que se encuentran en la base de datos de las diferentes EPS no asisten a controles prenatales, por lo tanto, muchas de ellas no se vinculan a los cursos psicoprofilácticos impidiendo realizar un seguimiento adecuado a las mujeres durante su periodo de gestación. Lo anterior, se evidencia en el total de la muestra ya que sólo se pudieron evaluar 35 mujeres de grupo experimental y por lo tanto 35 mujeres gestantes de grupo control estableciendo una muestra homogénea, lo cual limita la posibilidad de

generalización de los datos y supone replicar el estudio con un número mayor de participantes. De igual forma, es de indicar que la no asistencia a los controles prenatales puede afectar notablemente en el estado de salud tanto de la madre como de su hijo. De acuerdo con lo planteado anteriormente, Larterra, Casini, Andina y Levi (2000), trabajaron con pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP), un grupo recibió información y contención psicológica y el otro grupo no lo recibió. Con respecto a la incidencia de prematuridad y bajo peso al nacer si bien las diferencias no alcanzaron nivel de significación, la tendencia fue a favor del grupo que recibió intervención. De esta forma, se concluye que los cuidados y sostén psicológico junto con las charlas informativas dentro de un marco transferencial, haciendo hincapié en su problema actual constituyen un adecuado entramado de contención que permite controlar la APP, alargar el tiempo de latencia y mejorar su evolución durante por lo menos dos semanas.

Por otra parte, los hallazgos de esta investigación, se presentan como aportes empíricos a la psicología, especialmente en el área clínica, por cuanto se realiza una exploración del periodo pre, peri y postnatal basado en el paradigma de la psicología cognitiva. Además, este estudio es susceptible de ser utilizado como punto partida en el planteamiento de nuevas preguntas de investigación, algunas de las cuales pueden vincularse con la correlación entre los efectos psicológicos de la implementación de un protocolo psicoprofiláctico como los efectos biológicos que supone dicha implementación.

Finalmente es importante indicar que de acuerdo con el objetivo del estudio, los datos permiten concluir que efectivamente hay un importante grado de impacto en las mujeres que participaron de él, lo cual corrobora, la influencia de los factores psicológicos en mujeres gestantes durante el embarazo, el parto y el post parto y la imperante necesidad de implementar acompañamientos más eficaces y contundentes, que ayuden a disminuir cualquier tipo de complicaciones que se puedan presentar durante estos periodos asociados a un mal manejo de los niveles de ansiedad y dolor y al poco uso de ciertas estrategias activas que favorezcan la experiencia de ser madres, disminuyendo complicaciones no sólo físicas sino psicológicas.

9. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados a nivel nacional e internacional son un factor primordial para considerar la ansiedad como un factor de riesgo que puede presentarse en la población colombiana causando malestar psicológico, por lo tanto, los profesionales de la salud debe orientar su atención a la prevención de este fenómeno.

Crear programas para las gestantes orientados al manejo del dolor al momento del parto permite que ellas experimenten menos dolor en ese momento y a su vez, logran participar de forma activa del alumbramiento junto con médicos y enfermeras.

Orientar a las madres sobre el periodo de gestación en el que se encuentran, las etapas del parto y las emociones que experimentan durante el embarazo y el puerperio, permite que las gestante entiendan la importancia de consultar a un profesional de la salud cuando sientan algún tipo de malestar ya sea físico o psicológico.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las gestantes pertenecientes al grupo control fueron aquellas relacionadas con esperar a que la solución de un problema llegue por sí misma, sin necesidad de actuar. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el grupo experimental están orientadas a la participación activa y elaboración de diferentes estrategias para la resolución de un problema, de lo cual se puede concluir que el curso psicoprofiláctico incrementa el uso de estrategias activas frente a las pasivas, haciendo más adecuado su afrontamiento.

Se ratifica la importancia de la implementación de protocolos psicoprofilácticos que brinden un adecuado sostén psicológico y permitan controlar y reducir la amenaza de parto pretérmino y los riesgos de muerte perinatal.

10. RECOMENDACIONES

Promover el desarrollo de estudios de carácter científico, en los cuales se utilice un número mayor de participantes, con lo cual se corroborarían los resultados de la presente investigación y se lograrán generalizar los hallazgos.

Es de gran importancia optimizar los protocolos existentes o generar unos nuevos, que facilite a los profesionales la recolección de información teniendo en cuenta criterios de mayor objetividad.

Con el objetivo de complementar la presente investigación, se sugiere que en estudios futuros se realice un seguimiento en cuanto a la evolución física de las diferentes gestantes en la sala de partos y en su periodo de hospitalización, con el fin de evaluar indicadores como la reducción del trabajo de parto y la reducción de riesgos y complicaciones obstétricas.

Para estudios futuros sería interesante vincular a las parejas de las gestantes durante la aplicación del protocolo psicoprofiláctico y realizar un seguimiento de sus niveles de ansiedad junto con las gestantes.

Para la optimización del servicio de salud de las diferentes EPS, se sugiere la vinculación de un psicólogo con orientación clínica que apoye los diferentes programas de promoción y prevención, todo en aras del trabajo por el mantenimiento de estilos de vida saludables en los usuarios vinculados a las diferentes EPS.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, M. (1997) *El Embarazo: Relajación y Acondicionamiento Psicológico*. Panamá: Editorial América S.A.
- Attie, A & Morales, C. (1992) Aspectos Psicológicos del Embarazo de Alto Riesgo: Una Revisión. México: Siglo XXI.
- Bakal, D. (1996) *psicología y Salud*. Bilbao: Desclee de Bouver.
- Belloc, A. (1995) *Manual de Psicopatología*. España: McGraw-Hill.
- Botella, N. (1998) *Programa de Promoción de Salud Materno-Infantil*. España: McGraw-Hill.
- Cadavid, L; Duque, J; Orozco, D; Ramírez, C & Valencia, D. (1989). *Efectos Psicológicos Ante los Cambios Físicos en la Mujer Embarazada*. Universidad de San Buenaventura, Facultad de Psicología. Medellín, Colombia.
- Correa, G & Madrigal, C (2003). *Aplicación de Técnicas Cognitivas para la Reducción de la Ansiedad y el Estrés en las Gestantes Pertenecientes al Curso Psicoprofilácticos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal*. Universidad Pontificia Bolivariana, Facultad de Psicología. Medellín, Colombia.
- Currid, T. (2004). Improving Perinatal Mental Health Care. *Nursing Standards*. 4, 40 – 43.
- Deutsch, H. (1960). *Psicología de la Mujer*. Buenos Aires: Losada.
- Díaz, M. (1995) *El Curso de Parto Psicoprofiláctico como Factor Protector al Momento del Parto*. Recuperado el 14 de septiembre de 2007 de <http://bases.bireme.br>.
- Dolto, F. (1983). *En el Juego del Deseo*. México: Siglo XXI.
- Fenster, L. (1995) Psychologic Stress in the Workplace and Spontaneous Abortion. *American Journal of Epidemiolog*. 142 (11), 1176 - 1183.
- Floréz, L. (2005). *Elaboración e Implementación de un Programa de Educación para la Salud Dirigido a la Promoción y la Prevención en Adolescentes Gestantes*. Unidad de

- Investigaciones Departamento de Psicología Universidad Católica. Recuperado el 13 de septiembre de 2007 de www.psicologiacientifica.com.
- Gómez, M y Aldana, E. (2007). Alteraciones Psicológicas en la Mujer con Embarazo de Alto Riesgo. *Revista Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana. 17 (1), 15 – 19.
- García-Dié, M. y Palacín, C. (2001). *Intervención Prenatal. La familia: Nuevas Aportaciones* Barcelona: Edebé
- Gracia, L. (1996). *El Desarrollo de los Conceptos Psicológicos*. Santa Fé de Bogotá: Limusa.
- Hurtado, F; Donat, F; Escrivá, P y Póveda, C. (2003) La mujer antes la experiencia del parto y estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 63, 32 – 45.
- Lamaze F. (1989). Análisis y Prevención de la Depresión Postparto. *Cuadernos de Puericultura*. Madrid: Ministerio de cultura, Instituto de la mujer. 2, 26-30.
- Larsen, K; O'Hara, M; Brewer, K y Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (3), 203-214
- Latorre, J. (1994). *Psicología de la Salud*. Argentina: Lumen.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Martínez Roca S.A.
- Londoño, C; Vélez, A; Gómez, D; Vargas, G; Zuleta, T; Méndez, G; (2004) *La mortalidad materna y perinatal en Medellín: Secretaría de Salud Municipal*. Recuperado el 13 de septiembre de 2007 de <http://medicina.udea.edu.co>.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. Y Aguirre, D (2006). Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una Muestra Colombiana. *Universitas Psychologica*. 5 (2), 327-350.
- McCullough, C. (1984). *La Ansiedad*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Macfarlane, A. (1983) *Psicología del Nacimiento*. Madrid: Morata S.A.

- Macy, C y Falkner, F. (1980). *Embarazo y Nacimiento, Problemas y Placeres*. Bogotá: Apucol.
- Mejía, M. (1999). *Psicoprofilaxis en un Embarazo de Alto Riesgo*. Universidad San Buenaventura, Facultad del Psicología. Medellín, Colombia.
- Mendoza, M. (1965) *Psicología y Psicopatología del Embarazo, Parto y Puerperio*. Recuperado el 14 de septiembre de 2007 de <http://cidbimena.desastres.hn>.
- Ontiveros, M (2006) *Adaptación Psicosocial y Nivel de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico*. Recuperado el 27 de febrero de <http://real.enfermeria.uanl.mx/adaptacion-psicosocial-y-nivel-de-ansiedad-en-embarazadas-primigestas-de-bajo-riesgo-obstetrico.html>.
- Puente, A & Poggioli, L. (1989). *Psicología Cognoscitiva Desarrollo y Perspectivas*. Venezuela: McGraw-Hill,
- Remor, E; Ulla, S; Arranz, P. (2003) *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. España: Descleé de Brouwer, S.A.
- Rodríguez, A; Pérez-López, J y Brito de la Nuez, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. *Anales de Psicología*, 20 (1), 95-102
- Sigales, S. (2006). Catástrofes, Víctimas y Trastornos: Hacia una Definición en Psicología. *Revista Anales de Psicología*. 22 (1), 11- 21.
- Sueiro E, Castro M, García A, Vale F & Vázquez E. (1996) Cuidados a la mujer y a su pareja previos al parto. *Revista Rol de Enfermería*. 5, 13-16.
- Thomas, F. (1999) *Los Estragos del Amor*. Bogotá: Universidad Nacional.

12. ANEXOS

Anexo 1: Cuadernillo de Aplicación de Pruebas



EFFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PSICOPROFILÁCTICO DURANTE EL PERIODO PRE, PERI Y POSTNATAL EN UNA MUESTRA DE USUARIAS DE LA CLÍNICA CHICAMOCHA S.A.

La presente investigación se realiza en el marco del convenio Clínica Chicamocha S.A. – Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, cuya investigadora principal es Phd. Diana María Agudelo Vélez (docente e investigadora de la Universidad) y las coinvestigadoras Nindre Pico Quintero y Paula Fernanda Rivero Díaz, estudiantes de psicología en proceso de tesis.

El proceso de investigación tiene como principal finalidad estudiar los efectos de la implementación de un Protocolo Psicoprofiláctico durante el periodo pre, peri y postnatal en una muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha S.A., para lo cual se ha creado una base de datos con la información sociodemográfica de las usuarias.

Esta información es de absoluta confidencialidad, con lo cual se asegura que sus datos personales no serán divulgados por ningún medio.

Bienvenida



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber recibido toda la información referente a la investigación **Efectos de la implementación de un Protocolo Psicoprofiláctico durante el periodo pre, peri y postnatal en una muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha S.A.** por parte de NINDRE PICO QUINTERO Y PAULA FERNANDA RIVERO DÍAZ, quienes dieron respuesta a mis inquietudes, manifiesto libre, consciente y voluntariamente mi intención de participar en la investigación.

En constancia firmo:

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía No: _____ de: _____

Fecha: _____

Nombre, firma y documento de identidad de la investigadora

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía No: _____ de: _____

NOTA

Estudios futuros

Nuestros planes de investigación aparecen resumidos en el formato de consentimiento. Los resultados de nuestra investigación serán grabados con un código numérico y estos no serán colocados en su historia clínica. Los resultados serán publicados en revistas de literatura médica científica garantizando que la identificación de los participantes no aparecerá en estas publicaciones.

Es posible que en el futuro su historia clínica y las repuestas de los cuestionarios sean utilizadas para otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos no aparecen especificados en el formato de consentimiento que usted firmará. Si esto llegara a suceder, toda su información será entregada de manera codificada para garantizar que no se revelará su nombre. De igual manera, si otros grupos de investigadores solicitan información para hacer estudios cooperativos, la información se enviará sólo con el código. Es decir, su identificación no saldrá fuera de la base de datos codificada de nuestro grupo de investigación.

CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIOS FUTUROS

Yo estoy de acuerdo en autorizar que la información de la historia clínica y de los cuestionarios, sea utilizada en otras investigaciones en el futuro.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía No: _____ de _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS.

Código: _____

Fecha: _____

EPS: _____

<i>Características Personales</i>	<i>Características Clínicas</i>
<p>A) Edad: _____</p> <p>B) Estado Civil:</p> <p>1) Soltera _____</p> <p>2) Casada _____</p> <p>3) Viuda _____</p> <p>4) Separada _____</p> <p>5) Unión Libre _____</p> <p>C) Escolaridad</p> <p>1) Analfabeta _____</p> <p>2) Primaria Incompleta _____</p> <p>3) Primaria Completa _____</p> <p>4) Secundaria Incompleta _____</p> <p>5) Secundaria Completa _____</p> <p>6) Universidad Incompleta _____</p> <p>7) Universidad Completa _____</p> <p>8) Otro _____</p> <p>D) Ocupación Actual</p> <p>_____</p> <p>E) Estrato Socioeconómico</p> <p>1) 0 _____ 2) 1 _____ 3) 2 _____ 4) 3 _____</p> <p>5) 4 _____ 6) 5 _____</p>	<p>F) ¿Es su primer embarazo?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>G) ¿Cuántos hijos tiene? _____</p> <p>H) ¿Ha tenido abortos anteriormente?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>¿Cuántos? _____</p> <p>I) ¿Está tomando medicamentos actualmente?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>¿Cuáles? _____</p> <p>J) ¿Ha sufrido alguna enfermedad física?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>K) ¿Ha asistido a algún curso psicoprofiláctico anteriormente?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>L) ¿Ha asistido a controles prenatales durante este embarazo?</p> <p>Si _____ No _____</p>

INSTRUCCIONES GENERALES

A continuación usted encontrará tres cuestionarios que preguntan por la forma de pensar, actuar y sentir de las personas.

Lea las instrucciones de manera atenta y si tiene alguna duda por favor pregunte.
Responda a la totalidad de las preguntas. Su información es muy valiosa para el estudio.

Se le recuerda que toda la información es de carácter confidencial y es anónima.

Edad: _____ Sexo: _____ Estrato: _____

Estado Civil: _____

Nivel Educativo: Ninguno () Primaria () Bachillerato () Superior ()

CUESTIONARIO N. 1**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. AHORA MISMO**, es decir, **en éste momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = Nada 1 = Algo 2 = Bastante 3 = Mucho

1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

CUESTIONARIO N. 2**INSTRUCCIONES**

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1 **2** **3** **4** **5** **6**
Nunca **Casi nunca** **A veces** **Frecuentemente** **Casi siempre** **Siempre**

1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3. Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9. Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11. Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se solución	1	2	3	4	5	6
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6

29. Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
32. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6
36. Rezo	1	2	3	4	5	6
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver que puede pasar	1	2	3	4	5	6
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	1	2	3	4	5	6
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41. Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42. Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43. Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44. Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45. Por mas que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47. Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1	2	3	4	5	6
57. Procuo que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
58. Intento conseguir mas información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
59. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

Anexo 2: Protocolo de Intervención Psicoprofiláctico.

Anexo 2: Protocolo de Intervención Psicoprofiláctico



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOPROFILÁCTICO

Salud y desarrollo durante el periodo prenatal.

Sesión No. 1

Desarrollo Gestacional y estimulación intrauterina.

Objetivo. Resolver interrogantes de los asistentes al curso psicoprofiláctico respecto al desarrollo gestacional del bebé.

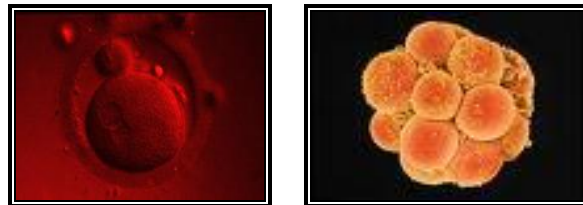
Fortalecer el vínculo afectivo *madre-hijo* a través de la implementación de técnicas de estimulación intrauterina en cuanto al conocimiento, la comunicación y la adaptación del uno con el otro.

Actividad. A través de la exposición de imágenes que explican claramente el desarrollo de un bebé por semanas se les pide a los asistentes a las sesiones que utilizando la plastilina o arcilla elaboren cada órgano que se forma de acuerdo al desarrollo gestacional. Al final de la sesión todos los participantes se integran y unen todos los órganos del feto para crear al bebé recién nacido.

Implementación de técnicas táctiles, auditivas y motoras para llevar a cabo la estimulación intrauterina.

El comportamiento del feto dentro del vientre materno ha sido investigado durante años. Estudios demuestran que sus movimientos son reacciones frente a ciertos estímulos. La presencia de una hormona en la sangre de la mujer corrobora esas primeras sospechas dadas por la ausencia del periodo menstrual, sin embargo, a partir de la confirmación en laboratorio, se estima que han transcurrido mínimo entre siete y nueve días desde la fecundación (Álvarez, 1990). De aquí en adelante comienza el desarrollo sorprendente de una vida en el útero materno. Además de la formación de las distintas estructuras anatómicas, el feto exhibe una serie de habilidades que pueden ser perceptibles a través del ultrasonido: expresiones de disgusto, dolor, movimientos respiratorios, brincos, hipos y estiramientos, entre algunos otros (Salvatierra, 2000).

Semana Uno y Dos. Cuando el espermatozoide se deposita en la vagina, viaja a través del cuello uterino a las trompas de Falopio, lugar donde generalmente tiene lugar la concepción. Sólo un espermatozoide penetra el óvulo de la madre y la célula resultante es llamada *zigoto*. *El zigoto* contiene toda la información genética (ADN) necesaria para convertirse en un niño. La mitad de esta información genética proviene del óvulo de la madre y la otra mitad del espermatozoide del padre. *El zigoto* emplea los siguientes días para bajar a través de la trompa de Falopio y se divide para formar una bola de células. Una división celular posterior crea un grupo interno de células con una envoltura externa, etapa que se denomina un *blastocisto*. *El blastocisto* alcanza el útero alrededor del quinto día y se implanta en la pared uterina aproximadamente al sexto día. En ese momento en el ciclo menstrual de la madre, el endometrio ha crecido y está listo para brindar soporte al feto. *El blastocisto* se adhiere fuertemente al endometrio donde recibe nutrición a través del torrente sanguíneo de la madre.



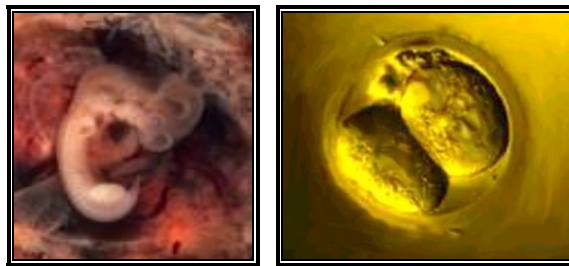
Las células del embrión ahora se multiplican y comienzan a ocuparse de sus funciones específicas. Este proceso se llama diferenciación y es necesario para producir los diversos tipos de células que conforman un ser humano.



Semana Tres. Aquí los 23 cromosomas del óvulo se han unido a los 23 cromosomas del espermatozoide. Se establece el sexo de su bebé y sus características físicas y mentales. Es posible que la madre note pequeños cambios, por ejemplo en el sabor de los alimentos, en una mayor sensibilidad en los pechos o en la sensación de náusea.



Semana Cuatro. El óvulo fertilizado entra en el útero y se implanta. Comienza la diferenciación y formación de la placenta, el embrión y las células de la membrana y líquido amniótico. El corazón del bebé late 65 veces por minuto. Esta etapa es crítica para el bebé. La madre debe tener mucho cuidado con lo que ingiere, porque en esta etapa se pueden dar la mayoría de malformaciones. Comienza a delimitarse el extremo superior del embrión. Ya tiene un corazón que late y el sistema de circulación sanguínea, las extremidades superiores comienzan a perfilarse y aparecen los esbozos de las inferiores. Se forma el cordón umbilical y su tamaño es de 4 mm.



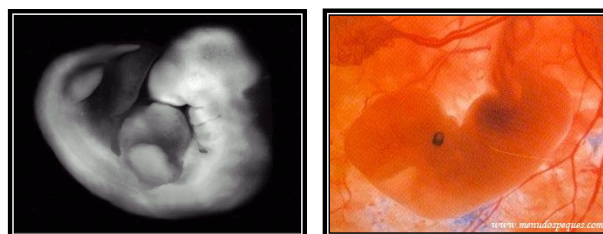
Semana Cinco. En la quinta semana, se está formando la médula espinal y el cerebro. El cerebro continúa desarrollándose hasta que el niño tiene 18 meses de vida. De igual forma, en el feto empieza la formación del tejido que se ha de convertir en las vértebras y algunos otros huesos, se desarrolla el corazón que late a un ritmo regular, la circulación permanece rudimentaria a través de los vasos mayores, comienza el desarrollo de las estructuras del ojo y del oído, el cerebro se desarrolla en cinco áreas y las yemas o brotes de brazos y piernas son visibles. En *la madre*, se atrasa la menstruación y comienza a pensar que podría estar embarazada. Sus senos están ligeramente hinchados y adoloridos. Esta semana es crucial en el desarrollo del sistema nervioso y el corazón del bebé, por esto, la madre debe tener una dieta rica en proteínas, calcio y ácido fólico para darle al bebé todos los nutrientes necesarios.



Semana Seis. La cabeza y el tronco están formándose. Las células del cerebro crecen rápidamente. Son visibles los brotes de las futuras piernas y brazos. Empieza a formarse la boca y las raíces de los dientes. Su bebé es del tamaño de un fríjol. También, comienza la formación de los pulmones, se presenta un mayor desarrollo del cerebro, los brazos y las piernas se han alargado y las manos y los pies tienen dedos, pero pueden aún estar adheridos por membranas. Se forman los dientes, las cuatro cavidades cardíacas y se desarrolla el estomago, el intestino, el páncreas y el aparato urinario. Aparecen también los esbozos del conducto auditivo externo y pabellones auriculares.



Semana Siete. El corazón del bebé está envuelto dentro del tronco del bebé. Ya los brazos y piernas son mucho más evidentes y la médula espinal está casi completa. El bebé mide un centímetro de largo. En la madre, se pueden producir cambios radicales en el humor. Debe asistir a una cita con el gineco-obstetra, quien le pedirá varios exámenes. Se forman los pezones y folículos pilosos, los codos y los dedos de los pies son visibles y todos los órganos esenciales al menos se han comenzado a formar. El metabolismo de *la madre* está cambiando, seguramente necesitará orinar más seguido y como la mayoría de las mujeres sentirá nauseas.



Semana Ocho. Se comienzan a formar los ojos, la parte externa del a oreja y los dedos de pies y manos, los huecos de la nariz aparecen. La madre siente asco de ciertas comidas y

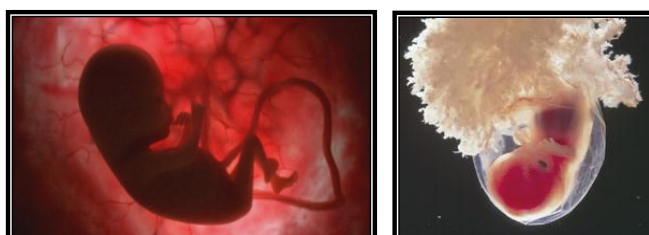
olores. Posiblemente observe la formación de pequeños granos en los pezones. Se presenta rotación de los intestinos, continúa el desarrollo de las características faciales, los párpados están más desarrollados y las características externas del oído comienzan a tomar su forma final. En *la madre*, aumenta la sensibilidad en los pechos.



Semana Nueve. En la novena semana, el bebé ya se llama feto. Comienza a moverse, pero la madre todavía no está consciente de dichos movimientos. Se forman las rodillas. Durante este período se forman todos los órganos principales, como los pulmones, los riñones y el hígado. También comienzan a desarrollarse los huesos. Se alargan sus miembros y dedos. Se forman las cavidades oral y nasal. Comienza a desarrollarse el cerebelo. Los ojos se deslizan hacia el frente de la cara. Aparecen los primeros indicios de los genitales. *En las madres*, se presentan continuos calambres abdominales, los cuales son normales durante el embarazo debido al crecimiento del útero. De igual forma, se observa sensibilidad en sus encías y su cutis es más o menos grasoso de lo normal.



Semana Diez. Inicia el funcionamiento de la placenta. La cabeza es la mitad del tamaño del bebé. Los riñones ya producen orina y se pasa al líquido amniótico que rodea al bebé y que lo protege de los golpes que pueden causar choques y caídas. *La madre* siente la necesidad de usar un brasier que dé más soporte. Podría tener mucho sueño. Algunas mujeres sufren cambios constantes de estado de ánimo debido al aumento de la producción hormonal.



Semana Once. Se está formando el cuello del bebé. Sus músculos controlan más los movimientos. Los párpados se forman, pero están cerrados. Mide 5 centímetros. Los brazos están bien proporcionados. En tanto, la madre se marea si se pone de pie muy bruscamente. Casi termina el primer trimestre, lo cual agrada mucho a la madre pues significa que una etapa crítica de desarrollo ha concluido sin complicaciones.



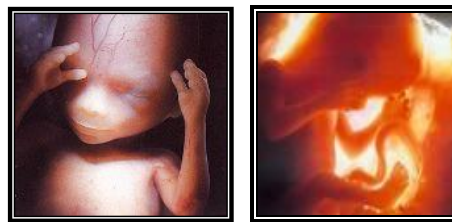
Semana Doce. El bebé es del tamaño de un huevo pequeño, pesa 15 gramos. Los ojos están bien separados y la cabeza se redondea. Además, los oídos ahora están a ambos lados de la cabeza. Al terminar el primer trimestre, el feto empieza a parecerse a un bebé humano. En la madre, podrían disminuir las náuseas y el cansancio, un poco. Aumenta el apetito. Se nota algo de crecimiento del útero. Algunas *madres* empiezan a sentirse con más energías. El útero sigue creciendo, a esta altura del embarazo la madre puede intentar palparlo suavemente justo sobre el hueso púbico.



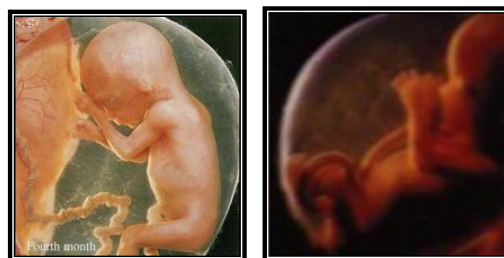
Semana Trece. Aquí comienza la segunda fase del embarazo y es este período intermedio del embarazo el que suele ser el más agradable. Por lo general, disminuyen el cansancio y las náuseas, el cuerpo de la madre comienza a crecer y a redondearse. En la décima tercer semana, el bebé está formado ya parece un niño, sólo que en miniatura y se puede identificar el sexo. Se observa un movimiento semejante al de la respiración; aunque no lo es en realidad, puesto que los pulmones no se expanden ni funcionan hasta después del parto. El cerebro rudimentario del bebé ya puede transmitir mensajes. La *Línea Negra*, una línea de pigmentación oscura puede aparecer en forma vertical desde el pubis hacia el ombligo. Esta línea desaparecerá aproximadamente tres meses después del parto.



Semana Catorce y Quince. El bebé empieza a tener pelo en la cabeza y las cejas, los latidos del corazón se escuchan con el monitor doptone. El feto bebe líquido amniótico y ya lo orina. Las cuerdas vocales se forman. El cordón umbilical se une al abdomen. En la madre, su útero tiene el tamaño de una toronja. Las deficiencias dietéticas más comunes son hierro y ácido fólico. *En la semana quince*, el pelo del bebé ya tiene un color visible. Mide alrededor de 15 centímetros de largo y pesa 120 gramos. El feto cabría en una taza de café. Tiene un reflejo débil de succionar. En esta etapa, el corazón de la madre podría latir aceleradamente y se siente acalorada. Se recomienda a las *madres* que duerman sobre el lado izquierdo para asegurar el flujo de sangre hacia tu útero.

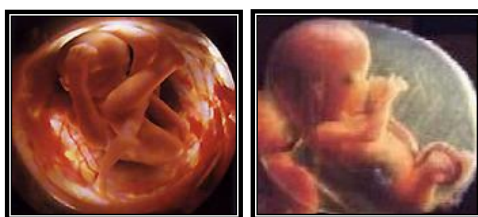


Semana Dieciséis y Diecisiete. El cuerpo del feto está cubierto de pelo fino llamado *lanugo*. Se forman las uñas de los dedos de las manos y de los pies. El bebé es del tamaño del puño de su madre. A partir del quinto mes, el bebé continuará creciendo y definiendo sus características. Cuenta ya con uñas y huellas digitales tanto en pies como en manos. La madre podría estar transpirando más de lo acostumbrado. Podría sentir congestión nasal. El útero se acerca al nivel del ombligo.



Semana Dieciocho y Diecinueve. El bebé ya podría estar chupándose el pulgar y tragando pequeñas cantidades de líquido amniótico, lo cual es normal. Su tamaño puede ser de 20

centímetros y pesa alrededor de 300 gramos. La madre no debe preocuparse si experimenta secreciones vaginales, a menos que sufra picazón o éstas tengan un fuerte y desagradable olor. En la semana diecinueve se empieza a formar sobre la piel del bebé una sustancia sebácea llamada *vernix* que le protege del líquido. Aquí, es posible que la madre ya sienta movimientos de su bebé, pues éste dispone de espacio de sobra para moverse; aunque a veces resulta difícil tener la plena seguridad de que se trata del feto, porque es una sensación mínima y bastante extraña, como si tuviera mariposas en el estómago. Probablemente algunas *madres* ya sentirán los movimientos del bebé en el útero. El útero puede empezar a practicar contracciones falsas, llamadas, contracciones de *Braxton Hicks*.



Semana Veinte. El bebé ha alcanzado la mitad del tamaño que tendrá al nacer. En la madre, podría sobresalir su ombligo. Los senos se sienten pesados. Se identifica más con su nueva apariencia de embarazada. Aparecen las cejas, las pestañas, las uñas en pies y manos, el feto se muestra más activo con mayor desarrollo muscular, se presentan los primeros movimientos fetales. En las *madres*, se extiende el saco amniótico hacia afuera y se llena la cavidad uterina. Todo el útero crece y el abdomen se ensancha cada vez más.



Semana Veintiuna y Veintidós. El feto pesa menos de una libra y se mueve libremente dentro del líquido amniótico dando vueltas. La pareja o los otros hijos quizá perciban estos movimientos si ponen la mano sobre la piel desnuda del vientre de la madre. La madre podría sufrir de acidez, sobre todo en la noche, antes de acostarse. En la *semana veintidós*, El feto alterna en forma marcada los períodos de sueño y actividad. Se mueve más en la noche, generalmente. El bebé empieza a reaccionar a las influencias externas y tal vez lo note más activo si toma un baño o escucha música ligera. La madre debe cuidar bien su dentadura y visitar al dentista en esta etapa. Además, este es un mes de mucho aumento de peso.



Semana Veintitrés. El reflejo del bebé de agarrar, cerrando la mano, es más fuerte. Mide 30 centímetros de largo. La madre podría sentir estiramiento de los ligamentos que conectan el útero con la pelvis y la columna. Se recomienda que haga sus movimientos más lentamente. Aquí es donde la madre trata de distinguir si cuando el bebé se mueve, es la manita, codo o rodilla lo que sobresale. En esta semana completa unos 600 gramos. El peso corresponde a músculo, masa ósea y tejidos y órganos en crecimiento. Un feto de esta edad podría sobrevivir aunque tuviera que permanecer varios meses en cuidado intensivo en incubadora.



Semana Veinticuatro y Veinticinco. El bebé podrá reaccionar ante ruidos fuertes o cierta música. Mide 33 centímetros y pesa aproximadamente 750 gramos. El útero de la madre ha llegado al nivel del ombligo. Se siente vital y con energía. En la semana Veinticinco Comienzan a endurecerse los huesos del bebé, un proceso que continuará durante 16 años más. El bebé ya responde al dolor. La madre se despertará con calambres en la parte inferior de las piernas. Es el momento ideal de matricularse en un curso prenatal.



Semana Veintiséis y Veintisiete. Se engrosa la piel del bebé. El meconio se empieza a formar en los intestinos y se evacuará en los primeros días de vida extrauterina. En esta etapa, se recomienda a la madre una buena alimentación y evitar las dietas; además del consumo de productos y jugos naturales. El volumen sanguíneo ha aumentado en un 30%. En la *semana veintisiete* Los párpados se han abierto, percibe luz y diferencia olores. El bebé está feliz en

este mundo materno. Ya terminó el segundo trimestre. Si aparecen várices en las piernas de la madre, se recomienda que no permanezca mucho tiempo de pie y eleve las piernas para descansar durante el día.



Semana Veintiocho a Treinta y Dos. El feto alcanza una longitud de más o menos 38 a 43 cm. El bebé tiene patrones establecidos de sueño y actividad. El feto pesa más o menos 1,900 Kg. (4 libras 6 onzas) y se presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal. De igual forma, se presentan movimientos respiratorios rítmicos y los huesos están completamente desarrollados, pero aún son blandos y flexibles. Practica su reflejo de succionar con su dedo pulgar. El feto comienza a almacenar hierro, calcio y fósforo.



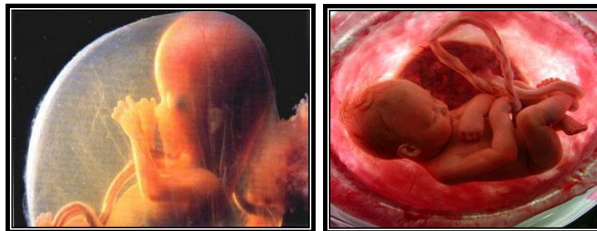
Semana Treinta y Tres y Treinta y Cuatro. El canal digestivo y sus pulmones están casi listos. La piel no está tan arrugada y roja. Se prepara para su vida extrauterina almacenando hierro en su hígado. La madre podría estar sufriendo de estreñimiento debido a la lentitud del movimiento intestinal. En la *semana treinta y cuatro*, el bebé percibe el sol cuando su mamá está asoleándose. Mide unos 40 centímetros de largo y pesa 2.5 kilogramos. El cerebro crece notablemente.



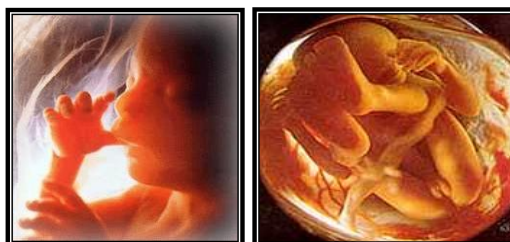
Semana Treinta y Cinco y Treinta y Seis. El bebé se ubica en la posición probable de parto. La madre siente dolores en la columna y la ingle. Se siente optimista por conocer la cara de su bebé, pero también preocupada por la labor de parto. En la *semana treinta y seis* El bebé está terminando de desarrollar sus pulmones. Mide 45 centímetros y pesa 2.7 kilogramos. La madre puede sentir aumentos repentinos en su nivel de energía.



Semana Treinta y Siete y Treinta y Ocho. El bebé pesa casi los tres kilogramos. Si nace en este momento, no sería considerado prematuro. En tanto, la madre duerme mal debido a la presión sobre los huesos pélvicos. Es posible que sienta dolores de ovarios. El bebé está casi listo. El líquido amniótico ha aumentado de una sola gota a un litro, ahora empieza a disminuir por falta de espacio. En la madre, hay más flujo vaginal y deseos de orinar. Siente más contracciones que de costumbre y el cuello del útero madura.



Semana Treinta y Nueve y Cuarenta. El bebé crece a ritmo acelerado, aumentando 15 gramos por día. Mide entre 50 y 52 centímetros y pesa de 3.2 a 3.6 kilogramos. A la madre, tal vez se le afloje la panza. Se recomienda que practique sus respiraciones de relajación y que vaya teniendo lista la maleta. La cabeza del bebé está bien encajada en la pelvis. Sus movimientos ya perdieron fuerza, pero nunca cesan. La madre está aburrida del embarazo y se pregunta cuándo será el día. De aquí en adelante, el momento del parto se acerca y se debe estar preparado.



Estimulación Intrauterina.

Los seres humanos, se han caracterizada por depender mucho más tiempo de los padres en comparación con el resto de animales, la razón básica estriba en el *cerebro*, cuya maduración requiere mucho más tiempo que el de la mayoría de las especies. Muchos de los animales existentes poseen la capacidad de caminar al lado de sus madres sin aparente dificultad a las pocas horas de nacidos. Sin embargo, un bebé tarda algo más de un año en empezar a caminar, por lo que su supervivencia depende en extremo de la protección de su madre. El caminar no es una habilidad innata que posea el bebé, por el contrario, es el resultado de un proceso de aprendizaje. Un recién nacido sólo muestra un conjunto limitado de capacidades si las comparamos con las que irá adquiriendo con el transcurso de los años, estas habilidades, están relacionadas con su supervivencia, *succionar* para poder alimentarse, *llorar* para atraer la atención de su madre, o *cerrar las manos* para intentar aferrarse a aquello que les brinda mayor seguridad. Esta total indefensión es consecuencia de un cerebro aún por formar, pero esta circunstancia que puede parecer en principio negativa conlleva, en realidad, una enorme ventaja: el bebé será capaz de adaptarse mucho mejor al entorno y a las circunstancias cambiantes que cualquier otro animal cuyo cerebro ya esté programado en el momento de nacer. Disponer de un cerebro moldeable es lo que ha permitido a la especie humana progresar y sobrevivir incluso ante las condiciones naturales más adversas (*Sarmiento, 1990*).

A los tres meses de vida embrionaria, los órganos de los sentidos y los correspondientes centros cerebrales ya se han desarrollado notablemente. Durante los seis meses siguientes estos órganos y centros se desarrollan completamente y se especializan, según la calidad y la intensidad de los estímulos recibidos y la naturaleza de su función. Estudios científicos demuestran, que el feto de siete meses es capaz de llevar a acabo un aprendizaje condicionado, es decir, de responder de manera previsible a diversos estímulos. *Lieberman (1970)* realizó un estudio con mujeres embarazadas fumadoras y demostró, que los niños mostraban indicios de agitación emocional, según lo indicaba la aceleración del ritmo cardiaco, cada vez que su madre en fumar. No era necesario que la madre fumara; la sola idea de hacerlo bastaba para acelerar el latido del corazón del bebé. En el tercer trimestre, estos niños ya habían aprendido a asociar los signos fisiológicos que acompañan a la idea de fumar con la incomodidad que el hecho real de fumar le provocaba en su medio intrauterino (*Verny y Weintraub, 1994*).

Los ruidos que oye el bebé en el útero son de varios tipos, los que provienen del *cuerpo de la madre*, que constituyen una especie de ruido de fondo como los ruidos digestivos y los latidos del corazón y los que le llegan del *exterior* como voces, ruidos de objetos y música.

Hacia las catorce semanas el bebé, ya escucha. *Tomatis (1996)* postula que el bebé, escucha los sonidos antes de que el oído esté formado. El sonido le llega al bebé, a través de la columna vertebral de su madre, que constituye un puente vibrante entre la laringe y la pelvis. La voz de su padre le llega al bebé, a través del tímpano de la madre, sigue el sistema óseo y el bebé la recibe como una modulación, recibe la cadencia y el ritmo. El ser que se está formando, desde el período embrionario recibe las vibraciones sonoras a través de las células receptoras de su piel, de sus músculos, de sus articulaciones, pero cuando el oído empieza a funcionar, filtra los sonidos graves y sólo percibe los agudos. De igual forma, la piel de todo el cuerpo, desde los primeros meses de gestación, se prepara para recibir múltiples estimulaciones cutáneas. El tacto es uno de los sentidos más importantes, porque permite al ser humano reconocer el mundo físico, el de las emociones y comunicar. El proceso de una buena sensibilidad táctil es muy importante para el normal desarrollo de las competencias sensoriales, motoras y cognitivas del feto (*Verny y Weintraub, 1994*).

Durante la existencia intrauterina, el feto, cobra especial importancia porque lo ayuda a intercambiar con el mundo que lo rodea y lo prepara para su futuro crecimiento en el exterior. Los primeros contactos que la mamá establece desde su vientre con el bebé fundan los lazos de una relación afectiva, confirmante de un estado de seguridad emocional en su vida psíquica. Pero, según *Veldman (1975)*, para que estos contactos trasciendan los límites del mero tacto estos deben ser realizados de un modo intuitivo, en intimidad y con una actitud afectiva. La intención es la de poder brindarle al niño un sentimiento de seguridad y de confirmación de su existencia, desde esta perspectiva el tacto constituye la base de todos los sentidos, por esto, al interior el vientre, el bebé percibe estímulos táctiles a través de la succión de su pulgar, el roce con la pared uterina, la temperatura del líquido amniótico y el reciclaje del mismo aproximadamente cada once semanas (*Rodríguez, 2004*). A partir de las diez semanas de gestación, cuando ya se han formado los canales semicirculares relacionados con el equilibrio, la estimulación intrauterina se puede realizar mediante las diferentes posiciones que asume la madre durante el periodo de embarazo en su vida normal o través de los ejercicios físicos apoyados por una respiración adecuada. El feto dentro del útero se informa de su posición al percibir si la madre se encuentra de pie o en una posición que afecte su equilibrio intrauterino, logrando así, desarrollar el centro del equilibrio del feto, aumentando su capacidad de alerta (*Verny y Weintraub, 1994*).

En vista de tales descubrimientos, es de vital importancia que la madre se comunique con su hijo por nacer de manera positiva y afectuosa mediante *el tacto, el sonido y el movimiento*.

Como él ya posee capacidades preceptuales que se agudizan y mejoran cada vez más, éste es el momento adecuado para introducir diversas *técnicas de estimulación intrauterina*.

Tema: *Relajación y profundización de tu conexión psicológica con el bebé.*
Instrumentos: *Visualización y respiración rítmica.*
Participantes: *La madre.*
Ritmo: *30 minutos, una vez por semana durante el tercer trimestre de embarazo*

Acuéstate en una posición cómoda y asegúrate de que dispones de una media hora sin interrupciones. Empieza por mantener la mano a unos quince centímetros de tu abdomen durante un periodo de tres a cinco minutos. Entretanto mírate el vientre e imagínate al niño dentro de él. Imagina su cuerpecito, desde los deditos minúsculos hasta su gran cabeza y sus piernas, flexionadas y recogidas. Imagina los rasgos delicados de su carita, mira como abre y cierra la boca y represéntate los parpados que se mueven en el tibio ambiente del líquido amniótico que lo envuelve. Cuando hayas absorbido mentalmente, con tanta profundidad como te sea posible, la imagen de tu bebé, ponte de pie y apoya las manos sobre el abdomen. Ahora, con la imagen de tu hijo en la mente, inhala mientras mueves el abdomen hacia delante. Luego exhala, mientras mueves el abdomen hacia atrás. Repite la secuencia una y otra vez. Compruebas que lo que en realidad estás haciendo es mover al bebé. Dedicar unos minutos a practicar el ejercicio de la manera indicada. No te concentres en perfeccionar la técnica respiratoria, sino en vincularte con tu hijo. Sintoniza tan profundamente como puedas con el movimiento de hamaca que estás haciendo con el vientre, y con los sentimientos del niño que llevas en tu seno. Cuando te sientas en armonía con tu hijo, cierra los ojos e inhala por la nariz. Mientras lo haces imagínate que tu cuerpo es un largo túnel y que tu respiración es un soplo susurrante que lo atraviesa para masajear suavemente al niño que albergas. Inhala por la nariz y exhala por la boca, abrazando a tu hijo con las manos que tienes apoyadas sobre el abdomen. Acarícialo mientras lo meces, hacia delante y hacia atrás. Recuerda que has de inhalar cuando muevas el abdomen hacia adelante, y exhalar al hacerlo retroceder. Continúa con el ejercicio y procura tardar unos cinco segundos en inhalar y otro tanto en exhalar. Siente como cada vez que inspiras, el aire te entra por la nariz, desciende a los pulmones y llega a tu hijo. Mientras espiras, cuando abrazas al bebé, siente cómo ese mismo aire vuelve a salir. Sigue practicando este ejercicio hasta que todos los movimientos sean fluidos y uniformes. Tendrá sobre ti un efecto sedante, casi hipnótico, y te brindará un sentimiento de profunda comunicación con el hijo que esperas.

Tema: *Comunicación táctil con el bebé.*
Instrumentos: *Movimiento, masaje, música y voz.*
Participantes: *La madre y el padre.*
Ritmo: *10 minutos, dos veces por semana, durante el resto del embarazo.*

Cada vez que sientas patear a tu bebé, acaríciate el vientre tan suave y amorosamente como puedas. Recuéstate en una posición cómoda que puedas mantener durante unos diez minutos, y ve realizando el masaje mediante una serie de toques largos y amplios o bien mediante movimientos circulares. Durante este trimestre, ya puedes palpar efectivamente la cabeza y los pies de tu hijo, de manera que podrás realizar una serie de toques firmes que vayan desde su cabeza hasta sus pies. Esta técnica de masaje no sólo será un consuelo y un estímulo para el niño que llevan en tu seno, sino que añadirá también profundidad y viveza al lenguaje táctil que has usado hasta ahora. Puedes enriquecer estos momentos de comunicación tan especiales si te fricciones el vientre con un aceite natural ligero. También durante el masaje puedes escuchar música clásica, hablar con dulzura o cantar. Lo que importa es que recuerdes que cada sonido y cada movimiento deben ser una expresión de amor. El ritmo suave y constante que vayas creando con tus manos y con tu voz hará que tu bebé se sienta confiado y seguro. Si tu pareja o tus otros hijos deciden participar en este diálogo mediante masaje, te sugerimos que también ellos acaricien al bebé con firmes toques repetidos de la cabeza a los pies.

Tema: Comunicación con el bebé mediante el contacto y el juego.

Instrumentos: El tacto, el movimiento y el juego.

Participantes: La madre, el padre y el bebé que está por nacer.

Ritmo: Unos minutos cada día, cada vez que lo creas necesario.

Haz presión con un dedo en un lado del abdomen, y después con otro en el otro lado, y repítelo unas cuantas veces. El bebé, aunque te asombre, responderá. Puede ser que mueva regularmente la mano o el pie haciendo presión contra tus dedos, o que te patee cada vez que sienta que tú, tu pareja u otro miembro de la familia se aventura en sus dominios. También puedes hacer la prueba de palmearte rítmicamente el abdomen, dando dos o tres golpecitos juntos, mediante este ejercicio podrás vivir la experiencia más fascinante de todo el embarazo, al sentir a tu bebé.

Sesión No. 2

Cambios Psicológicos Durante la Gestación.

Objetivo. Informar a las madres y a sus parejas sobre los cambios psicológicos que experimentan las maternas durante el periodo de gestación.

Actividad. A través de la exposición de imágenes de expresiones faciales, se invita a las gestantes participantes para que identifiquen las emociones que experimentan en relación al embarazo y al parto.

Con la utilización de una hoja en blanco se le pedirá a las futuras madres que escriban los miedos que experimentan en relación al embarazo y al trabajo de parto y, posteriormente se les pide que cambien sus miedos por afirmaciones positivas.

Socializar experiencias vividas durante el periodo de gestación en el que se encuentran.

El embarazo, como señala *Benedek (1973)*, es un proceso biológicamente normal que constituye, sin embargo, una condición excepcional que pone a prueba las reservas fisiológicas y psicológicas de la mujer. Nueve meses es un tiempo demasiado largo para aceptarlos simplemente como un periodo de preparación respecto del recién nacido, como un periodo de espera pasiva. Es una etapa en la que la vida de la mujer se ve directamente implicada en los procesos más básicos desde el punto de vista psicológico y fisiológico (*Colman y Colman, 1971*). Como señalan estos autores, parece universalmente aceptado que el embarazo es un período de grandes exigencias, no sólo corporales sino también psicológicas. No podría ser de otra forma. Los cambios en la imagen corporal, las alteraciones hormonales, así como la combinación de factores ambientales y culturales, se reflejan inevitablemente en la vida psíquica de la mujer embarazada. El embarazo, es una etapa en la que surgen nuevas adaptaciones, por esto, la mujer necesita acomodarse para asumir un nuevo rol. Antiguos conflictos no resueltos de etapas más tempranas son revividos de nuevo durante la gravidez y la estabilidad emocional de la mujer corre peligro de derrumbarse seriamente. Así pues, la resolución exitosa de esta crisis depende en gran medida del equilibrio psíquico de la futura madre, hasta el punto de que, en condiciones desfavorables, pueden desencadenarse episodios psicopatológicos más o menos graves (*Bibring, 1959*).

Parece comúnmente aceptado, tanto por ginecólogos como por psiquiatras y psicólogos, que la mujer embarazada experimenta cambios en su personalidad, cambios que muy a menudo se traducen por una labilidad emocional. Según diversos autores, los fenómenos fisiológicos del embarazo están cargados de material psíquico. *Deutsh (1949)*, postula en su libro *La Psicología de la Mujer*, que el exceso de inervaciones, la reorganización gradual de los procesos de excitación somática, las modificaciones de la circulación de la sangre, las funciones glandulares, y los fenómenos de nutrición de los tejidos relacionados con el

embarazo, constituyen un esfuerzo físico añadido, que naturalmente debe extenderse a la esfera psíquica. De esta forma, la gestación, como indica *Molinski (1986)*, plantea a la conciencia de las mujeres tres realidades muy diversamente percibidas, *la aparición de un nuevo ser*, un tercero en la relación, hasta entonces diádica, entre mujer y hombre; *profundas modificaciones biológicas*, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y, *un cambio en el papel social*. Estas nuevas realidades provocan reacciones psicológicas que se integran con las fisiológicas y motivan las actitudes emocionales de las mujeres embarazadas.

Desde el punto de vista endocrinológico, los estrógenos aumentan con gran rapidez a partir de la última menstruación, produciéndose un mayor incremento en entre la semana seis y veinte del embarazo. La acción de los estrógenos aumenta el metabolismo energético, interviene en el crecimiento de útero y en la formación de un epitelio rico y grueso, estimulan el aumento de secreciones del tiroides y la adrenalina, aseguran la acidez del flujo vaginal, retardando así el crecimiento de hongos y bacterias y obtienen un efecto anabólico generalizado mediante el aumento del contenido proteico de la piel, huesos y del cuerpo en general (*Varela, 1982*). El paralelismo existente entre psicología y endocrinología es sorprendente. La progesterona y los estrógenos afectan directamente al metabolismo de las catecolaminas, grupo de agentes químicos que se sabe que juegan un importante papel en la mediatización de la *emociones*, particularmente en la depresión y en la euforia (*Deutsh, 1949*). Ciertamente, la progesterona y los estrógenos juegan un papel preponderante, ya que proveen un entorno químico alterado que, en interacción con todos los otros factores físicos, ambientales y culturales, definirán la experiencia del embarazo. Pero, como señalan *Colman y Colman (1971)*, no parece probable que los cambios hormonales alteren el estado emocional de una manera directa, pueden determinar la intensidad de un sentimiento, pero su calidad dependerá siempre del contexto.

Una evaluación más precisa del estado emocional de la mujer durante el embarazo permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente. Dadas las propias características del embarazo, puede considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer en cuanto que esta requiere adaptarse a la nueva situación, lo que puede desencadenar *malestar psicológico*. Este último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, e incomodidad subjetiva, los que no pueden agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos (*Morales, Díaz y Espíndola, 2004*). Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente y, por tanto, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, pues se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a

partir del suceso. Estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales permiten comprender mucho mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a este y que podrían considerarse manifestaciones patológicas (*Attie y Morales, 1992; Morales, Gonzáles y Valderrama, 1988*). Entre tales manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo *depresivo*, como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de las fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud, traducido en varias quejas somáticas.

De igual forma, existen sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro. Además, es posible que padezca ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más por la presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido y al propio papel de madre y a la situación económica. Asimismo, pueden surgir sentimientos de inseguridad, dependencia e introversión. Con respecto al deseo sexual este puede ser variable. Estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo y resolución del embarazo. Durante el tercer trimestre de embarazo, de ahí que se les considere un malestar psicológico; sin embargo, en ocasiones se requiere la intervención terapéutica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y puede originar conflictos internos, externos o ambos (*Varela, 1982*).

Primer Trimestre. La mujer embarazada suele reaccionar a los cambios fisiológicos de esta primera etapa de una manera muy confusa, con sensaciones y sentimientos que no puede localizar ni entender correctamente. De igual forma, es probable que aparezcan síntomas desagradables como debilidad física, náuseas, malestares matinales e incluso vómitos severos, obligando a la mujer a restringir sus actividades y provocando, en consecuencia, sentimientos hostiles hacia el embarazo y el niño. También es posible que sienta asustada ante las nuevas tareas y responsabilidades que tendrá que asumir y que en más de una ocasión se pregunte así misma acerca de sus capacidades como madre. En esta situación la mujer tiene la sensación de que algo puede salir mal, puede perder al niño, asimismo, es una etapa en la que se dan con frecuencia extrañas fantasías y sueños acerca de lo desconocido, invisible y todavía no percibido ser que crece dentro del cuerpo, incluso aunque no haya engordado demasiado. Como señala *Pines (1972)*, algunas mujeres, desde el comienzo mismo del embarazo, se

sienten embargadas por una sensación de plenitud y bienestar. Para otras mujeres, sin embargo, esta etapa puede resultar un periodo de profunda *depresión* con un aumento de la actividad física, en un aumento de negar la situación de pasividad que comienza a sentirse. El embarazo, puede alterar también la propia estimación de la mujer, *Colman y Colman (1971)*, aseguran que si la mujer valora mucho sus actividades profesionales, este estado puede significar un estrobo un verdadero *shock psicológico*. Las actitudes positivas y negativas hacia el embarazo entran en conflicto y se expresan a través del campo psicológico y psicosomático, originando angustias y altos niveles de ansiedad.

En el proceso del embarazo, la confirmación y anuncio de este, puede generar incertidumbre frente a los nuevos cambios y las posibles pérdidas y modificaciones que implica (*Álvarez, 1990*). Muchas parejas pueden disfrutar del embarazo si sus condiciones emocionales o afectivas son favorables, otras parejas se sienten amenazadas y tienen dificultad en aceptar la nueva situación y los cambios que experimentan. En el primer trimestre es difícil concebir la idea de un *ser en formación*, por lo que más suele temerse por la continuidad del embarazo, y por la capacidad que se tenga o no de adaptarse a los cambios que traerá el mismo. De igual forma, a partir del segundo mes suelen aparecer la náuseas y los vómitos, por lo general en las primeras horas de la mañana. *Soifer (1977)*, ha comprobado clínicamente la coincidencia de esta sintomatología con la ansiedad que crea el no saber si el embarazo es real o no. Según esta autora, una vez establecido el diagnóstico preciso, frecuentemente remiten de forma espontánea. En ocasiones pueden persistir de forma leve hasta el momento en que se hacen evidentes las modificaciones corporales, o bien hasta la percepción de los primeros movimientos fetales. Dentro de esta etapa, es necesario ayudar a la mujer embarazada, sobre todo si es primeriza, a hacer conciente y comprender todo ese mundo nuevo que puede llegar a angustiarse y atemorizarla. Esto, favorece la marcha del embarazo y el parto, y propone, con tal motivo, el apoyo social necesario.

Segundo Trimestre. El segundo trimestre es considerado el trimestre de la tranquilidad. El riesgo de aborto ha sido superado, y los malestares matinales ya han pasado. Por otro lado, si la mujer se había resistido a la idea de que estaba embarazada, es el momento de empezar a creerlo y a aceptarlo. La experiencia más dominante en este trimestre es la de sentir los movimientos del niño, esto, supone no sólo que el embarazo es real, sino también la justificación gratificante en contra de la deformidad del cuerpo. Al mismo tiempo, es una prueba también de que el niño está vivo. Con la evidencia real del embarazo y su consecuente aceptación, la futura madre comienza a hacer los preparativos para la llegada de su hijo, por esto, empezará a comprar ropitas, la cuna o ir haciendo ella misma labores destinadas a su

hijo. También puede observarse la reacción contraria, mujeres que, al no aceptar su embarazo, pretenden todavía ponerse ropa de cuando no estaban embarazadas, o no hacen ninguna compra o preparativo para el bebé hasta el último momento. *Colman y Colman (1971)*, señalan que el análisis de cómo una mujer responde a estas actividades dice mucho acerca de sus sentimientos e intereses sobre el embarazo y su futuro hijo. Es ahora cuando se hace más patente el hecho de que el bebé provocará cambios en la mujer forzosamente. Es posible que se dé cuenta por primera vez que no puedo controlar estos cambios, ya que se deben a esa criatura que está dentro de ella y que ya tiene vida propia.

Por esto, no es casualidad que los temores relativos a la salud del feto se incrementen cuando se evidencian sus movimientos, dando lugar a temores y fantasías tales como que *esté completo, que nazca sano, que no muera*, entre otras. Todos estos apuntan al temor por problemas de salud fetal, lo cual hace reflexionar a los padres sobre su capacidad para engendrar un hijo completo y sano. La aceptación de la imagen corporal de la madre juega un papel predominante en el manejo de la sexualidad durante la gestación. Este cambio corporal puede ser vivido como un aspecto más de la realización como madre, pero puede ser también algo temido y capaz de reactivar angustias y temores (*Pohodich, Ramer y Sasmor, 1982*). Es así como la historia de la pareja, la planeación y el deseo por el hijo, se constituyen en una oportunidad para disfrutar de la sexualidad durante la gestación. En esta etapa del embarazo, tanto la madre como la pareja tienen una importancia protectora tan grande, que en cualquier momento del embarazo son figuras críticas para la mujer embarazada.

Tercer Trimestre. A partir del séptimo mes puede producirse la versión interna con la que el niño se coloca cabeza abajo a la entrada del canal del parto. La percepción de estos movimientos provoca gran ansiedad, a nivel inconsciente, que tiene diversas expresiones psíquicas y somáticas. Es opinión de diversos autores que la gran mayoría de molestias físicas que presentan las madres son debidas a la contractura de los músculos pélvicos. Según *Soifer (1977)*, esta contractura se debe a los altos niveles de ansiedad en relación con la aproximación al parto. La sensación más clara, en este estado de ansiedad, es que algo extraño, que desconcierta y asusta, está pasando. Estos niveles de ansiedad pueden desencadenar diversos trastornos orgánicos, vómito, diarrea, estreñimiento, gripa, calambres dolorosos, excesivo aumento de peso e hipertensión. En el noveno mes de embarazo, aparecen nuevas modificaciones fisiológicas, las contracciones son cada vez más frecuentes y el cuerpo tiene que adaptarse de nuevo al volumen y dimensiones que el vientre va adquiriendo, ya que en este último mes el feto se desarrolla más rápidamente. Por otro lado, a esta altura del embarazo, las relaciones sexuales están, generalmente, poco recomendadas. Todos estos factores aumentan la

ansiedad ya manifiesta, dada la proximidad del parto. La aproximación al parto constituye uno de los principales motivos de cambios y temores. El conocimiento del proceso disminuye la ansiedad y favorece la experiencia del nacimiento. Especialmente en el último trimestre de gestación, donde los cambios físicos alcanzan su punto más alto, alterando totalmente el aspecto y las cualidades del cuerpo. Se teme no sólo por la pérdida de un cuerpo conocido, sino también por el efecto que pueda tener esto en la pareja, a quien se teme dejar de agradar. A su vez se percibe la cercanía del parto, como un momento único y distinto para cada mujer, en que se teme por una situación futura desconocida. La posibilidad de imaginar una gran variedad de situaciones respecto a las características de ese hijo ya formado, hace que aumente la ansiedad por conocerlo, y el temor por la posibilidad que surja algo inesperado o no deseado (Salvatierra, 2000).

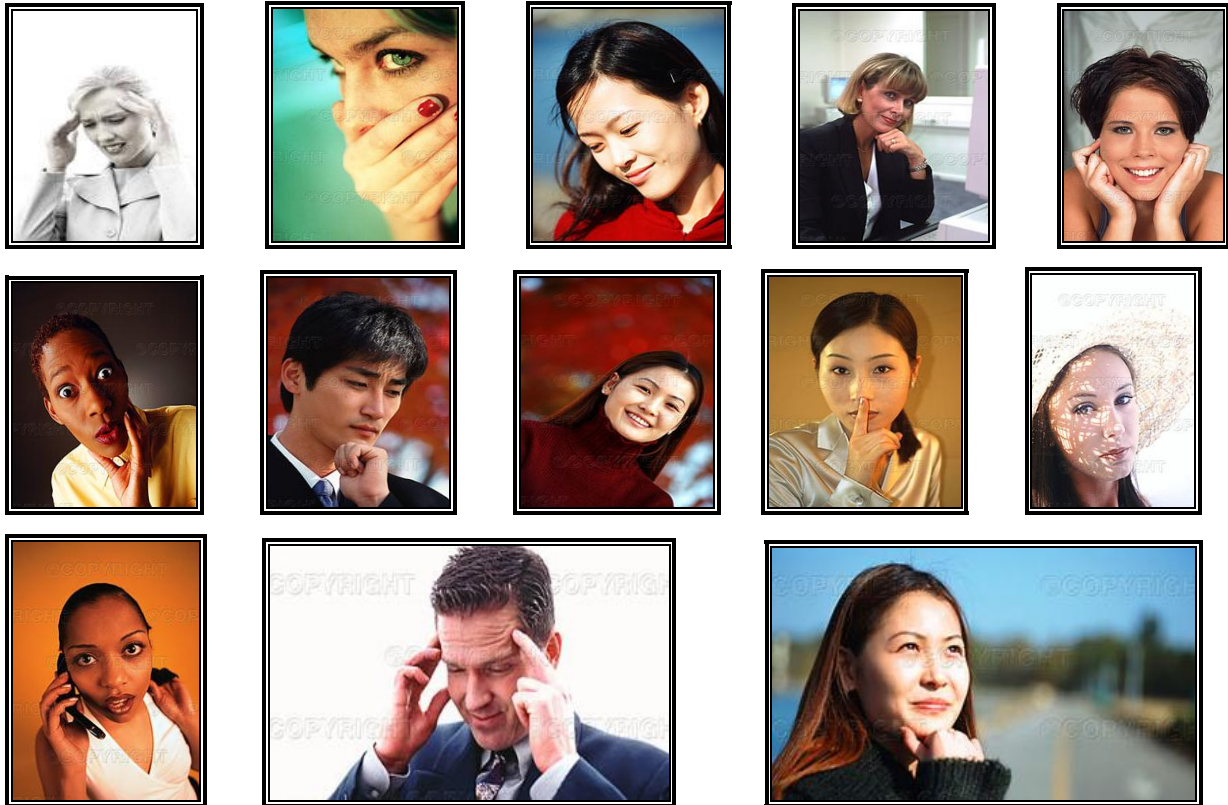
Esto sumado a la incomodidad del sobrepeso, hace que aparezcan dificultades para conciliar el sueño. Simultáneamente aparece la preocupación por sí misma, común a todas las embarazadas. La preparación para el parto capacita a la pareja, mediante el aprendizaje teórico-práctico, para vivir su embarazo y parto como una experiencia sana y feliz, lo que genera a su vez gran satisfacción al participar activamente en el acto del nacimiento, el cual configura una importante experiencia de separación física, tanto para la madre como para el hijo. En cada etapa del embarazo existen diferentes problemas que originan ansiedad como consecuencia inevitable del enorme proceso que está teniendo lugar. Sin embargo como señalan Colman y Colman (1971), sería un error dar la impresión de que el estado de ansiedad es el dominante a lo largo del embarazo, ya que, aunque no exista embarazo exento de angustia y conflicto, justo por el gran cambio y logro que implica, va acompañado por un gran sentimiento de felicidad. La mujer se siente serena y tranquila, identificada con su ideal de madre y con su hijo bien protegido por ella. Vive, en este estado la unión más íntima que pueda existir entre dos seres.

Tema: Identificación de emociones.

Instrumentos: Imágenes de expresiones faciales.

Participantes: La madre.

Ritmo: 20 minutos, una vez durante el tercer trimestre.



Tema: Superación de temores con respecto al trabajo de parto.
Instrumentos: Una hoja en blanco, afirmaciones y visualización.
Participantes: La madre.

Ritmo: 30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante el tercer trimestre.

A medida que el embarazo va llegando a su término, casi todas las mujeres se preocupan de los rigores del trabajo de parto y del parto. Algunas son capaces de enfrentarse con sus preocupaciones poniéndolas en la perspectiva correcta, de modo que para ellas el último trimestre del embarazo es un periodo de júbilo e ilusión. Otras no pueden dejar de preocuparse lo cual genera un estado de ansiedad que puede prolongarse durante todo el periodo. Un alto nivel de ansiedad es un impedimento no sólo para el bebé que está por nacer, sino también para tener un parto sin problemas. Las ansiedades relacionadas con el alumbramiento incluyen el miedo a un falso trabajo de parto, al dolor y a perder el control durante el parto. Algunas mujeres temen que el cuello del útero no se les dilate o que el bebé se les quede atascado en el canal de nacimiento y simplemente no salga. Sean cuales sean los miedos, la mejor forma de superarlos es que cada materna los admita y los afronte. Una vez que cada una haya revisado las más profundas ansiedades que experimentan con ayuda del siguiente ejercicio, se espera que sean capaces de verlas en perspectiva y encararlas de manera más productiva.

En un momento de calma, siéntate con la hoja en un lugar tranquilo. Entonces cierra los ojos y pregúntate *¿Qué es lo que más me preocupa de la experiencia de dar a luz?* Durante unos cinco minutos deja que desfilen por tu mente las respuestas, y después abre los ojos y empieza a escribir. Describe tus miedos con absoluta sinceridad, anotando todo lo que te pase por la cabeza. Cuando hayas terminado lee en voz alta todo lo que hayas escrito. Lee con lentitud y deja que cada miedo se registre en tu mente con toda la fuerza de su impacto, después vuelve a leerlo en voz alta. Cada vez que te refieras a un miedo específico, trata de convertir la ansiedad en una afirmación positiva. Por ejemplo, si temes que tu bebé no pueda pasar por el canal de nacimiento, di: *mi bebé pasará sin dificultad alguna por el canal de nacimiento*. Si temes perder el control durante el trabajo de parto, di: *me mostraré conciente y competente desde el comienzo hasta el final de la experiencia de alumbramiento*. Emplea las afirmaciones que funcionen mejor para ti y ve creando una afirmación en respuesta a cada uno de tus temores. Después de haber expresado en voz alta tus afirmaciones, escribe diez veces cada una de ellas al respaldo de la hoja. Cuando hayas terminado, acaríciate suavemente el vientre e imagínate que a través de la pared abdominal puedes ver como flota tu bebé en el líquido amniótico. Ahora despídete de tu hija y, lentamente levántate para continuar con las tareas del día. Si quieres puedes repetir este ejercicio una vez más en el transcurso del último trimestre. Pero no te entretengas en tus miedos. Después de haberlos afrontado de la manera resulta que te hemos explicado, lo mejor es que no pienses más en ellos.

Sesión No 3.

Estilos de Vida Saludables: Salud, Nutrición y Belleza

Objetivo. Informar a los participantes del curso psicoprofiláctico sobre aquellos alimentos que benefician el desarrollo del bebé y de las madres y que, a su vez, contribuyen al mantenimiento de estilos de vida saludables.

Actividad. Cada participante del curso deberá llevar un alimento que considere apropiado para consumir durante el periodo de gestación y con dichos alimentos se realizará un platillo saludable.

Se realizará el juego *concéntrense*, las láminas incluyen los alimentos que las gestantes deben consumir durante el periodo de embarazo.

En parejas y con la utilización de papel bond, marcadores y colores las futuras madres dibujaran la silueta de su cuerpo, resaltado su autoimagen y su autoconcepto.

Alimentación Durante el Embarazo.

Para garantizar el desarrollo su bebé en un medio sano, la madre deberá mantener su cuerpo en el mejor estado físico y de nutrición que le sea posible. No es cuestión de diseñar una dieta especial para el embarazo, sino de comer una buena variedad de alimentos apropiados, es decir, aquellos ricos en nutrientes especiales. Si la dieta tiene alguna deficiencia, no solamente afectará la salud de la madre, sino también su capacidad para soportar el embarazo y nutrir al bebé. También debe tomar conciencia de los efectos nocivos de la nicotina, el alcohol y las drogas, ya que puede interferir en el desarrollo y bienestar del bebé. El apetito de la madre aumentará, y al llegar al cuarto mes quizá sienta hambre toda hora. Este es el medio de que se vale la naturaleza para asegurarse de que ingiere lo suficiente para alimentarse a ella misma y al bebé. Es perfectamente normal comer más a medida que el metabolismo se acelera, pero las necesidades de energía solo aumentan un 15%, lo cual significa que 500 calorías adicionales al día serán suficientes (*Stoppard, 1987*). A medida que avance el embarazo, trate de hacer un mayor número de comidas pequeñas y frecuentes. Las contracciones intestinales son más lentas durante el embarazo, por lo cual la evacuación es más lenta y el estómago corre el riesgo de sobrecargarse.

En el *primer trimestre*, además del ácido y la colina, el calcio es supremamente vital por su participación en la formación de los huesos y los dientes del bebé. En el *segundo trimestre*, debe incrementarse el consumo de hierro. Su ingesta debe acompañarse con alimentos ricos en vitamina C como la naranja, la mandarina, la fresa y la granadilla, entre otras, nutriente que favorece su absorción y que además previene la tensión arterial alta. En el *tercer trimestre*, el pescado, la fibra y el zinc son importantes. La comida de mar trae beneficios para el bebé, entre ellos un menor riesgo de sufrir asma. El pescado contiene ácidos grasos omega 3, necesarios para el desarrollo del cerebro y la visión del feto

Alimentos Nutritivos Durante el Embarazo.

Proteínas. Las necesidades de proteínas aumentan casi un 50% de tal manera que tendrá que agregar más alimentos ricos en proteínas. En un día podrá suplir estas necesidades con tres huevos, medio litro de leche, 100 g de queso, o una buena porción de pescado o carne. Las proteínas vegetales contienen solo parte de los aminoácidos, de tal forma que deben combinarse con una proteína animal o con algunos productos de trigo integral. Estas proteínas vegetales se encuentran en las arvejas o guisantes, frijoles, lentejas, levadura de cerveza, semillas y nueces.

Calorías. La futura madre necesitará cerca de 500 calorías adicionales al día además de las 2000 a 2500 normales. Esta necesidad será aún mayor si hace poco tuvo su último hijo, si continúa trabajando, si debe cuidar de una familia muy grande, si su peso es inferior al normal

o si sufre de tensión nerviosa. Las calorías las obtendrá de todos los demás alimentos si su dieta es balanceada.

Fibra. A medida que avanza el embarazo, se produce una tendencia al estreñimiento, por esto, la madre podrá ayudar a sus intestinos ingiriendo muchas fibras. Las frutas y las verduras crudas, el salvado, los cereales integrales, las arvejas y los frijoles son alimentos fibrosos que deben ingerirse por lo menos una vez al día.

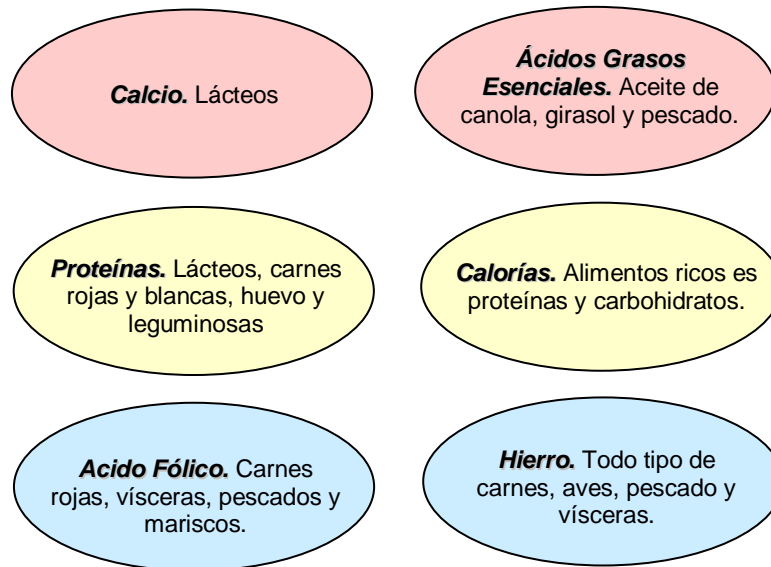
Líquidos. No debe regular la ingestión de líquidos durante el embarazo, salvo para controlar el contenido calórico de las bebidas. El agua es la mejor bebida y contribuye a una buena función renal y a evitar el estreñimiento. La madre debe ingerir de 8 a 10 vasos de agua al día.

Vitaminas. El valor de la dieta variada y equilibrada compuesta por alimentos sanos le proporcionará a la madre las vitaminas necesarias, sin tener que recurrir a complejos vitamínicos. Sin embargo, la investigación ha demostrado que éstos, tomados antes de la concepción y durante el primer trimestre, pueden prevenir defectos del conducto raquídeo, como la anencefalia y la espina bifida (*Stoppard, 1987*).

Minerales. Si la dieta es adecuada, es poco probable que la madre presente deficiencia de minerales y microelementos. No obstante, es necesario mantener la ingestión de calcio y hierro y algunos médicos prescriben normalmente complejos de hierro y ácido fólico.

Calcio. Desde el momento de la concepción es importante ingerir una doble cantidad de calcio, ya que los dientes y los huesos del bebé comienzan a formarse desde las cuatro a seis semanas. A medida que va creciendo aumentan sus requerimientos de calcio, a las veinticinco semanas ya se habrá más que duplicado. Entre las fuentes de calcio, se encuentran los productos lácteos, las verduras de hoja, las arvejas o guisantes, los frijoles, las lentejas secas y las nueces. La absorción eficiente de calcio no es posible sin vitamina D. Sin embargo, esta vitamina no se encuentra en grandes cantidades en muchos alimentos. Y la mejor fuente de ella es la luz solar.

Hierro. El aumento considerable del volumen sanguíneo exige más hierro para la fabricación de la hemoglobina que precisa un mayor número de glóbulos rojos. A mayor hemoglobina en la sangre, mayor la cantidad de oxígeno que podrá transportar a los tejidos incluyendo la placenta. El bebé también tomará sus reservas de hierro para conservarlas después del nacimiento, ya que la leche materna contiene solamente vestigios del mismo. El hierro que contienen los alimentos de origen animal, hígado, yema de huevo, se absorbe más rápidamente que el derivado de los cereales y las nueces.



Alimentos que se debe evitar. Por regla general, cuanto mayor es la elaboración y la cocción de los alimentos, menos es su valor nutritivo. Por lo tanto, es necesario escoger en lo posible alimentos frescos, crudos y enteros. Al planear una dieta alimenticia, es fundamental recordar lo siguiente:

En los alimentos elaborados, los elementos nutritivos han sido reducidos, eliminados o destruidos por los métodos de enlatado, pasterización o congelación comercial.

Los alimentos a los cuales se han agregado conservantes, sabores y colores artificiales contienen un alto nivel de sustancias químicas indeseables.

Los productos hechos con harina blanca o cualquier cosa que contenga azúcares agregados, son poco nutritivos y contienen muchas calorías.

Las bebidas gaseosas dulces contienen calorías y aditivos nocivos.

El café y té fuertes afectan adversamente el sistema digestivo, el ácido tánico del té que se bebe durante las comidas puede impedir la absorción del hierro de los alimentos.

Si consume demasiados productos fabricados con alto contenido de sal, tales como fritos, salsas embotelladas, sopas de paquete o pescado salado, tendrá dificultad para medir la ingestión de sodio.

Ciertos mohos producen sustancias tóxicas que conviene evitar, así que es necesario tener cuidado con frutas y verduras cuya corteza esté dañada, con alimentos mohosos, secos o rancios. No es suficiente retirar las partes dañadas, ya que las sustancias nocivas pueden penetrar más profundamente y la cocción no las destruye.

Sustancias Peligrosas.

El Tabaco. Los agentes químicos absorbidos por el humo del cigarrillo limitan el crecimiento del feto, al reducir el número de células producidas tanto en el cuerpo como en el cerebro del bebé. La nicotina produce la constricción de los vasos sanguíneos y, por lo tanto, reduce el aporte de sangre a la placenta interfiriendo la nutrición del bebé (Stoppard, 1987). El nivel de monóxido de carbono es más elevado en la sangre de un fumador sea cual sea el nivel presente en la madre, este, se concentra en la sangre del bebé. En las fumadoras, el riesgo de aborto espontáneo *interrupción del embarazo y muerte fetal*, es casi dos veces mayor en parte debido a que el cigarrillo aumenta considerablemente el riesgo de implantación de la placenta en la parte inferior del útero, y en parte porque las placentas de las fumadoras tienden a ser más delgadas, sus vasos sanguíneos están deteriorados y envejecen prematuramente.

Consumo de Alcohol. Parte del alcohol de cada copa llega al torrente sanguíneo del bebé y es más nocivo durante el periodo crítico comprendido entre las seis y doce semanas. No existe un nivel seguro para el consumo de alcohol durante el embarazo. Si la madre bebe más de dos copas al día, existe una probabilidad entre diez de que su bebé sufra el Síndrome Alcohólico Fetal SAF, que puede conducir a anomalías faciales como fisura palatina y labio leporino, defectos cardíacos, desarrollo anormal de las extremidades inteligencia inferior al promedio (Stoppard, 1987). En la actualidad se cree que la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol puede producir problemas mentales aún inexplicados, o afectar de forma sutil el desarrollo físico y mental del bebé.

Fármacos. Algunos fármacos pueden llegar a afectar el desarrollo normal del feto, especialmente durante el periodo crucial comprendido entre las seis y doce semanas de gestación, cuando se están formando todos los órganos vitales. Debido a esto, no es conveniente tomar ningún medicamento, ni siquiera aspirinas, a menos que sea bajo la supervisión de un médico.

Graficas utilizadas para el juego concéntrese.



Belleza Durante el Embarazo.

El hecho de que cada mujer se vea bien, hará que se sienta bien. Ocuparse de la apariencia durante el embarazo aumentará la confianza y le dará placer a la futura madre y a las personas que le rodean. Por esto, es fundamental que las madres experimenten nuevas ideas, ya que, los cambios físicos que experimentan durante el embarazo hacen que a veces sea difícil encontrar ropa adecuada.

Las telas ideales. Como es muy frecuente que aumente la transpiración de todo el cuerpo, la ropa confeccionada con fibras naturales, algodón, lana, lino y seda, son las más aconsejables ya que harán que la piel pueda respirar mejor, resultando más confortables. Lo mismo vale para la ropa interior.

Los zapatos apropiados. Conviene evitar los zapatos con taco muy alto. Lo ideal es usar un tacón no mayor de cinco cm. Y procurar que el calzado siempre sea el más ventilado y confortable.

Descanso, ejercicio y dieta sana. Lo mejor para la piel es el descanso, el ejercicio y una dieta sana. Sin embargo durante el embarazo es preciso algunos cuidados especiales. En general la piel luce mejor debido a la influencia hormonal propia del embarazo. Los estrógenos brindan a la piel de la futura madre mayor irrigación e hidratación pero en zonas como los muslos pueden poner de manifiesto *celulitis*, que por lo general desaparece después del parto, siempre y cuando el depósito de grasa del cuerpo no se haya incrementado exageradamente.

Uso de cremas

Es importante favorecer la elasticidad de la piel, manteniéndola bien hidratada, controlando el aumento de peso brusco ya que de esta manera puede evitarse la aparición de [estrías](#). Las estrías son la consecuencia de la rotura de las fibras elásticas de la piel. Son irreversibles de manera que es muy importante prevenirlas. De igual forma, es importante que las madres usen una buena crema limpiadora facial, ya que, las secreciones de las glándulas de la piel están incrementadas, y cremas hidratantes para el cuerpo preferiblemente sin sustancias químicas en su composición.

La hora del baño. Es una buena idea tomar un baño de inmersión relajante todas las noches, usar aceites en lugar de jabón, algunas gotas de aceite de coco, almendras u oliva o aceites

esenciales como el de cedrón, alcanfor, pino o lanolina en el agua del baño son revitalizadores y mejoraran la piel. También es buena idea masajear todo el cuerpo después del baño con aceites o cremas hidratantes especialmente en abdomen y en las mamas.

El cabello. El cabello durante el embarazo sufre una alteración debido a la presencia de las hormonas placentarias. El efecto que este cambio producirá en el cabello dependerá del tipo que tengas antes del embarazo, ya sea graso, normal o seco. De acuerdo a esto se deberá cuidar. En todos los casos es importante realizar masajes que aumenten la irrigación del cuero cabelludo y que además mejoran la vitalidad del pelo. También existen mascarillas o baños de cremas especiales para cada tipo de pelo, si existe la posibilidad de usarlos, estos, mejorarán mucho el estado del cabello.

Imagen Corporal Durante el Embarazo.

El embarazo usualmente es un momento colmado de felicidad y gozo, durante el cual la mujer se estará preparando para la llegada de un nuevo miembro a su familia. Pero, también es un momento que trae innumerables cambios que podrían causarle temor, tanto en el plano físico como en el emocional. Muchas mujeres descubren que les es sumamente difícil lidiar con todos los cambios que van surgiendo en sus vidas y en sus cuerpos; otras parecen adecuarse a ellos sin ninguna clase de problemas. *La imagen corporal* es una de las principales preocupaciones que surgen durante el embarazo. Con frecuencia, la forma en la que la mujer perciba su cuerpo durante el transcurso del embarazo repercutirá directamente en cuán feliz se sentirá durante el mismo. Los cambios socio-afectivos influyen de manera relevante en las relaciones interpersonales que rodean a las gestantes. Los cambios en el aspecto externo, pueden aceptarse con satisfacción o bien provocar problemas; estos vienen dados porque en muy poco tiempo el cuerpo aumenta considerablemente, lo que puede ocasionar una baja autoestima, dado el énfasis que pone hoy la sociedad en la delgadez de la mujer.

La imagen corporal en la gestantes, se ve afectada por la autoestima que cada una tienes. Entendiendo autoestima como valoración de sí y se manifiesta en expresiones amorosas y de autoaceptación, provocando bienestar y satisfacción. Según *Gallo (2004)*, la autoestima se entiende como lo que cada persona valora de si misma en función de la propia biografía, en la apreciación personal expresada en actitudes del individuo hacia si mismo. Se fundamenta en el amor propio, considera las características individuales y la interrelación con los demás. De igual forma, con el dibujo de la silueta de cada gestante sobre la hoja de papel bond, la futura madre logrará entender la *autoimagen*, como la propia imagen corporal, la satisfacción frente a la propia apariencia física. Cuando la gestante logra modificar su autoimagen, empezará a

utilizar sustantivos y adjetivos que la definan tanto positivos como negativos, con el fin de llevar a cabo una autoevaluación y por ende, una autodefinición.

Con la puesta en práctica de la sesión *Salud, Nutrición y Belleza*, se pretende potenciar las expresiones de autoconocimiento, *La autoestima*, cuya finalidad es la valoración y amor hacia su propio cuerpo; *La autoimagen*, con el objetivo de que cada una de las gestantes reconozca la partes de su cuerpo y sus sentimientos hacia ellos, y de esta manera tener un mejor conocimiento corporal y *el autoconcepto*, para orientar la mejor comprensión de sus cambios corporales, percepciones, sentimientos, autoatribuciones y juicios de valor referentes a si misma. Al finalizar la sesión, es necesario que cada gestante encuentre una parte de su cuerpo que le guste y la acentúe, esto elevará su confianza y su autoestima. De igual forma, es de vital importancia que los pensamientos de las futuras madres se dirijan completamente a su bebé, recordando que su cuerpo está cambiando para ayudar a que su bebé crezca, y esto es lo más importante que debería tener en cuenta. Realizar ejercicios, caminar o nadar podría despejar la mente de las gestantes, y la ayudaría a sentirse una persona renovada. Durante el desarrollo de la sesión, se practicará el automasaje, esto con el fin de que la gestante se familiarice con su cuerpo, lo cual será el primer paso que deberá dar para poder aceptarlo tal y como es. La práctica del yoga le ayudará a la madre a establecer una conexión entre su cuerpo y su mente, esto, le facilitara el autoconocimiento y por supuesto, la autoaceptación.

Sesión No. 4

Técnicas de respiración y relajación: Preparación Psicológica para el Parto.

Objetivo. Crear un ambiente de conocimiento del propio cuerpo mediante técnicas de relajación y respiración para que de esta forma, la madre se concentre y desvíe su mente del proceso de parto que está efectuando.

Actividad. Entrenamiento en relajación progresiva y técnicas de respiración.

La respiración es la base fundamental de todas las acciones motrices del ser humano, por lo que es importante que durante la gestación sea el centro básico de las practicas psicoprofilácticas (Bobadilla, 1998). La respiración es entendida como un fenómeno encargado de la regulación de oxígeno y el óxido de carbono en la sangre de acuerdo a las necesidades del trabajo muscular del organismo (Vieco, 2003). Jubiz (1990), afirma que durante la gestación se presentan adaptaciones y variaciones, ya que el volumen pulmonar representado por la capacidad respiratoria y la ventilación alveolar, se encuentra aumento entre el 5% y el 60%, lo anterior conduce a una hiperventilación materna durante la gestación normal. La respiración, se convierte en un medio para que la adre gestante puede conocer su cuerpo y tome conciencia

de éste para contribuir a la adaptación de sus cambios, aceptación de los mismos permitiendo potencializar las categorías de la imagen corporal. De igual forma, la respiración es la función vital para el organismo, por lo que es de suma importancia que se realice de manera conciente, eficaz y eficiente ya que una buena respiración oxigena el cuerpo, ayuda a disminuir el estrés y hay una sensación de tranquilidad, permitiéndole mejorar las relaciones con el entorno. La respiración debe ser amplia, abierta, adaptada a las nuevas condiciones de la madre gestante, sosegada y sencilla, para que de ésta forma tome conciencia de ésta (Bobadilla, 1998).

Al seguir las instrucciones para una respiración adecuada, la madre se concentra en ello y desvía su mente del proceso del parto que se está efectuando, es decir, desvía la atención sobre el dolor. De igual forma, la respiración en forma activa y conciente es la respuesta a la contracción, ya que, ésta, hace crea zonas de distracción a nivel del cerebro, para elevar el estado de sensibilidad del mismo. Si la madre no respira adecuadamente, podría sentir dolor, por el contrario, si la madre se entrena en técnicas de respiración logrará disminuir el dolor y evitará que se contraigan los músculos al ejercer una acción de respiración, de igual forma, la respiración se efectúa cuando el útero está trabajando para borrar el cuello, dilatarse y expulsar al niño.

Mecanismos de Respiración.

Respiración de Bienvenida. Cuando llegue el momento del parto, es necesario que la gestante coordine los movimientos respiratorios con las contracciones, comenzando con una respiración completa de bienvenida. Se trata de una exhalación lenta y deliberada. La madre debe imaginar una contracción del comienzo del primer estadio, que dure 40 a 60 segundos. Posteriormente debe respirar con lentitud durante ella, con la parte inferior de la espalda extendiéndose y presionando ligeramente contra la cama o el suelo mientras inhala, y elevándose un poco mientras espira.

Respiración de Reposo. Conforme la contracción se desvanece, la madre debe hacer una espiración larga, lenta y completa a través de la boca. Eso tiene importancia en parte porque le proporciona relajación a la gestante al final de la contracción y puede reposar hasta la siguiente, y en parte porque indica a las demás personas presentes en la habitación que ha terminado la contracción.

Respiración a pleno pulmón. La madre debe tenderse de lado, con la espalda redondeada, la cabeza y los hombros inclinados hacia delante, las piernas separadas, y la superior flexionada en la cadera y en la rodilla. Posteriormente, la gestante debe elevar la cabeza como si estirara la columna para ser más alta y extender la parte posterior del cuello y toda la columna, y después volver a la posición de reposo, dejando que la cabeza descansa cómodamente sobre los

hombros. Después, la madre debe realizar una exhalación profunda y relajarse por completo. Por último, se debe expandir la caja torácica, de forma que se levante bajo sus manos mientras respira, y después descienda, también bajo ellas, con la exhalación. La madre puede respirar de esta forma durante las contracciones precoces, concentrando la respiración en las zonas de mayor tensión.

Respiración de oveja. Cuando lleguen las ondas más fuertes de contracciones, al final del primer estadio del parto, justo antes de que el cérvix se dilate por completo, y el útero y la vagina se conviertan en el canal del parto, la madre necesitará usar la respiración más rápida y superficial de todas: la respiración centrada en la boca. En los demás tipos de respiración se utilizan el diafragma y los pulmones, pero la respiración de mariposa resulta más fácil, si la gestante piensa que está centrada en la boca, detrás de las mejillas, y no en la garganta. Por esto, es necesario que la madre piense en el espacio de la boca, debajo de las mejillas calientes y abombadas. Para este ejercicio, la madre debe tenderse en el suelo con la ayuda de dos o tres almohadas detrás de ella, luego, debe apoyar la yema de los dedos contra las mejillas concentrándose en esta área. Posteriormente, debe separar los labios en una ligera sonrisa, relajar la boca y empezar a respirar de modo ligero, hacia dentro y hacia fuera, a través de los labios separados. Debe comenzar suavemente y después debe duplicar poco a poco la velocidad de la respiración, *como si fuese el tic tac de un reloj de pulsera.*

Respiración de oveja. Durante el segundo estadio del parto, cuando el niño está realmente avanzado por el canal del parto, la mayoría de las mujeres sienten necesidad de pujar durante las contracciones. Conforme la contracción aumenta de intensidad, la gestante debe pasar desde la respiración profunda a la ligera y rápida, con las mejillas abombadas. Después llega el deseo de pujar, y se debe aguantar la respiración. Tan pronto como sea posible, la madre debe respirar otra vez pero superficialmente, y después empujar hacia abajo y así, hasta que el deseo se desvanece, la respiración se enlentece y la contracción termina. La madre puede practicar esto, pero con una fuerza de empuje muy ligera y suave.

Tema: Toma de Conciencia

Instrumentos: Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.

Participantes: La madre.

Ritmo: 30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.

Las madres gestantes adoptarán una posición cómoda con los ojos cerrados. Dirigir la atención a la respiración y sentir qué partes del cuerpo intervienen en el proceso, seguidamente colocar una mano sobre los músculos que intervienen en la respiración para que de esta forma,

se percaten de los músculos que se tensionan durante la inspiración y luego en la inspiración distensionar los músculos que se encontraban contraídos, para así, asociar la espiración con la relajación.

Tema: *Respiración con Gestos.*
Instrumentos: *Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.*
Participantes: *La madre.*
Ritmo: *30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.*

Es necesario que la gestante movilice un segmento corporal por cada inspiración y espiración que realice. Al inspirar flexione la cabeza un poco hacia atrás, muy despacio, en la espiración flexionarla hacia delante muy lentamente. Al inspirar elevar los brazos describiendo un círculo hasta unir las manos lentamente encima de la cabeza, al espirar realiza otro círculo pero hacia abajo.

Relajación durante el periodo prenatal.

La relajación es el arte de permitir que la paz fluya a través del cuerpo y de la mente. El objetivo consiste en conseguir que los músculos se relajen a voluntad, y no sólo cuando la persona se encuentra en condiciones propicias. La relajación es vital para el momento del parto, ya que, si la gestante no sabe relajarse es probable que se agote a consecuencia de la contracción de todos los músculos del cuerpo, en reacción al estrés de las contracciones uterinas. Al contraer innecesariamente los músculos, se está perdiendo energía y cualquier dolor puede resultar más agudo, perdiendo así, la capacidad de autocontrol. La ansiedad y la tensión generalizada afectan a veces la forma en que se contrae el útero, provocando su funcionamiento incoordinado, lo que significa que las contracciones producirán dolor, pero no resultaran muy eficaces para dilatar el cérvix (*Kitzinger, 1990*). Puesto que esto altera toda la bioquímica del cuerpo, la tensión intensa y duradera también puede reducir el aporte de oxígeno al niño. *Bobadilla (1998)*, afirma que al igual que la coordinación del sistema digestivo, los latidos cardiacos y los movimientos respiratorios son afectados por la tensión aguda, el estrés y la ansiedad pueden dificultar y poner en peligro el proceso de parto.

Relajación Progresiva. Esta técnica fue creada por *Jacobson (1929)* y se basa en el principio de que cuando la persona aprende una relajación muscular profunda reduce la tensión corporal y la ansiedad que experimenta. La técnica está dirigida a la reducción de distintos síntomas como: la tensión muscular, la ansiedad, la fatiga, dolores corporales de origen muscular, la irritación crónica, el tartamudeo y las fobias. En general requiere de un entrenamiento de una a dos semanas de práctica con sesiones de 15-20 minutos al día. También

tiene un efecto distractor sobre los pensamientos automáticos que producen preocupación y malestar emocional, al obligarse la persona a apartar su atención sobre ellos y dirigirla hacia sensaciones agradables de su cuerpo. La relajación progresiva se basa en dos métodos básicos, *una respiración adecuada*, inspiración profunda hacia la zona baja del vientre y expiración suave por la nariz, tras contener el aire aproximadamente unos tres segundos, y el *recorrido corporal progresivo*, tensando y soltando los principales músculos del cuerpo.

Tema: *Relajación Progresiva.*
Instrumentos: *Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.*
Participantes: *La madre.*
Ritmo: *30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.*

“Cierra los ojos. Comienza inspirando el aire por la nariz y dirígelo hacia la parte baja de tu vientre, no lo sueltes aún...cuenta mentalmente de manera lenta...uno, dos, tres y suelta el aire suavemente entre tus labios. Vuelve a repetir esta respiración unas cuatro veces más. Ahora comencemos a recorrer los principales músculos del cuerpo que se pueden poner en tensión para aprender a soltar la tensión acumulada en ellos. Comencemos por la cabeza. Sube tus cejas todo lo que puedas hacia arriba....mantenlas subidas.....nota la tensión tan molesta y desagradable que se produce en tu frente, sienes y zonas cercanas a tu nariz...nota la tensión tan molesta.....ahora suavemente, deja caer lentamente tus cejas hacia la posición inicial...nota lo agradable que resulta liberarse de esa tensión. Inspira aire por tu nariz hacia la parte baja del vientre, reten el aire y cuenta lentamente...uno, dos, tres, ahora suelta el aire suavemente entre tus labios y repite mentalmente las palabras: Tranquilo.....Relajado. Continúa respirando así unas cuatro veces más. Ahora apreta fuertemente tus parpados contra tus ojos....Nota la tensión tan molesta y desagradable que se produce en los parpados, los ojos y la zona cercana a la nariz y frente...tensión molesta y desagradable....ahora, suavemente, suelta esos músculos...nota como desaparece la tensión y lo agradable que resulta liberarse de ella. Vuelve a inspirar aire por tu nariz hacia la parte baja de su vientre....reten el aire...cuenta lentamente mentalmente....unos, dos, tres, suelta el aire suavemente entre tus labios y repite en tu mente las palabras: Tranquilo.....Relajado. Cada vez estás consiguiendo estar más tranquilo.....más relajado...continúa respirando de esta manera unas cuatro veces más. Ahora, abre los orificios de tu nariz tanto como puedas...nota la tensión tan molesta en el puente de la nariz, las mejillas...tensión molesta y desagradable....mantenla....y ahora suavemente suelta esa tensión....libérate de ella.....nota lo agradable que resulta tener esos músculos sueltos y relajados....inspira aire por tu nariz hacia la parte baja de tu vientre, retenlo, cuenta... uno, dos,

tres, y suéltalo suavemente entre tus labios...pensando en las palabras: Tranquilo.....Relajado. Continúa respirando de esta manera cuatro veces más. Ahora tira de las comisuras o extremos de los labios, como si forzaras una sonrisa, todo lo que puedas.....mantén esa tensión...nota lo desagradable que resulta...La tensión en tu mandíbula y labios.....y ahora, suavemente...suéltala.... nota lo agradable que resulta soltar esa tensión....respira profundamente de la manera indicada.... tomando el aire por tu nariz hacia la parte baja del vientre....cuenta...uno, dos, tres lentamente y suéltela suavemente entre tus labios, repitiéndose las palabras: Tranquilo.....Relajado. Repite esta respiración cuatro veces más. Ahora apreta fuertemente tus dientes superiores contra los inferiores....mantenlos apretados.....ahora suéltalos, líbrate de la tensión acumulada en esa zona....disfruta del estado de relajación cada vez mayor.....repítete mentalmente. Respire como viene haciéndolo....repítete mentalmente...Tranquilo.....Relajado. Y ahora inclina la cabeza hacia adelante todo lo que puedas.....mantenla ahí...nota la tensión en el cuello, garganta y nuca...tensión molesta....que ahora suavemente sueltas.... Tranquilo.....Relajado. Toma el aire por tu nariz hacia la parte baja del vientre, cuentas...uno, dos, tres y lo sueltas suavemente entre tus labios....sigues repitiendo esta respiración cuatro veces más y ahora inclinas la cabeza hacia atrás todo lo que puedas...mantenla así un momento, nota la tensión molesta en el cuello y nuca....ahora suéltala.....vuelve la cabeza a su posición inicial....libérate de la tensión....Tranquilo.....Relajado. Respira profundamente y cuenta hasta tres y suelta el aire entre tus labios....continúa ahora subiendo los hombros hacia arriba todo lo que puedas...nota la tensión en esa zona...tensión molesta que ahora vas a soltar...libérate de la tensión...Tranquilo.....Relajado. Respiras profundamente de la misma manera....repite la respiración cuatro veces más y ahora dobla los codos todo lo que puedas....nota la tensión en esa zona....suelta la tensión.....deja las manos sobre las nalgas....te has liberado de la tensión acumulada....Tranquilo.....Relajado. Respira profunda y tranquila como vienes haciéndolo.....Repítela cuatro veces más y ahora...apreta el pecho hacia fuera, sacando pecho.....nota la tensión en esa zona...nota la tensión molesta...suelta la tensión acumulada....Tranquilo.....Relajado. Te liberas de la tensión y respiras lenta y profundamente....y repites esta respiración cuatro veces más, suavemente.....cada vez estás más y más relajado. Ahora apreta el estómago hacia dentro todo lo que puedas....nota la tensión en esa zona....tensión molesta.....que ahora sueltas....te liberas de la tensión.... Tranquilo.....Relajado. Y respiras profundamente....cuatro veces más. Ahora levanta tu brazo derecho como si golpearas al frente con el puño cerrado.....nota la tensión en el hombro codo, antebrazo, mano, palma de la mano y dedos....libera esa tensión, deja caer lentamente la mano hacia la nalga....te liberas de la tensión....Tranquilo.....Relajado. Continúas

con la respiración profunda....el aire hacia la parte baja del vientre y cuentas...uno, dos, tres y lo sueltas suavemente entre tus labios....repites cuatro veces esta respiración y ahora haz lo mismo con el brazo izquierdo...lo levantas hacia el frente, con el puño cerrado y sientes la tensión molesta en el hombro, codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos y ahora sueltas esa tensión te liberas de ella....Tranquilo.....Relajado. Respiras profundamente...y repites esa respiración cuatro veces más. Ahora levantas la pierna derecha, todo lo que puedas...y tiras de la punta de los dedos hacia dentro como si quisieras tocarte la rodilla con los dedos del pie....tensión molesta....que ahora sueltas....te liberas de ella....Tranquilo.....Relajado. Respiración profunda....cada vez más tranquilo y relajado....repites esa respiración cuatro veces más. Ahora levanta la pierna izquierda de la misma manera como si quisieras tocarte con los dedos la rodilla...tirando del empeine hacia la rodilla....tensión molesta que ahora liberas...dejando la pierna caer suavemente.... Tranquilo.....Relajado. Respiración lenta y profunda...disfruta de un completo estado de relajación y tranquilidad, relajación y tranquilidad, relajación y tranquilidad.... tu mismo lo has hecho y con práctica lo harás mejor y mejor. Y ahora lentamente toma aire por tu nariz hacia la parte baja del abdomen y la sueltas suavemente por tu boca cada vez que lo hagas contaras de diez hasta cero...ahora abre los ojos, puedes incorporarte....el ejercicio ha terminado.

Tema: *Relajación por Visualización.*

Instrumentos: *Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.*

Participantes: *La madre.*

Ritmo: *30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.*

Colócate en una posición cómoda, si puedes....tumbado en una colchoneta, con los brazos extendidos cómodamente a los lados, las piernas estiradas, con los pies ligeramente abiertos hacia fuera, con una disposición a relajarte...cierra los ojos y siente tu respiración, tranquila, en calma. A partir de este instante vas a tomar conciencia de tu respiración....no la modifique en absoluto, simplemente observa como respiras, no te identifiques con el proceso, has de realizarlo sin juicio, de igual forma en que mirarías como se mueve la llama de una vela, observando sin juzgar. Observa tu respiración...sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en tí, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz. Vas a ir visualizando una serie de objetos y colores, se te van a dar unas indicaciones básicas, pero tú puedes añadir lo que desees para que te permita mejorar la visualización sugerida. Vas a comenzar visualizando un prado verde....del color verde que más

te gusta....visualiza una extensión de césped verde que se extiende hasta un bosque cercano....observas la hierba verde...los reflejos verdes del sol sobre la pradera....extiendes la mirada hacia el bosque y ves hojas de todos los tonos de verde posibles....es relajante...muy relajante, el sol se refleja en las verdes hojas de los árboles y se forma ante tus ojos una miríada de delicadas tonalidades de verde que se reflejan entre si creando un espacio tridimensional de color verde...es hermoso y lo disfrutas...respiro tranquilo y en calma un aire puro, lleno del oxígeno que producen los árboles del bosque, me encuentro respirando un aire puro, verde, relajante...con cada respiración me relajo más y más...escucho el susurro que produce el aire al pasan entre las hojas de lo árboles, es relajante, muy relajante, escucho el sonido del viento en las hojas y me relajo...más y más....me quedo por unos instantes observando el prado verde, los viejos árboles centenarios, sus hojas hermosas y sintiendo mi respiración

Observa tu respiración...sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz. A partir de este instante vas a visualizar una playa de arena dorada, es del tipo de arena que más te gusta y tiene un color bajo el sol para disfrutar observándolo....me gusta esta playa...la visualizo...miro hacia el horizonte y observo un mar tranquilo y azul que se desliza con suavidad hasta la orilla, donde lentamente las olas se deshacen mientras se desgrana el dulce sonido de la espuma. Visualizo toda la playa, el mar azul, la arena dorada...me tumbo sobre la arena y resulta muy placentero absorber su calor...la energía del sol acumulada en los granos de arena penetra en mi espalda y la relaja, siento ese calor acumulado y como se infiltra en mi espalda, es relajante...es muy agradable....es una sensación deliciosa....el mar azul....el cielo azul sin nubes....el sonido del viento el las hojas de los árboles que hay detrás de mí....el calor en mi espalda....el sol incide sobre mis brazos y los calienta....al tiempo que se hunden pesados en la arena que los calienta relajándose más y más....el sol calienta mi pecho y mis piernas...mi piernas...que se hunden pesadas en la arena que las calienta, relajándose más y más...Escucho el sonido rítmico y balanceado de las olas que parecen mecerse en este mar azul tranquilo...bajo este cielo azul precioso...escucho el sonido del viento en las hojas de los árboles...percibo el olor salobre del mar azul...Tomo conciencia de mi cuerpo descansando relajado...mas relajado. Tomo conciencia de este estado de conciencia tranquila, relajante, llena de paz y tranquilidad. Me preparo para abandonar el ejercicio....conservando todos los beneficios conscientes o inconsciente que me aporta....contamos lentamente...uno, dos, tres, abro y cierro las manos lentamente tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos....tomo aire con mas intensidad....realizando una respiración profunda y abro los

ojos....conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación.

Tema: *Movimientos de Relajación.*
Instrumentos: *Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.*
Participantes: *La madre.*
Ritmo: *30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.*

Acuéstate cómodamente. Trata de relajar todo el cuerpo, cerrando lentamente los ojos, coloca los brazos y las piernas extendidas y separadas del cuerpo. *Respira abdominalmente, respira suavemente.*

Habítate desde el comienzo a sentir la grata sensación del aire fresco que entra por los pulmones y el aire tibio que sale de ellos.

Forma en tu mente una imagen agradable: puede ser una playa tranquila donde te imagines acostada sobre la arena tibia y el sol bañando tu cara y tu cuerpo. Nada te molesta y se escucha el murmullo de las olas. *Respira libremente, respira abdominalmente.*

Cierra el puño derecho fuertemente. Más fuerte. Sientes la contracción del puño, en el brazo y en el antebrazo. Aflójalo. Repite lo mismo con el puño izquierdo.

Ahora cierra los dos puños, suéltalos...respira.

Contrae la pierna derecha, suéltala. Contrae la pierna izquierda, suéltala...respira.

Contrae las dos piernas, suéltalas...respira.

Relajación Simétrica.

Contrae las dos piernas y los dos brazos, suéltalas...respira.

Tensa el brazo derecho y la pierna derecha, suéltalas...respira.

Tensa el brazo izquierdo y la pierna izquierda, suéltalas...respira.

Relajación Asimétrica.

Tensa el brazo derecho y la pierna izquierda, relájalos. Tensa el brazo izquierdo y la pierna derecha, suéltalos...respira.

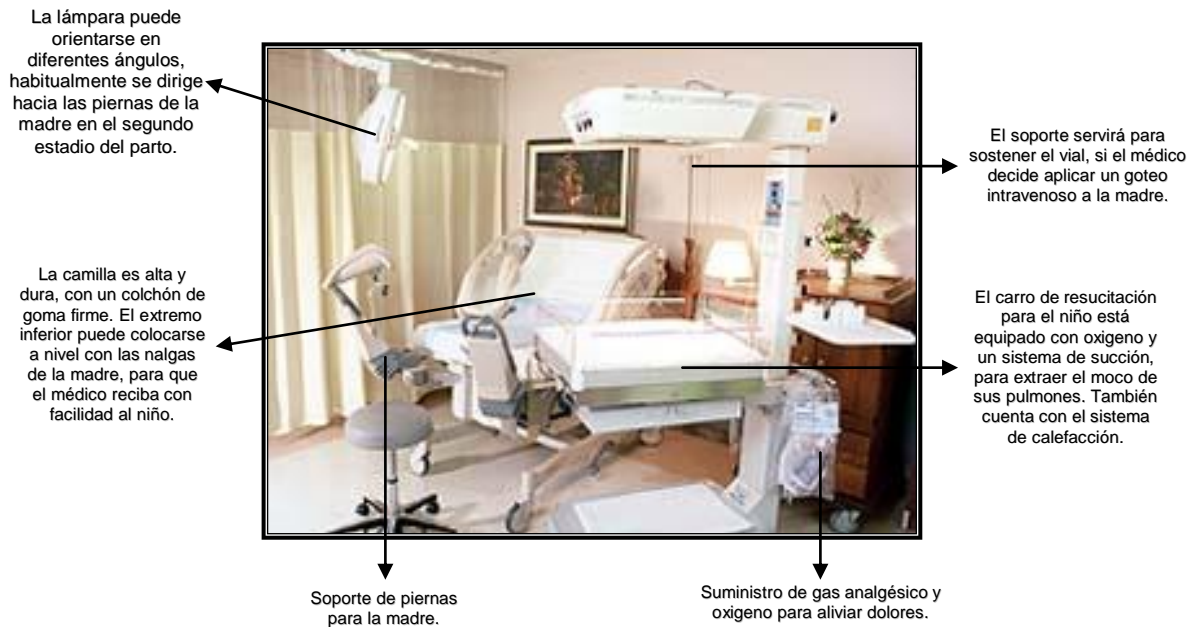
Saca el pecho hacia fuera, suéltalo...respira.

Ahora saca el abdomen hacia fuera, suéltalo...respira.

Apreta tus nalgas, suéltalas...respira.

Tema: *Disminución de Niveles de Ansiedad.*
Instrumentos: *Imagen de la sala de partos.*
Participantes: *La madre.*
Ritmo: *Esta sesión.*

Una mujer embarazada también necesita descubrir hasta qué punto el parto es una situación social, y no sólo una experiencia emocional y fisiológica privada. Puesto que el parto envuelve relaciones humanas en una época tensa y a veces difícil de la vida, es útil que la gestante conozca como debe hablar con las distintas personas involucradas en el acontecimiento, y la forma de pensar de los médicos. En este sentido, las mujeres embarazadas necesitan información completa sobre lo que está sucediendo en sus cuerpos y sobre lo que pasa en las clínicas, por esto, conviene que las gestantes visiten la *sala de partos*, de forma que las futuras madres puedan ver las instalaciones al final de la gestación, parte del instrumental quizá cause temor, hasta que comprendan como funciona.



Sesión No 5.

Yoga y Acondicionamiento Físico: Una Opción para Ejercitarse Durante el Embarazo.

Objetivo. Entrenar a los participantes del curso psicoprofiláctico en diferentes ejercicios y posturas que faciliten el trabajo de parto.

Actividad. Acostados en colchonetas los participantes del curso psicoprofiláctico realizarán los diferentes ejercicios aprendidos durante la sesión.

El proceso de gestación va más allá de la formación de los órganos y los tejidos del bebé, es una hermosa etapa en la cual la gestante tiene la oportunidad de formar un nuevo ser mental y emocional. Durante esos nueve meses la preparación física y psicológica se constituye en una herramienta clave para aliviar los malestares propios de la gestación, tener un embarazo más

sano, conectarse profundamente con el bebé y llegar al parto con un mayor dominio corporal. La disciplina y el entrenamiento son importantes para facilitar el proceso de armonización intrauterina y así lograr el control de los huesos, los músculos y la respiración, vitales para crear más resistencia al dolor durante la dilatación y las contracciones. Una forma de entrenamiento para las mujeres en etapa de gestación es el *yoga*. Según *Álvarez (1999)*, el *yoga* es una técnica milenaria proveniente de la India cuyo significado en español es *unir*. Consiste en una serie de ejercicios de respiración y de elongación. La combinación de yoga y otros ejercicios cardiovasculares como caminar, son ideales durante el embarazo, no sólo porque mantienen a la futura madre en forma, sino que también tonifican sus músculos, dan mayor flexibilidad a las articulaciones, mejoran la circulación, y brindan fuerza y vitalidad. El yoga también ayuda a mejorar la respiración e incentiva la relajación, dos beneficios muy útiles para cuando llegue el día del parto. Lo primero que se enseña en una clase de yoga es a respirar. Esta técnica, conocida con el nombre de *ujayi*, consiste en respirar profundamente por la nariz de manera muy lenta hasta llenar tus pulmones de aire y luego exhalar hasta comprimir el estómago. Estos ejercicios de respiración evitan la contracción de los músculos en el momento de las contracciones dolorosas cuando el bebé vaya a nacer (*Bobadilla, 1998*).

La relajación en todos los músculos facilita el progreso natural del trabajo de parto y en consecuencia el mismo es mucho más corto y menos doloroso. Los médicos normalmente recomiendan a las futuras mamás caminar o realizar algunos ejercicios orientados a su estado. El yoga es una alternativa que está siendo cada día más considerada por las mujeres embarazadas. Es técnica efectiva y gratificante, y no solo ayuda a mejorar la flexibilidad de la mujer como también podrá beneficiarla en el momento del parto. El yoga, proporciona y conserva la elasticidad al cuerpo, mantiene la agilidad muscular, aumenta las posibilidades de un parto natural y una rápida recuperación, relaja la mente y la mantiene tranquila y equilibrada, ayuda y controla la respiración y la circulación, evita la ansiedad, refuerza la postura, fortalece la columna, ayuda a solucionar problemas como la hinchazón de pies y piernas y dolores de espalda, hace con que la mujer se sienta más segura, mejora el humor, ayuda a que la mujer tenga mejor digestión, favorece al sueño y disminuye el estrés y ameniza el cansancio. De esta forma, la futura mamá aprenderá a aceptar mejor sus cambios físicos y emocionales, a respirar adecuadamente, a relajar las tensiones, y ganará mucho en energía, en tranquilidad y vitalidad, a través de los estiramientos, los ejercicios de respiración, y la meditación (*Bobadilla, 1998*).

Asvini mudra, este es el nombre que recibe la contracción del suelo pélvico, lo tonifica y mejora la conciencia corporal. Durante el embarazo el objetivo será el de tomar conciencia de esta musculatura para poder relajarla en el momento del parto, por tanto, se dará prioridad a percibir las sensaciones físicas que a ejercer una gran fuerza en la contracción. Con el yoga se obtiene mayor flexibilidad para que la madre se acomode al nuevo eje del cuerpo. Las mujeres embarazadas que practican esta disciplina adquieren confianza y tranquilidad, oxigenan partes como la pelvis, el útero y la vagina, y en el momento del parto controlan su respiración y dilatan fácilmente (Aquilino-Lorente, 1995). Esta disciplina oriental flexibiliza las articulaciones, alarga los músculos e incrementa la oxigenación, esto, le permite al bebé mejorar sus movimientos porque le da más espacio y a la madre, disminuir las molestias y favorecer la estética. El yoga significa unión entre el ser individual y el ser cósmico, entre el cuerpo y la mente, y de alguna manera es un estado de apertura hacia la vida, de igual forma es el sostén para que los meses de gestación sean de equilibrio, armonía, autoconocimiento y autoobservación, de modo que la madre logre una gestación consciente. Según Xibille (2000) el yoga se trata de una medicina preventiva que trabaja las partes física, emocional, mental y espiritual de la gestante. Su práctica estimula los sistemas endocrino, metabólico y circulatorio. Además, gran parte de las posturas facilitan la digestión, la cual se vuelve lenta durante el embarazo por el peso que el feto ejerce sobre el intestino y el colon. En el caso de los procesos circulatorios, ayuda a evitar edemas, várices y calambres.

Las madres que asisten a clases de yoga tienen procesos más conscientes y partos más tranquilos y traen al mundo seres *más elevados* espiritualmente. Además, cuando se alcanzan procesos de relajación y meditación profundos y logra establecer conexión con el bebé, se puede experimentar el parto con mayor tranquilidad y se logra darle una cálida bienvenida al pequeño, él, a su vez, tendrá un paso menos traumático por el canal vaginal y se relacionará mejor con el mundo exterior; además, habrá mayor conexión entre ambos durante el proceso de lactancia. Durante el *primer trimestre*, es necesario tomar mucha agua para evitar la deshidratación, antes, durante y después de cada clase. De igual forma, es necesario respirar profundamente mientras se practican los ejercicios de elongación. En el *segundo semestre*, cuando se vaya a cambiar una posición de yoga es necesario recordar que se debe hacer muy lentamente y con cuidado, ya que se puede llegar a perder el equilibrio debido al aumento de peso y al crecimiento uterino. Y, durante el *tercer trimestre*, la madre necesitará apoyarse contra la pared o una silla ya que el vientre y el peso es mucho mayor. Es necesario recordar que una caída importante podría lastimar tanto a la madre como al bebé. En resumen, el yoga

es uno de los ejercicios más recomendados por los médicos obstetras y se puede realizar a lo largo de todo el embarazo, tomando sólo algunas precauciones.

Tema: Respiración durante el yoga.
Instrumentos: Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.
Participantes: La madre.
Ritmo: 30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.

El primero ejercicio, consiste en extender el cuerpo y, con las manos sobre el diafragma, expulsar el aire de los pulmones e inspirar con profundidad hasta que el diafragma se ensanche y el tórax quede estirado por completo. Exhalando e inspirando siempre el aire por la nariz, repetir unas diez veces. El segundo ejercicio, con la misma posición del anterior, está destinado a contener la respiración. Radica en inspirar con profundidad y retener el aire en los pulmones durante unos segundos y, a continuación, expulsarlo por completo. Repetir desde el comienzo entre diez y quince veces. El tercer ejercicio, dedicado a practicar la respiración rápida, se inicia sentado sobre los talones. Espirar el aire de los pulmones e inclinar el cuerpo hacia delante. Volver a la posición original inspirando lenta y profundamente. Repetir cuatro o cinco veces más. Finalmente, el objetivo del cuarto ejercicio es aprender a respirar de manera lenta y profunda, que es la forma más adecuada para realizar las posturas que ofrecen mayor dificultad. De pie, con el cuerpo erguido y los brazos caídos a los costados, inspirar con profundidad y contener la respiración. Girar el tronco hacia un lado, manteniendo las piernas en la misma posición inicial, y extender los brazos hacia arriba. Alcanzado el punto de torsión máxima, girar en sentido contrario. A continuación, volver a la postura original y espirar con lentitud. El último ejercicio, que estriba en dominar la respiración alterna, se realiza sentado sobre el suelo, con los ojos cerrados. Con el pulgar de la mano derecha, obturar la fosa nasal del mismo lado e inspirar por la fosa izquierda, contando hasta cuatro. Con el índice de la misma mano, tapar ambas fosas y mantener la respiración durante unos diez segundos. Luego espirar lentamente por la fosa derecha y descansar. Repetir tres veces, con cada fosa nasal y con la mano del lado respectivo.

Tema: Ejercicios de yoga.
Instrumentos: Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.
Participantes: La madre.
Ritmo: 30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.

Flexiones Espinales. Toma los tobillos con las dos manos e inhala profundamente, flexionando la columna hacia delante. Exhala, flexionando en un solo nivel de manera que no oscile. Repite 10 veces. Descansa un minuto. *Beneficio:* Este ejercicio estimula y estira la parte baja de la espalda.

Flexiones de Columna sentado en los talones. Pon las palmas de las manos sobre los muslos. Inhala y flexiona la columna hacia delante. Exhala y flexiona la columna hacia atrás. Repite 10 veces. Descansa dos minutos. *Beneficios:* Este ejercicio es para la parte mediana de la columna.

Giros Laterales. En postura fácil, toma los hombros con el pulgar hacia atrás y los dedos hacia adelante. Inhala y gira hacia la izquierda, exhala y gira hacia la derecha. La respiración es larga y profunda. Repite 15 veces e inhala mirando hacia el frente. Descansa un minuto. *Beneficios:* Este ejercicio abre el centro del corazón y estimula la parte superior de la columna.

Flexiones con brazos extendidos. En postura fácil, toma las rodillas y, manteniendo los codos sin doblarse, comienza a flexionar la parte superior de la columna. Inhala hacia delante, exhala hacia atrás. Repite 15 veces y relájate un minuto.

Elevaciones de hombros. Sube los hombros al inhalar, bájalos al exhalar. Continúa por dos minutos. Inhala y mantén 15 segundos con los hombros presionados hacia arriba. Exhala y relaja. *Beneficios:* Este ejercicio disminuye la tensión en los hombros y relaja la parte superior de la espalda.

Giros de Cuello. Gira el cuello lentamente hacia la derecha cinco veces moviendo la cabeza en círculos. Luego gira hacia la izquierda cinco veces. Inhala y endereza la cabeza, exhala y relaja. *Beneficios:* Este ejercicio alivia la tensión del cuello y estimula la glándula tiroides.

Rotar la Pelvis. Siéntate en la postura sencilla. Posiciona tus manos en tus rodillas. Rota la pelvis circularmente y con vigor. Haz que sea un movimiento meditativo. Haz 26 movimientos dirección. *Beneficios:* Este ejercicio libera la energía en la parte baja de la columna, masajea los órganos internos y beneficia la digestión.

Movimiento de columna. Colócate sobre las manos y las rodillas, con las rodillas separadas la medida de los hombros. Inhala mientras flexionas tu columna hacia abajo y alzas la cabeza. Exhala mientras arqueas la columna con la cabeza hacia abajo. Mantén los brazos estirados. Continúa rítmicamente con una respiración potente, incrementando la velocidad de forma gradual a medida que tu columna se vuelve más flexible.

Flexiones hacia los lados. En la postura sencilla, pon las manos detrás de la nuca en la presa de Venus *dedos entrelazados* y flexiona la espalda hacia un lado manteniéndola derecha, dirigiendo tu codo hacia el suelo junto a la cadera. Inhala al flexionar hacia la izquierda, exhala

al flexionar hacia la derecha. No debes arquear o doblar la espalda. Flexiona solamente hacia los lados. Este ejercicio también puede hacerse de pie. *Beneficios:* Este tipo de flexiones estimulan el hígado y el colon e incrementan la flexibilidad de la columna.

Ejercicio de Levantamiento. Acuéstate sobre la espalda y relájate durante un momento. Después dobla las rodillas y lleva los talones hacia las nalgas, manteniendo los pies planos en el suelo. Agarra los tobillos, y sujetándote a ellos, lentamente levanta las caderas, arqueando la parte baja de la columna y alzando el ombligo hacia el cielo. A medida que vas levantando las caderas, inhala lentamente a través de la nariz. Mantén la respiración a medida que te estiras hacia arriba, levantándote todo lo que puedas de manera comfortable, después relaja la postura lentamente hacia abajo mientras espiras por la nariz. Repite lentamente este alzar y bajar un mínimo de doce veces, sincronizando la respiración con el movimiento de las caderas.

Serie para pulmones. Siéntate en postura fácil y estira los brazos arriba de la cabeza con las palmas de las manos juntas. Estira la espalda lo más posible hacia arriba y hacia el frente. Comienza a respirar largo y profundamente por la boca, silbando tanto en la inhalación como en la exhalación. Continúa por cinco minutos. Relájate.

Entrelaza los dedos de las manos delante del pecho, con las palmas viendo hacia el frente y los brazos extendidos. Exhala, trae las manos hacia el pecho, inhala y estira los brazos de nuevo. Continúa bastante rápido por dos minutos. Luego inhala y estira los brazos hacia el frente. Manteniendo la respiración adentro, alza los brazos rectos sobre la cabeza y regrésalos al frente del cuerpo. Exhala y trae las manos hacia el pecho. Inhala y estira los brazos hacia el frente.

Entrelaza los dedos de las manos y colócalas atrás del cuello con las palmas viendo hacia arriba. Inhala y estira los brazos arriba de la cabeza. Exhala y regresa a la postura inicial. Continúa por dos minutos.

Tómate 30 segundos o más para relajarte entre los ejercicios y prestar atención a la energía tal y como la experimentas en el cuerpo. La energía se ajustará de forma automática e irá a donde sea necesario. Tu trabajo es el prestar atención consciente, no el intentar conscientemente que algo suceda. Si haces los ejercicios, algo ya está sucediendo. Una de las cosas maravillosas del Yoga es el descubrimiento. Otórgate a ti misma tiempo para descubrir las cosas que están sucediendo.

Acondicionamiento Físico Para El Parto.

Nueve meses de espera mientras el cuerpo sufre grandes cambios y el menor movimiento acaba de requerir un esfuerzo máximo., el ejercicio resulta más necesario que nunca en la gestación, cuando ayuda a eliminar líquidos y prepara los músculos para el parto. En el

embarazo, la actividad física es fundamental y muy beneficiosa. Primero, por que así se queman más calorías, lo que ayuda a evitar el sobrepeso. Pero la actividad física debe estar bien orientada y controlada, para que la mujer se sienta mejor física y psicológicamente. Se recomienda iniciar el ejercicio después de los tres meses de embarazo, evitando así hacerlo en el periodo de mayor riesgo de pérdida. Los deportes no recomendados son los que tienen alto impacto, en que los golpes puedan ser muy violentos. Cualquier programa de ejercicios trata de reforzar aquellos músculos que más cambios o más peso sufren en el embarazo *espalda, pectorales, piernas, y todos aquellos que cobran protagonismo durante el parto perineo, glúteos, abductores, abdominales.*

Tema: Ejercicios Prenatales.

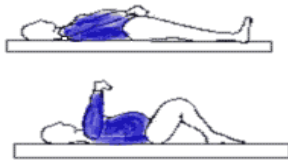
Instrumentos: Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.

Participantes: La madre.

Ritmo: 30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.



Sentada con la espalda recta y las piernas dobladas, apoyando planta con planta, sostener los brazos a la altura de los hombros, levantar contrayendo, doblando codos y bajar a la altura de los hombros nuevamente, repetir 8 veces.



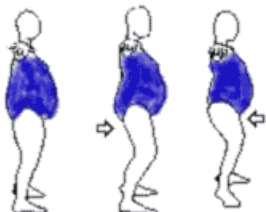
Acostada boca arriba, levantar los brazos al mismo tiempo que contraes tus músculos abdominales y levantas tus piernas dobladas.



Sentada con la espalda recta, dobla y contrae los brazos y ciérralos al frente apoyándolos con fuerza, sube y baja los brazos, repite de seis a ocho veces.



Colócate en cuclillas, manteniendo recta la espalda, de preferencia apoyando los talones en el piso, sin dejar que los pies roten demasiado hacia afuera o adentro, empuja las rodillas con tus brazos para estirar los músculos de la parte inferior del muslo.



De pie con la espalda y piernas rectas y abdominales contraídas, contrae los perineales *músculos alrededor de la vagina* y contar de uno a ocho,

bajar lo más que se pueda, abriendo más las piernas relajando los músculos perineales, contando de 8 a 1. Repetir de 4 a 6 veces.



De pie con la espalda recta, piernas abiertas y brazos extendidos, bajar el brazo para tocar el pie del mismo lado que has girado hacia afuera, cambiar al otro lado y repetir cuatro veces de cada lado.



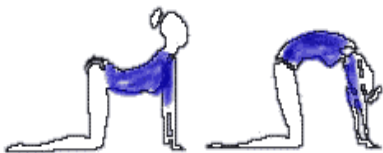
Con el abdomen contraído, rodillas separadas, estira la espalda y la cabeza, llevando los brazos hacia adelante estirados. Deja caer el peso de los glúteos hacia atrás recargándolos entre los pies, estirando la espalda, descansar la cabeza y los brazos, mantener esa posición por unos segundos, repetir de 4 a 6 veces.



Sentada con la espalda recta, junta las plantas de los pies, haciendo presión sobre las rodillas con las manos, para tratar de tocar la superficie del piso con ellas.



Acostada con la espalda pegada al piso, y una pierna doblada, subir la otra cuando se inspira profundamente llevando el pie en arco.



Con las palmas y las rodillas apoyadas en el piso sin doblar los codos, extender la columna (como gato erizado), lo máximo posible hacia arriba, por unos segundos y volver a la posición original. Repetir 10 veces.



De pie con las piernas separadas y la espalda recta, bajar abriendo las piernas, ponerse en puntas, bajar en puntas y asentar los pies en el suelo, repetir de 4 a 6 veces.



Apretar firmemente palma contra palma, codos levantados, contraer los pectorales y aflojar; repetir de 8 a 12 veces. Tomar con las manos los antebrazos y levantar los codos a la altura de los hombros, hacer presión, para tensionar los músculos pectorales. Repetir de 12 a 16 veces.

Para estar en forma durante el embarazo no es necesario someterse a duras rutinas de trabajos físicos ni sudar por montones. Hay una serie de ejercicios con los que se puede conseguir una buena condición, sin esforzarse mucho. Además, se pueden practicar en el hogar. El yoga, el método Pilates o los ejercicios de Kegel son algunas alternativas que, aparte de ejercitar el cuerpo, ayudan a relajar los músculos y a mejorar la respiración. Antes de empezar a practicar los ejercicios hay que buscar las rutinas diseñadas especialmente para las mujeres embarazadas, pues algunas posiciones no son apropiadas y necesitan modificarse, dependiendo del mes de gestación.

Tema: Ejercicios de preparación para el parto. .
Instrumentos: Espacio amplio, tranquilo, ventilado e iluminado.
Participantes: La madre.
Ritmo: 30 o 40 minutos, una o dos veces por semana durante todo el embarazo.



Ejercicios Circulatorios. Se realizan en posición tumbada. El efecto que se busca es neutralizar y compensar las dificultades circulatorias de las extremidades inferiores *edemas* y *varices*. Al mismo tiempo, refuerzan el tono muscular de pies, piernas y muslos. Esto le ayudará a la gestante a compensar el exceso de peso.

Imagina que estas dibujando círculos con el dedo gordo de tus pies. Moviliza sólo el pie realizando los círculos, hacia dentro o hacia fuera. Las piernas deben permanecer apoyadas en la colchoneta o donde estés tumbada. Repítelo entre diez y quince veces. No hay contraindicación si lo haces más veces.

En la misma posición que el anterior, moviliza las piernas en tres tiempos: Piernas flexionadas, plantas de los pies apoyadas. Eleva la pierna derecha flexionando la

rodilla, formando ángulo recto entre muslo y pierna. Extensión completa de la pierna derecha, mantener unos segundos arriba y volver a la posición inicial. Repetir con la pierna izquierda. Hacerlo entre cinco y diez veces, una o dos sesiones por día. Se puede aumentar hasta veinte veces por sesión de manera progresiva.



Ejercicios para la pelvis. Con estos ejercicios puedes mejorar la flexibilidad de las articulaciones implicadas en el parto.

En posición tumbada, columna recta, piernas flexionadas y pies apoyados: flexiona la pierna derecha hacia el vientre, sujeta la rodilla con la mano derecha, extiende el muslo hacia fuera y luego la pierna. Volver a la posición inicial. Repite con la otra pierna. Realizar diez veces una sesión cada día.

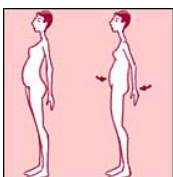
En posición tumbada, columna recta, piernas flexionadas y pies apoyados: eleva la pelvis unos quince centímetros de la colchoneta, permanece así contando hasta diez, baja suavemente apoyando una a una tus vértebras de la zona dorsal, lumbar y sacra. Repetir diez veces, una sesión cada día.

En la misma posición inicial, moviliza las caderas hacia el lado derecho, procurando que la espalda siga apoyada, vuelve a la posición inicial y repite hacia el otro lado. Cinco veces hacia cada lado. Una sesión al día.

Posición de pie apoyada en una pared lisa, visualiza tu pelvis y eleva el pubis hacia el ombligo, después rectifica volviendo a la posición inicial. Repítelo diez veces cada día.

Posición de pie con las piernas algo separadas para mantener mejor el equilibrio. Con las manos en la cintura, realiza círculos con la pelvis marcando bien los cuatro puntos de referencia: cadera derecha, glúteos, cadera izquierda y pelvis. Si pones música de fondo podrás armonizar los movimientos con la danza del vientre.

Inspiración y elevación de la espalda apoyándola sobre pared y volver a la posición inicial expulsando el aire. En la misma posición realiza movimientos de rodillas, en aleteo, durante tres o cuatro minutos.



Ejercicio de suelo pélvico. Es un ejercicio importante como entrenamiento al parto, pero es fundamental para la recuperación del suelo pélvico y la prevención de pérdida involuntaria de orina. Posición tumbada: inspiración y expulsión del aire, visualización de la

vagina y contracción de la misma, elevación de pelvis *10 cm. de la colchoneta* y reforzar la contracción contando hasta 10. Volver a la posición inicial. Se puede intensificar el ejercicio juntando las rodillas y presionando una pelota, al mismo tiempo que contraes la vagina.

Ejercicio para la espalda. Posición inicial, de rodillas y las manos apoyadas en el suelo: inspiración manteniendo la espalda paralela al suelo, espiración lenta arqueando la espalda hacia fuera, como un gato enfadado.

Ejercicio expulsivo. Posición inicial semisentada. Se realiza una respiración completa para prepararte *inspiración-espiración*. Nueva inspiración profunda con bloqueo del aire, como si fueras a bucear, eleva la cabeza acercando la barbilla al pecho, los codos hacia fuera y empuja con los abdominales para obligar al niño a descender por el canal del parto de manera continuada, hasta que tengas que intercambiar el aire. De nuevo repones el aire y otra vez vuelves a empujar de manera continuada. Después aflojas tu cuerpo y respiras despacio y profundo. La efectividad de éste ejercicio depende de la coordinación de la contracción, la respiración y el pujo. Debes tomar conciencia de tu cuerpo y orientar la fuerza hacia el canal del parto. También debes concienciarte de que eres tú la única que puedes empujarle. Nadie puede hacerlo por ti.

Sesión No 6.

El dolor de parto y su control.

Objetivo. Entrenar a las gestantes participantes del curso psicoprofiláctico en posturas y técnicas de manejo de dolor para el momento del parto.

Actividad. Informar a las gestantes acerca de todas las fases del trabajo de parto utilizando graficas que les permitan comprender el proceso al cual se van a enfrentar.

Instruir a las asistentes a las sesiones con técnicas que les permitan controlar el dolor en el momento del parto.

El parto comienza con ablandamiento y maduración gradual de cérvix en la base del útero. Una vez que el cérvix se encuentra blando y distendido, las contracciones uterinas, que están ocurriendo desde el final del embarazo, tienden a modificar su forma gradualmente, transformándolo desde un canal largo que sobresale hacia la vagina, en un simple orificio en el extremo del útero, puesto que sus tejidos son desplazados hacia arriba y se incorporan al segmento inferior del cuerpo uterino. En términos médicos, el parto no comienza hasta que se presentan las contracciones regulares que dilatan con efectividad el cérvix, este trabajo ha de realizarse para que sea posible el paso del niño. Habitualmente la dilatación debe de ser de 3 cm. para que se considera que la mujer inicio el proceso de parto (*Kitzinger, 1990*). Las

primeras *contracciones*, se presentan casi insensiblemente, hacia el final del embarazo. En cuanto a intensidad y fuerza son iguales a las contracciones del parto propiamente dichas y hacen que, durante el último periodo del embarazo, la cabeza del niño descienda y se encaje en el canal pelviano.

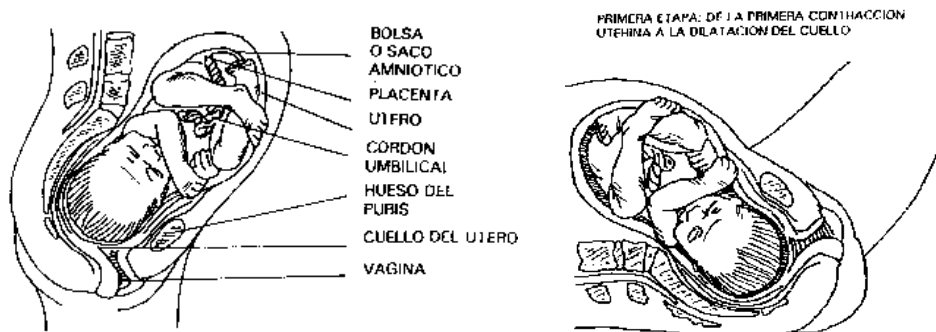
Tema: *¿Qué sucede en el parto?*

Instrumentos: *Gráficas.*

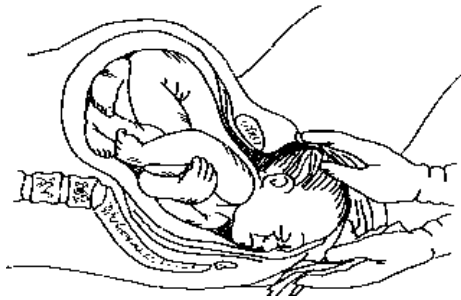
Participantes: *La madre.*

Ritmo: *Esta sesión.*

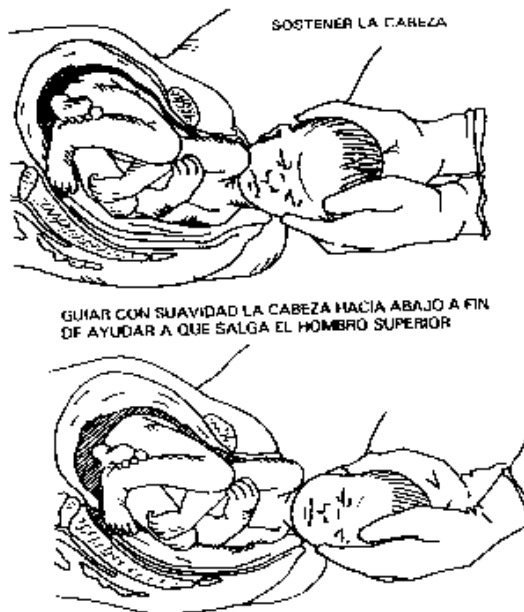
Periodo de Dilatación. El periodo más largo es el de la dilatación de la vía del parto. El interior del útero, que durante el embarazo ha aumentado hasta un múltiplo de su tamaño original, se comunica con la vagina y por ende con el mundo exterior sólo por un canal muy estrecho, *el cuello uterino*. Ese canal angosto es dilatado por las contracciones hasta que puedan pasar la cabeza del bebé y el cuerpo que le sigue. El cuello del útero se dilata progresivamente, para permitir la salida del feto de *2 a 9 cm*. Puede durar varias horas. Se presentan contracciones uterinas espaciadas *20 - 10 minutos*. Se da la expulsión del tapón muco-sanguinolento, que cierra el cuello uterino durante el embarazo y la rotura de la *bolsa de las aguas*, generalmente al final de éste período.



Periodo de Expulsión. Si antes se utilizaron todas las fuerzas para adecuar la vía, en este periodo la naturaleza lo hace todo para expulsar al niño del cuerpo materno, es decir, para producir el nacimiento propiamente dicho. Durante esta fase, las contracciones se acentúan, se alargan, mientras se abrevian las pausas entre ellas. Se inician las contracciones con intervención de la prensa abdominal, es decir, que la musculatura abdominal ayuda. Se presentan contracciones uterinas dolorosas cada 2 ó 3 minutos y la mujer siente muchos deseos de pujar. Cada contracción impulsa más la cabeza del niño hacia la entrada de la vagina, ahora está apoyada directamente sobre el fondo de la pelvis, el perineo compuesto de partes blandas y musculatura (Hager, 1989).



El periodo de Alumbramiento. En este periodo, la formación en la pared interior del útero, donde se inicia el cordón umbilical, se llama *placenta*. Se compone primordialmente de vasos sanguíneos, y es de una estructura blanda y esponjosa. El desprendimiento y expulsión de la placenta producen una hemorragia; queda en la cavidad uterina, por decirlo así, una herida abierta que sangra igual que todas las heridas. La naturaleza, una vez que útero esté completamente vacío, procura enseguida que la gran superficie lesionada se achique. El músculo uterino vacío se contrae fuertemente, y el lugar del cual se desprendió el cordón umbilical se reduce muy rápidamente y los vasos sanguíneos se cierran (Hager, 1989).



Tema: Manejo de Dolor Durante el Parto.

Instrumentos: Exposición de tema a las gestantes.

Participantes: La madre.

Ritmo: Esta sesión.

El parto es realmente el problema de muchas embarazadas. Se sufre mucho, por lo que se intentan buscar alternativas para evitar estos dolores. Existen métodos naturales y las conocidas anestias que ayudan bastante en el alivio del dolor en el trabajo de parto. Hay ciertas

posiciones que se pueden adoptar tanto en la primera como en la segunda etapa del trabajo de parto y cada mujer podrá elegir la que mejor le convenga (Cajanal, 1999).

Fase de Dilatación. En esta fase muchas mujeres precisan caminar, otras prefieren inclinarse sobre la cama o un banco, o bien sentarse en una silla. A algunas les resultan más cómodas las posiciones del tipo *cuatro patas o perrito*, en especial si experimentan dolor en la parte baja de la espalda. Otras prefieren arrodillarse sobre un almohadón o acostarse de costado en una posición semihorizontal con el soporte de almohadas.

Fase de Pujo o Parto. Las posiciones verticales *en cuclillas o semicuclillas* facilitan la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta el diámetro total de la pelvis. Si el progreso a la segunda etapa del trabajo de parto resultara lento, cambiar a una posición vertical podría ser muy provechoso. En el momento en que el parto es inminente, es probable que deba adoptar una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del mismo.

Tema: Explicaciones útiles para el manejo del dolor.

Instrumentos: Exposición de tema a las gestantes.

Participantes: La madre.

Ritmo: Esta sesión.

A pesar de los avances que se han hecho en la percepción del dolor, aún se desconoce la identidad de muchas sustancias que intervienen en la neurotransmisión. Después de minuciosos estudios en Londres, desde el año 1975 y que siguen hasta hoy, se ha comprobado que hay una sustancia llamada *Endomorfin*, producida por la hipófisis, y que está compuesta por proteínas que se producen en el cerebro (Bobadilla, 1998). La primera de éstas es la *Encefalina*, que bloquea las sustancias dolorosas provenientes de los receptores sensoriales, probablemente modifica la sensibilidad del dolor, disminuyéndolo. El dolor constituye una paradoja de la condición humana que, mientras la mayoría considera el dolor como un mal indiscutible, éste sea un mecanismo importante de supervivencia. El dolor, posee un componente llamado *Umbral del Dolor*, este, es el menor estímulo capaz producir como respuesta una sensación dolorosa en un punto determinado del organismo. De igual forma, el temor y la ignorancia bajan el umbral del dolor, por el contrario, las distracciones o zonas de frenado lo elevan. En psicología, las distracciones han sido llamadas *zonas de frenado*, y su función es evitar que el dolor se sienta directamente.

Las circunstancias en las cuales el parto se produce, pueden subir el umbral del dolor, por ejemplo, un hijo muy deseado. La madre en ese momento llega al éxtasis de su felicidad y no tiene ninguna sensación dolorosa, su rostro se transforma, desaparece el interés en su alrededor.

En el caso contrario de un hijo no deseado, baja el umbral de tal forma que la madre puede llegar a perder la conciencia por la intensidad del dolor.

Si a ellos agregamos la atención exagerada que la madre dedica a cada una de sus contracciones uterina, la inactividad absoluta en la que habitualmente permanece durante el periodo de dilatación, y la tensión emocional que el parto mismo representa para ella, entonces, se tienen el conjunto de elementos necesarios que, unidos al reflejo condicionado, van a producir en la mujer que está dando a luz una hipersensibilidad dolorosa, como respuesta a los estímulos producidos por la contracción uterina.

La gestante no debe oponerse al dolor, sino dejarse *envolver* por él, lo cuál hace que se transforme, no desaparece totalmente, pero se hará más suave, si se opone puede hacerse insoportable.

Una mujer con un reflejo condicionado doloroso por las experiencias de partos anteriores o relatos que ha escuchado, le producirán un grado de angustia que la llevarán a un parto doloroso. Por el contrario, una mujer sin temor, aún sin haber sido preparada, pero con conocimientos del mecanismo del parto, puede tener un parto mejor, y en consecuencia, una madre ampliamente preparada, con conocimientos, y por lo tanto sin temor, conseguirá, tener un parto sin dolor, o con control del mismo.

Para tener un parto psicoprofiláctico con el control del dolor, la futura madre, debe hacer lo siguiente. Descondicionamiento del dolor, esto se logra estableciendo reflejos condicionados útiles que facilitarán el parto. *Elevar el umbral de percepción del dolor*, por lo expuesto anteriormente se puede concluir que las experiencias y relatos contribuyen a formar reflejos condicionados negativos. Para poder establecer un condicionamiento útil, se le ha brindado a la madre amplias explicaciones sobre el dolor, y la importancia de la respiración y todas las enseñanzas del parto psicoprofiláctico como vía para la eliminación del dolor.

- El miedo al dolor produce más dolor y la ignorancia sobre los mecanismos del embarazo y del parto, la aumentan, por eso, es fundamental eliminar temores por medio del conocimiento de los procesos anatómico-fisiológicos que se desarrollan en la mujer durante el embarazo y el parto.
- Los factores socio-culturales que por muchos años crearon el miedo a la mujer, y por lo tanto el dolor, son sustituidos por una educación maternal que hace que la embarazada, sea una mujer informada, conciente, segura y colaboradora que dará a luz mucho mejor.
- Debe considerarse al dolor positivamente, como el esfuerzo que realiza el útero para abrir o dilatar su cuello y permitir que nazca un nuevo ser.

También la *relajación* resulta fundamental, ya que su propósito es reducir la tensión muscular y aliviar el dolor y el estrés del parto. Relajarse trae estos beneficios: durante el embarazo, a muchas les permite dormir de noche y descansar de día. En el momento del trabajo de parto, las técnicas de relajación ayudan a controlar los niveles de estrés físico y emocional. También logra reducir la tensión muscular y ayuda, de este modo, a contrarrestar la fatiga. Por último, cuando nace el bebé, los padres descubren que la vida después del parto es muy exigente y agotadora. Por lo tanto, la relajación contribuye a que esta nueva etapa se viva de una manera menos tensa. Desde la antigüedad se asocia al tacto con el poder de la curación. Durante el trabajo de parto, muchas mujeres se sienten más cómodas si son tocadas, acariciadas o masajeadas. El contacto físico, por ser una fuente de contraestimulación, puede aliviar el dolor (Falkner, 1980). Los *masajes* terapéuticos se recomiendan como alivio del dolor durante el trabajo de parto. El masaje de periné *área comprendida entre la vagina y el ano* durante las últimas seis semanas del embarazo puede evitar los desgarros o bien la necesidad de realizar una episiotomía durante el parto (Van Pelt, 1986). La *respiración* también resulta importante, por lo tanto el aprendizaje de las técnicas de respiración son muy útiles durante el trabajo de parto. Resulta conveniente que la mujer reconozca la respiración, lo cual significa que debe ser consciente de su ritmo respiratorio normal. Esta forma de atención introspectiva lleva a que la respiración sea más lenta, profunda y rítmica. Familiarizarse con el patrón de respiración normal requiere de práctica, por lo tanto necesitará encontrar un lugar tranquilo, elegir una posición cómoda y concentrarse en algún aspecto de la propia respiración, que llame la atención, durante un lapso de tres a cinco minutos (Álvarez, 1999).

Como en muchos otros momentos de la vida, en el trabajo de parto *la música* ayuda mucho. Existen registros históricos que revelan que, en la antigua Grecia, era habitual tocar música instrumental relajadora a las mujeres en trabajo de parto. La música puede causar efectos relajantes debido a su capacidad de alterar el humor, reducir el estrés y alentar a tener pensamientos positivos. Puede utilizarse tanto para las técnicas de respiración como de relajación. No hay una postura de parto idónea: depende de cada mujer y de cada momento. El instinto indica en todo momento cual es la mejor postura mediante un lenguaje infalible *la más cómoda es también la más fisiológica*. Puede ser en el taburete obstétrico, en cuclillas, a cuatro patas, de pie, de rodillas, en la bañera, sentada en la cama o de lado. En posición horizontal el cóccix se dirige a lo largo y el canal vaginal se estrecha. Por el contrario, en una postura vertical, y sobre todo en cuclillas, el cóccix bascula hacia atrás, y los músculos que rodean la vagina se abren, lo que ensancha y acorta el canal vaginal. Si en dicha posición vertical, además, la mujer flexiona el tórax, como para querer observar la abertura vaginal, el cóccix se

abre aún más hacia atrás, ampliando la vagina en el sentido antero-posterior (Aquilino-Lorente, 1995). En el parto tumbada boca arriba, la vagina es una cuesta cuyo extremo se orienta hacia arriba, mientras que en la posición vertical, ya sea en cuclillas o en otra postura, la vagina se orienta directamente hacia el suelo. La mujer queda a luz tumbada debe empujar el bebé hacia arriba, por un canal más largo y estrecho, mientras que la que da a luz en vertical es ayudada por la fuerza de la gravedad, que no sólo atrae al bebé, sino a los órganos abdominales móviles, que se añaden al peso del bebé, facilitando la expulsión.

Sesión No 7.

Depresión Posparto

Objetivo. Informar a los asistentes del curso psicoprofiláctico sobre los diferentes cambios de estado de ánimo que se pueden presentar después del parto y la necesidad de acudir con un profesional de la salud especializado cuando esto ocasione malestar.

Actividad. Las maternas socializarán casos oídos o experimentados de mujeres que han sufrido de depresión posparto. Cada materna expondrá un caso escuchado o experimentado de una mujer que haya sufrido de depresión posparto, comentará lo que cree que es la depresión posparto, sus síntomas, cómo prevenir su aparición y qué hacer si se presenta.

Después de dar a luz, muchas mujeres se sienten incapaces de enfrentar su nuevo papel de madres responsables de una nueva vida. Además, su aspecto después del embarazo disminuye la autoestima. Consultar a tiempo puede aliviar la depresión posparto. Alrededor de un 80 por ciento de las mujeres experimentan depresión posparto o cierto grado de tristeza un par de días después del parto. Algunas mujeres atraviesan una fase en la cual se sienten *deprimidas* un par de semanas más tarde, cuando la novedad y la excitación que rodea a un nacimiento se han disipado, se ha acumulado una falta de sueño y hay menos ayuda práctica por parte de la familia y los amigos (Cajanal, 1998). La Depresión se caracteriza por la aparición de tristeza persistente *todo el día durante muchos días*, pérdida de interés tanto en el trabajo como en las actividades de placer, humor irritable, cansancio, llanto, sentimiento de culpa, insomnio, ideas suicidas y dificultad para concentrarse. Muchas son las causas probables que se han estudiado sin encontrar la verdadera; los científicos consideran que puede tener alguna base genética, hormonal e inclusive en el sistema nervioso central, por lo cual, predomina lo biológico más que lo cultural y es por ello que parece no estar relacionado con raza, nivel socioeconómico o estado civil. Lo anterior, es la descripción de un trastorno del humor, es decir, una enfermedad que puede llegar a ser muy grave, pero existen algunos síntomas leves que se consideran normales en las mujeres que han dado a luz, más que llamarlo *Depresión Posparto*, se llamaría tristeza posparto porque lo que predomina es la tristeza, cansancio, sentimiento de culpa por

quizás no atender al bebé o estar con él y sobre todo llanto que mas bien parece ser causado por la dificultad en interpretar lo que quiere el bebé, conocer por qué llora o duerme tanto y sentirte abrumada porque todos opinan acerca de lo que debes hacer.

La depresión posparto, una condición más grave, afecta de un 8 a un 15% de las mujeres. Por lo general, ésta comienza alrededor de dos semanas después del parto, pero algunas veces pueda que no se presente hasta los tres a seis meses después de dar a luz. La misma puede durar varios meses, y si no es tratada, puede durar varios años. Si la madre ha sufrido antes de depresión posparto, tiene un 70% de probabilidades de sufrirla de nuevo. Las mujeres que han tenido complicaciones mayores durante el embarazo tienen el doble de probabilidad de tenerla, en comparación con las que han tenido un embarazo relativamente fácil. Otros factores que pueden contribuir a la depresión posparto pueden ser: tener otros hijos en casa, dar a luz gemelos, tener sentimientos ambivalentes acerca del embarazo, y tener antecedentes de depresión (*Cajanal, 1998*). Hay muchas cosas que la madre puede hacer por sí misma para ayudar a aliviar la melancolía de la maternidad o la depresión posparto, aquí hay algunos consejos: pedir ayuda con las actividades diarias, si la madre se siente abrumada, debe reducir el tiempo de las visitas de amigos y familiares, descansar todo lo que pueda, salir de casa cada vez que tenga la oportunidad, reunirse con otras nuevas mamás, apartar tiempo para ejercicios aeróbicos moderados como caminar.

Si estas sugerencias no ayudan a la madre, debe hablar con el médico y este la remitirá con un profesional especializado en este tema. Las mujeres con depresión leve son referidas, por lo general, a un terapeuta para que discutan sus temores y preocupaciones. En algunos casos, a las mujeres con depresión moderada se les administra tratamiento de estrógeno. En casos de depresión grave, se indican, por lo general, agentes antidepresivo y/o ansiolítico (*Cajanal, 1998*). Desafortunadamente, la depresión posparto no puede evitarse, pero una planificación previa puede ayudar. Mientras se está embarazada, hay que prepararse mentalmente para los numerosos cambios de estilo de vida que pronto se van a producir. Hay que buscar a alguien que ayude con las tareas del hogar y con el bebé durante la primera semana de llegar a casa del hospital, escoger una guardería para que se pueda tener un descanso de manera continua y decidir con tiempo lo que se necesita tener a la mano cuando el bebé llegue (*Van Pelt, 1986*).

Sesión No. 8

Consejos útiles para el periodo posparto.

Objetivo. Informar a los asistentes del curso psicoprofiláctico sobre aquellos cuidados que las maternas deben tener después del parto.

Actividad. Las gestantes socializarán aquellas ideas que poseen en cuanto a los cuidados posparto. Sentadas en mesa redonda, las madres comentarán aquellos cuidados que han escuchado que toda madre después de dar a luz debe tener tanto con ella misma como con su bebé.

Hoy por hoy, gracias a los avances de la ciencia la mayoría de los niños nacen sanos. Los primeros días de vida son muy importantes para la madre y el niño, es un período de conocimiento, donde se establecen los lazos afectivos. Muchas personas creen que los bebés nacen limpiecitos, gorditos, rosaditos y sonriendo. La realidad es otra, inmediatamente al nacer se evalúa, se limpia, se seca la cara y el cuerpo, se aspiran secreciones a través de las fosas nasales y la boca, se examina. Se ve como está la coloración de la piel, la frecuencia cardiaca, la respiración, el tono muscular, los reflejos. Luego se observa y se palpa la cabeza, se verifica la presencia de anomalías en la piel o en cualquier sitio, se examina tórax, abdomen, cordón umbilical, genitales, cadera y miembros. Se evalúa la parte neurológica: observando si están presentes los reflejos propios del recién nacido. Se pesa y se talla, se mide la circunferencia cefálica, se coloca nitrato de plata en los ojos para evitar la oftalmía neonatum y se coloca vitamina k para luego de ser evaluado en la sala de partos se traslada al retén donde son observados por un tiempo antes de ser entregados a la madre.

Tema: Cuidados Posparto Semana a Semana.

Instrumentos: Sillas cómodas, mesa redonda, disposición de escucha.

Participantes: La madre.

Primera Semana. Si le practicaron episiotomía los puntos se caerán. Si la madre se siente bien puede salir de la casa y puede manejar al final de esa semana.

Segunda Semana. La madre debe permanecer el mayor tiempo en casa, realizar sólo los quehaceres domésticos de intensidad leve a moderada. Si la madre tiene que subir y bajar escaleras debe hacerlo lentamente. Igualmente tiene que limitar a los visitantes sobre todo aquéllos con síntomas de enfermedades, por ejemplo: gripe, etc. Hay que tomarse un descanso varias veces por día. Mientras más activa esté, más sangrado puede ocurrir. Hay que llamar al médico para hacer la cita de cuatro a seis semanas post-parto.

Tercera Semana. La madre puede empezar los ejercicios Kiegel, que consisten en interrumpir el chorro de orina durante la micción, esto, le ayudará a prevenir la pérdida espontánea de orina y a aumentar la circulación del área donde se reparó la episiotomía.

También mejoran el tono muscular pelviano. No se recomienda ningún ejercicio formal hasta después su examen post-parto.

Semana Cuatro a Seis. El médico le practicará un examen pelviano y un chequeo de las mamas si la madre no está amamantando. Conversará acerca del método de planificación familiar más conveniente para la madre: las píldoras anticonceptivas, el diafragma, los condones, jaleas o espumas vaginales, etc. Podrá entonces reasumir después del examen las relaciones sexuales.

Dieta. Hay que guardar una dieta baja en grasas y alto en proteínas *leche, carnes, y granos.* La madre debe continuar tomando las vitaminas prenatales sobre todo si está amamantando.

Cuidado de la Episiotomia. Usar baños de asiento con algún antiséptico local dos veces al día. Consulte a su médico antes de tomar cualquier remedio automedicado.

Cuidado de los Pechos. Antes y después de cada alimentación del bebé hay que limpiarse las mamas con agua y jabón suaves, y si los pezones se enrojecen, rompen, ampollan o se vuelven dolorosos hay que contactar al médico para información adicional.

Pacientes Post-Cesárea. Los pacientes que han tenido una cesárea seguirán las mismas instrucciones. Hay que mirar la incisión antes de dejar el hospital, un enrojecimiento leve es normal. Se debe volver a la semana a una cita para un chequeo de la herida operatoria.

Tema: Cuidados del Bebé.

Instrumentos: Mesa redonda, disposición de escucha.

Participantes: La madre.

Aparte de las molestias que siente la mujer después del parto, la madre primeriza experimenta decenas de angustias en el primer mes de vida de su bebé. En general, la inexperiencia lleva a cometer errores que, algunas veces, comprometen el bienestar del pequeño. Todo lo que hace o deja de hacer el recién nacido es motivo de preocupación para ella, la intensidad y prolongación del llanto, la manera de moverse, sus horas de sueño y de vigilia, sus patrones de alimentación, número y apariencia de las deposiciones diarias. Toda madre debe evitar colocar en sus bebés los siguientes elementos en su primer mes de vida *Colman y Colman (1971):*

Ponerle mitones en las manos. Esto impide la exploración de la motricidad fina del bebé.

Vestirlo con demasiadas prendas, ya que, estas hacen sudar al bebé y pueden provocarle sarpullido en la piel, sobre todo en los pliegues.

Cubrir el ombligo. Hay que evitar el uso de fajero, este, no permite que el ombligo respire, pues lo mantiene caliente y húmedo.

Darle alimentos diferentes a la leche materna. Algunas mujeres les ofrecen a sus pequeños agua de anís, de manzana, de lechuga o granadilla para que logre hacer deposiciones. La leche materna, los seis primeros meses, le aporta al niño todo lo que su cuerpo necesita.

Dejar de limpiarle el ombligo tres veces al día. Es necesario asearlo con un aplicador, tanto en el borde exterior de la parte visible del muñón, como en aquella recubierta por la piel. Esta última debe removerse un poco para permitir el ingreso del aplicador y pasarlo alrededor del ombligo. El riesgo de infección en la zona aumenta cuando no se baña al bebé con frecuencia o se mantiene húmeda el área del ombligo.

Soplarle las fontanelas. Algunas mamás lo hacen porque creen que el bebé se está ahogando. Estas son el espacio existente entre los huesos del cráneo, que permiten el crecimiento del mismo.

Cargarlo en posición horizontal todo el tiempo. Aumenta el reflujo gastroesofágico. La pediatra María Helena Varela recomienda cargar al niño semisentado o en posición vertical.

Dejar de exponerlo a la luz del sol o a la claridad del día por miedo a que se resfríe. El bebé necesita recibir esta luz para prevenir la ictericia, es decir, color amarillento de la piel, boca y ojos.

Introducirle objetos en la boca para tranquilizarlo. Cualquier cosa diferente al pezón hace que el bebé pierda la sensación de contacto piel a piel con la madre.

Dejar de bañarlo. El baño diario, con agua tibia, es necesario porque lo tranquiliza y le brinda sensación de frescura.

Permitir que gente con gripa lo visite. En el primer mes de vida del bebé, idealmente solo deben visitarlo las personas más allegadas y estas NO deben estar enfermas.

Acostarlo boca abajo. Esta posición aumenta el riesgo de muerte súbita. La posición indicada: boca arriba.

Ponerle móviles de colores. Los recién nacidos solo ven sombras