



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“LA ANSIEDAD MATERNA Y SUS EFECTOS PREVIA A LA  
LABOR DE PARTO DE MADRES PRIMIGESTAS DEL ÁREA DE  
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE  
AMBATO EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2011”**

**Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica**

**Autora:** Cubero Morejón, Tamara Gabriela

**Tutor:** Dr. Villa Pilatuña, Jorge

Enrique

**Ambato – Ecuador**

**Julio, 2011**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor de investigación sobre el tema: **“LA ANSIEDAD MATERNA Y SUS EFECTOS PREVIA A LA LABOR DE PARTO DE MADRES PRIMIGESTAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2011”**, de la señorita Cubero Morejón Tamara Gabriela, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**Ambato, 24 de Agosto del 2011**

**EL TUTOR**

---

Dr. Villa Pilatuña Jorge Enrique

## **AUTORÍA DE LA TESIS**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“LA ANSIEDAD MATERNA Y SUS EFECTOS PREVIA A LA LABOR DE PARTO DE MADRES PRIMIGESTAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2011”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de tesis.

**Ambato, 24 de Agosto del 2011**

## **LA AUTORA**

---

**Cubero Morejón Tamara Gabriela**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

**Autora**

Cubero Morejón Tamara Gabriela

### **APROBACION POR EL TRIBUNAL DE TESIS**

El presente trabajo investigativo: “**LA ANSIEDAD MATERNA Y SUS EFECTOS PREVIA A LA LABOR DE PARTO DE MADRES PRIMIGESTAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2011**” desarrollado por la Srta. Tamara Gabriela Cubero Morejón ha sido dirigida en todas sus partes, cumpliendo con las disposiciones emitidas por la Universidad Técnica de Ambato a través de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por lo expuesto:

Se autoriza su presentación ante los organismos concernientes para la sustentación del mismo.

**Ambato, 14 de Septiembre del 2011**

---

**Dra. Evelyn Salame**

---

**Dra. Fernanda Vásconez**

---

**Dr. Ismael Gaibor**

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo primero a Dios hermosa fuente de amor incondicional quien siempre ha estado junto a mí en las buenas y en las malas impulsándome para seguir adelante y no caer, el mismo que siempre me ha llenado mi vida de bendiciones, a mi familia en especial a mis padres que con su esfuerzo, apoyo, ejemplo y bendiciones me ayudaron a llegar hasta aquí, a mis hermanos con los cuales he compartido gran parte de mi vida y con los que siempre he podido contar gracias por creer en mí, Los Amo Mucho.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud por haberme permitido ingresar a continuar mis estudios superiores, a mis profesores que gracias a su sabiduría y experiencia me han sabido transmitir los conocimientos a lo largo de mi carrera y que hoy hacen de mi persona una profesional competente.

De Igual manera agradezco al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato, quien me abrió sus puertas y lograr así desarrollar y culminar esta investigación, a la Dra. Evelyn Salame Psiquiatra de la Institución quien con su guía ayuda y paciencia incondicional logre la terminación del mismo, aprendiendo así habilidades para la vida profesional, al Dr. Francisco Viteri miembro del Servicio de Ginecología quien me facilitó todo lo necesario para conocer la población Primigesta, a mi compañera y amiga María Fernanda Basantes gracias por tu ayuda.

Agradezco así también a mi tutor Dr. Jorge Villa, quien supo guiar y encaminar mis ideas y pensamientos para realizar este trabajo.

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

### A. PAGINAS PRELIMINARES

PÁGINA DE TITULO O PORTADA

PÁGINA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR.....i

PÁGINA DE AUTORÍA DE LA TESIS.....ii

DERECHOS DE AUTOR.....iii

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE TESIS.....i

PÁGINA DE DEDICATORIA.....v

PÁGINA DE AGRADECIMIENTO.....vi

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....vii

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....viii

RESUMEN

EJECUTIVO.....x

### B.

### TEXTO

INTRODUCCIÓN 1

#### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

1.1 TEMA 2

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN 4

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO 6



1.2.3 PROGNOSIS	<a href="#">7</a>
1.2.4 FORMULACIÓN DE PROBLEMA	<a href="#">7</a>
1.2.5 INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN	<a href="#">7</a>
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN	<a href="#">8</a>
1.3 JUSTIFICACIÓN	<a href="#">9</a>
1.4 OBJETIVOS	<a href="#">10</a>
1.4.1 <a href="#">OBJETIVO GENERAL</a>	<a href="#">10</a>
1.4.2 <a href="#">OBJETIVOS ESPECIFICOS</a>	<a href="#">10</a>

## **[CAPÍTULO II: MARCO TEORICO](#)**

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	<a href="#">11</a>
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	<a href="#">12</a>
2.3 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	<a href="#">12</a>
2.4 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	<a href="#">13</a>
2.5 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	<a href="#">18</a>
2.5.1 GINECOBSTETRICIA	<a href="#">19</a>
2.5.2 EMBRIOLOGÍA	<a href="#">23</a>
2.5.3 PROCESO DE PARTO	<a href="#">33</a>
2.5.4 LABOR DE PARTO	<a href="#">42</a>
2.5.5 SALUD MENTAL	<a href="#">45</a>
2.5.6 PSICOLOGÍA CLÍNICA	<a href="#">46</a>
2.5.7 TRASTORNOS DE ANSIEDAD	<a href="#">47</a>
2.5.8 ANSIEDAD MATERNA	<a href="#">55</a>
2.6 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	<a href="#">62</a>
2.6.1 HIPÓTESIS	<a href="#">62</a>
2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	<a href="#">62</a>

## **[CAPÍTULO III:METODOLOGIA](#)**

3.1 PARADIGMA	<a href="#">63</a>
3.2 ENFOQUE	<a href="#">63</a>
3.3 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	<a href="#">63</a>
3.4 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.	<a href="#">64</a>
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	<a href="#">64</a>
3.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	<a href="#">65</a>
3.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	<a href="#">67</a>
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	<a href="#">67</a>

## **CAPÍTULO IV:ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	<u>68</u>
4.1.1 HISTORIA CLÍNICA.	<u>68</u>
4.1.2 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK	<u>81</u>
4.1.3 CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO DIRIGIDO A MADRE PRIMIGESTAS.	<u>103</u>
4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.	<u>113</u>

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES.	<u>115</u>
5.2 RECOMENDACIONES.	<u>117</u>

## **CAPITULO VI: LA PROPUESTA**

6.1 DATOS INFORMATIVOS	<u>118</u>
6.1.1 TEMA	<u>118</u>
6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA	<u>118</u>
6.1.3 BENEFICIARIOS.	<u>118</u>
6.1.4 UBICACIÓN	<u>118</u>
6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN.	<u>118</u>
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.	<u>119</u>
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	<u>119</u>
6.3 JUSTIFICACIÓN.	<u>121</u>
6.4 OBJETIVOS	<u>122</u>
6.4.1 OBJETIVO GENERAL.	<u>122</u>
6.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	<u>122</u>
6.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	<u>123</u>
6.6 METODOLOGÍA	<u>131</u>
6.6.1 MODELO OPERATIVO	<u>133</u>
6.7 MARCO ADMINISTRATIVO.	<u>134</u>
6.7.1 RECURSOS FÍSICOS O INSTITUCIONALES	<u>134</u>
6.7.2 RECURSOS HUMANOS.	<u>134</u>
6.7.3 RECURSOS MATERIALES.	<u>134</u>
6.7.4 RECURSOS ECONÓMICOS	<u>134</u>
6.7.5 CRONOGRAMA.	<u>135</u>

**C.**

## ÍNDICE DE CUADROS

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	18
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	65
TABULACIÓN DE RESULTADOS	68
MODELO OPERATIVO.	131
<b>D. MATERIALES DE REFERENCIA</b>	
1. BIBLIOGRAFÍA.	136
2. ANEXOS.	138

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Tema:

La Ansiedad Materna y sus efectos previa a la Labor de Parto de Madres Primigestas del área de Ginecología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato en el periodo Enero - Junio 2011.

- **Autor:** Egresada Cubero Morejón Tamara Gabriela
- **Tutor:** Dr. Villa Pilatuña Jorge Enrique.
- **Fecha:** Julio 2011.

**RESUMEN**

El proyecto realizado fue un estudio investigativo, el cual tuvo como objetivo Investigar los efectos de la Ansiedad Materna previa a la labor de parto de Madres Primigestas del área de Ginecología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato.

La investigación se efectuó en el Hospital IESS de la ciudad de Ambato durante los meses de Enero del 2011 hasta Junio del 2011. Las personas que forman parte de la investigación son 40 madres primigestas que ingresaron a hospitalización en el servicio de Ginecología.

La información obtenida se la recolecto a través de la Historia Clínica Psicológica, el Inventario de Ansiedad de Beck para valorar los síntomas de ansiedad y discriminar entre Ansiedad y Depresión, y el Cuestionario Semiestructurado que ayud ó a conocer el nivel de comprensión y conocimiento de la madre sobre el proceso desarrollo de esta etapa, los resultados fueron tabulados y están explicados en el capítulo cuatro.

Por razón de la investigación realizada se pudo comprobar la presencia de ansiedad materna previa a la labor de parto, y por otra parte desconocimiento de este proceso, es así como lo respaldan los datos estadísticos logrados a través de los instrumentos aplicados a las pacientes, teniendo como objetivo de propuesta de solución eficaz el desarrollo del método Psicoprofilactico Cognitivo Conductual, que ayudará a la madre neófita al mejor conocimiento de su etapa y un correcto

manejo que abarquen las esferas tanto físicas como Psicológicas.

**PALABRAS CLAVES:** ANSIEDAD MATERNA, PRIMIGESTAS, PARTO  
PSICOPROFILAXIS

## INTRODUCCION

El proyecto de investigación tiene como tema: La Ansiedad Maternal y sus efectos previos a la Labor de Parto de Madres Primigestas del área de Ginecología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato.

Su importancia reside en conocer la existencia de niveles de ansiedad que la madre presenta y los efectos que los mismos pueden producir en el proceso del parto.

Este está estructurado por capítulos. El primero denominado: EL PROBLEMA, contiene el análisis Macro, Meso y Micro que hace relación al origen de la problemática con el panorama Mundial, Nacional e Institucional, respectivamente.

El Capítulo II denominado: MARCO TEORICO se fundamenta en una visión Filosófica, Psicológica, y legal.

El Capítulo III titulado: METODOLOGIA plantea que la investigación se realizara desde el enfoque crítico propositivo, de carácter cualitativo. La modalidad de investigación es bibliográfica documental, de campo.

El Capítulo IV denominado: ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS, se basa en la tabulación de los instrumentos utilizados en la investigación y la verificación de hipótesis

El Capítulo V llamado: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, donde se encuentran los resultados de la investigación y recomendaciones importantes para la prevención del síndrome.

El Capítulo VI establecido para la PROPUESTA, donde se presenta una alternativa para la solución al problema investigado.

Se concluye con una bibliografía y anexos, en los que se incorporó los instrumentos que se aplicaron en la investigación de campo.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. TEMA**

“LA ANSIEDAD MATERNA Y SUS EFECTOS PREVIA A LA LABOR DE PARTO DE MADRES PRIMIGESTAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2011”

#### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1 Contextualización**

- **Macro**

Según un estudio coordinado por la East Carolina University (Estados Unidos) publicado en “Psychosomatic Medicine”, mujeres con altos niveles de ansiedad por su embarazo y durante el parto, pueden correr alto riesgo de parto prematuro, el grupo de investigadores halló que, entre 1.820 embarazadas, aquellas con el mayor nivel de preocupación sobre el embarazo eran casi tres veces más propensas que las menos ansiosas a tener un parto prematuro, los mismos se concentraron en las preocupaciones de las mujeres sobre el embarazo, incluida la ansiedad sobre el trabajo de parto y el nacimiento, y los problemas al principio del embarazo, como el sangrado y las náuseas.

La revista Birth Issues in Perinatal Careal publicar su trabajo efectuado en el Hospital Universitario de Noruega del Norte, a partir de 86 mujeres embarazadas que tenían miedo al parto y habían requerido cesárea planificada. Todas ellas fueron atendidas por un equipo de trabajo psicosocial. Resultó que en la mayoría de las mujeres, con

temor al nacimiento iba acompañado por extensos problemas psicosociales: el 90 % había experimentado ansiedad o depresión; el 43 % tenía disturbios de la alimentación; el 63 % había padecido abuso; de las que padecían condiciones psiquiátricas, el 24 % había estado previamente en tratamiento. Mediante la intervención del equipo de psicología y trabajo social de ese hospital, 74 de las 86 mujeres cambiaron su primer requerimiento y se sintieron preparadas para dar a luz por vía vaginal. El seguimiento durante dos y cuatro años luego del nacimiento confirmó su satisfacción a largo plazo por haber cambiado su elección.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que un 10 % de los 130 millones de nacimientos anuales en todo el mundo corresponde a bebés prematuros, y la mayoría de ellos se da en los países más pobres, donde las posibilidades de supervivencia son bajas.

A partir de estudios realizados desde mediados de la década de 1990 hasta el 2007, el 85% de los partos acaecidos antes de la semana 37 de gestación (un embarazo a término tiene 40 semanas) fueron en Asia y África, con alrededor de 70 y 40 millones, respectivamente.

En Europa, la estadística fue sólo del 6,2 % y Latinoamérica y el Caribe, del 9,1 % , en Estados Unidos, entre el 22,5% y el 41% de la mujeres son inducidas durante su trabajo de parto, (estadísticas del 2006, sondeos realizados por Vital Statistics y ListeningtoMothers II, respectivamente) y más del 55% de las mujeres reportaron que sus partos fueron estimulados o acelerados con oxitócica sintética la misma que es administrada durante el trabajo de parto no actúa de la misma manera que la producida naturalmente. En primer lugar las contracciones producidas por la sintética son diferentes de las naturales: se presentan una sobre otra y entre ellas hay un período muy corto de descanso para que el bebé se recupere. Esta “sobreestimulación” reduce el aporte de sangre y por lo tanto de oxígeno al bebé, causando muchas veces “sufrimiento fetal”. Por otro lado la oxitócica sintética también eleva la intensidad de las contracciones, generalmente antes de que la madre haya podido elevar el aporte de beta-endorfinas que le ayudan a disminuir de forma natural la percepción de las contracciones, por lo que requerirá de medicamentos para hacerle frente al dolor, como la epidural, la cual puede causar a su vez otras complicaciones.



Se ha podido apreciar en investigaciones realizadas en distintos países, sobre los procesos y las reacciones que las madres primigestas experimentan durante todo el proceso de desarrollo embrionario, puede producir partos prematuros, alargados, o con algún otro tipo de complicación, siendo el temor, miedo, inseguridades que la madre poco a poco va adquiriendo durante este proceso y repercutiendo o manifestándose al momento de labor o trabajo de parto, retrasándolo o realizando otro tipo de intervención obstétrica, a más de ello la influencia de factores estresantes para la futura madre hacen que aparezca problemas de ansiedad que con el pasar de los días pueda haber complicaciones, y puedan afectar en el postparto.

- **Meso**

La ENDEMAIN (2004) es una encuesta periódica que realiza el CEPAR, (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social), esta manifiesta que, “La proporción de partos por cesárea en establecimientos de salud es del 34,5 %, es casi 10 puntos porcentuales mayor al promedio total de esa intervención (25,8 %). Las tasas más altas se encuentran en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (50,0 %), en las clínicas, hospitales y médicos privados (49, %), en el Patronato San José (40,2 %) y en la Junta de Beneficencia (35,5 %).

En el Ecuador, la tasa general de cesáreas informada es de 17,1 % (período 1989 a 1994), del 19,9 % (período 1994 a 1999) y se eleva al 25,8 % (en el período 1999 a 2004).

Las cesáreas son más frecuentes en el área urbana (34,0 %), el caso de la Maternidad Isidro Ayora (Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora) es representativo de los servicios públicos, ahí la tasa de cesáreas actualmente es del 33 %, mientras en las zonas rurales es del 16,1%. Las tasas más altas se encuentran en las provincias de Manabí, Los Ríos, Guayas y El Oro (38,3 %, 35,6 %, 34,4 % y 38,4 %, respectivamente), mientras que las más bajas están en las provincias de Bolívar y Esmeraldas.

Por lo anteriormente expuesto, es necesario recalcar el aumento de intervenciones quirúrgicas y obstétricas y la necesidad de estudiar e investigar si la ansiedad materna ya que es un factor importante que influye de forma marcada en el

desarrollo del parto de madres primigestas, ya que puede este repercutir de formas diferentes a la hora de parto.

### **Micro**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentando la ley de seguridad social vigente, convertirá a esta institución, en una aseguradora moderna, técnica con personal capacitado que atenderá, con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.

Siendo una entidad cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia, teniendo así como misión proteger, a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de, enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la ley de seguridad social.

En el servicio de ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato, acuden múltiples mujeres a la sala de partos ya sean estas multi o primíparas, de acuerdo a los últimos datos obtenidos por el servicio de estadística del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el año 2010 se han realizado 543 intervenciones, entre ellas 189 son por parto normal y 354 son cesárea siendo estas por distintas causas, a nivel de Tungurahua y especialmente del Hospital IESS Ambato no se ha encontrado estudios acerca del problema planteado, siendo esta la pionera en establecer parámetros que incentiven a nuevas investigaciones, y lograr un trabajo integral en los que intervengan distintos profesionales en salud, en favor de la madre y de su hijo.

### **1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO**

La Ansiedad por lo general es una reacción ante una situación que pueda causar tensión o miedo, es así como en este caso las madres primigestas motivo de la investigación, sientan esta misma reacción al momento de saberse embarazada s la misma que puede ir incrementándose durante el pasar de los meses hasta el momento del parto, influyendo esta de manera importante en el desarrollo del mismo.

Esto muchas veces se da por “Historias” por parte de familiares o amigas de lo malo que va ser, formándose así un círculo vicioso de temor y duda siendo nada favorable para la gestante ni para ni para su hijo, generando reacciones fisiológicas o neurovegetativas, por lo cual nace en ella inseguridad y preocupación surgiendo en la parturienta incertidumbres sobre cómo será el inicio de parto, las contracciones, duración de las mismas complicaciones en el caso de haberlas entre otras, además problemas de tipo psicológico, pueden influir en el alargamiento del proceso de parto, o más aun alguna complicación medica específica.

Es también importante recalcar la predisposición de la mujer a sufrir este tipo de problema el cual ha emergido a causa de su estado, y esta siendo influenciando de manera significativa en la misma.

Por esta razón se debe realizar métodos por parte de personal capacitado para ello, que ayuden a la futura madre al mejor conocimiento de su etapa desarrollo, y lograr un buen manejo al momento de la labor de parto, y ser de gran ayuda para las personas que en ese momento la asisten.

### **1.2.3. PROGNOSIS**

El ser madre es una etapa muy importante en la mujer ya que esta incluye múltiples cambios tanto físicos, psíquicos y sociales, cada una de estos cambios produce en la futura madre varias dudas, inseguridades que causan en su gran mayoría temor a lo que pueda pasar, es difícil para muchos profesionales imaginar el sufrimiento o preocupación, las dudas, que produce a las mujeres que experimentan por primera vez esta etapa, en gran parte la información que ellas reciben con poca o ninguna relevancia clínica, como son las medidas fetales u otras intervenciones importantes en esta etapa.

Al no existir programas que puedan ayudar a la futura madre podría acrecentar en ella problemas psicológicos los mismos que puedan complicar el proceso del parto y alumbramiento, y en algunos casos el puerperio normal y así tener la necesidad de optar por otras mediaciones, más largas y complejas.

#### **1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Los Efectos de Ansiedad Materna influyen en la labor de parto de madres primigestas del servicio de Ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo enero - junio 2011?

#### **1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Es factible detectar el grado de ansiedad en madres primigestas?
- ¿Conoce las madres las etapas de la labor de parto?
- ¿Cuáles serían los métodos que podrían ayudar al mejoramiento de este problema?

#### **1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.6.1 Delimitación de contenido**

**CAMPO:**Salud

**ÁREA:** Psicología Clínica

**ASPECTO:**Efectos de Ansiedad Maternaprevia ala labor parto de madres primigestas.

### **1.2.6.2 Delimitación espacial**

La investigación se realizará con 40 madres primigestas que son atendidas en el área del servicio de Ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

### **1.2.6.3 Delimitación temporal**

Este problema será investigado en el periodo comprendido entre periodo enero - junio 2011

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

El estudio de la presente investigación es ineludible ya que hace énfasis a las afecciones psicológicas como es la ansiedad materna, la cual se presenta en la gravidez y másprevia al trabajo de parto, siendo el segundo mencionado el que generalmente causa más inquietud, ocasionando en las madres uníparas, niveles de preocupación, los cuales pueden repercutir en el proceso del mismo.

Se debe tomar en cuenta que esta es una etapa de mucha importancia para la mujer ya que ser madre por primera vez es un cambio radical en la vida de la misma y de su entorno familiar, produciendo sentimientos y emociones que jamás ha sentido, y renaciendo en ella miedo a ese cambio, por ello es lógico que en la mujer al momento de saberse embarazada, comience a nacer interrogantes e inseguridades, ya que los cambios en su vida son tanto físicos como psicológicos por lo mismo necesita de ayuda y orientación, ya que la necesidad de la mujer de aliviar el dolor durante el parto varía en gran medida y, hasta cierto punto, depende de su nivel de ansiedad.

Este proyecto es importante ya que va a permitir correlacionar las dos variables, la influencia de la ansiedad maternaprevia a la labor de partos de madres primigestas y así poder mitigar, la ansiedad en labor del parto y con el apoyo emocional que en ese instante pueda recibir de quienes las asistan teniendo los mismos una debida preparación para actuar, en esos momentos.

La investigación es factible porque se cuenta con la población necesaria para la presente como son las madres neófitas del servicio de ginecología, y con la colaboración del personal médico capacitado, cabe destacar la apertura total del Hospital IESS de la ciudad de Ambato para realizar este trabajo y así lograr plantear alternativas que engloben tanto los factores físicos y psicológicos que promuevan la atención de salud.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Investigar los efectos de la ansiedad previa a la labor de parto de madres primigestas en el servicio de ginecología del Hospital IEISS de la Ciudad de Ambato en el periodo Enero- Junio del 2011.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Detectar el grado de ansiedad previa a la labor de parto de madres primigestas.
- Determinar el grado de conocimiento de las madres sobre las etapas o periodos de la labor de parto.
- Elaborar una propuesta alternativa para el problema planteado.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

**Los autores del nuevo estudio, de la Universidad de California en San Diego (EEUU)**, creen que hasta el momento no se habían estudiado adecuadamente los aspectos psicológicos, así que decidieron indagar en uno de ellos: la sensibilidad a la ansiedad, es decir, el miedo ante situaciones que previsiblemente generarán ansiedad.

Estas expectativas negativas acentúan la preocupación por las respuestas fisiológicas ante la ansiedad, lo que lleva a conductas que no hacen sino exacerbar esas reacciones (miedo, excesiva limitación de la actividad, pensamientos catastrofistas...). "Es decir, un círculo vicioso de miedo y ansiedad que lleva a más reacciones fisiológicas", comentan los autores en el último número del 'EuropeaJornal of Paina'. Los autores han estudiado a 35 mujeres que, cuando estaban embarazadas de unas 17 semanas, rellenaron un test con preguntas para determinar su sensibilidad a la ansiedad. Tras dar a luz, cumplimentaron otro sobre cómo había ido el parto y las molestias que habían tenido. El 80% tuvo un parto vaginal y un tercio de las participantes experimentó complicaciones durante el alumbramiento.

Otros factores que se valoraron fueron si este era el primer hijo de la participante, el uso de analgesia, el estado conyugal, si la pareja estaba intentando concebir y la duración del parto, pero ninguno de ellos influía tanto en el dolor del parto como las expectativas negativas ante el alumbramiento.



## **2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

Para la presente investigación se utilizara el paradigma critico-propositivo ya que se basa en la construcción del conocimiento llegando a una clarificación del problema planteado pudiendo constatar los casos que se dan en esta casa de salud

Se basa en los principios de la contradicción, causalidad, objetividad, y totalidad, también se fija en los procesos mas que en los resultados y defiende como criterio de verdad la practica social.

Si se toma otro aspecto: Relación sujeto - objeto del conocimiento para un critico - positivista esta basada en la interacción haciendo participar tanto al investigador como a las gestantes primigestas en estudio, permitiéndose así flexibilidad en cuanto a comentarios el cual nunca será terminado.

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA**

El mayor problema que afrontan las pacientes en su primera experiencia a la maternidad es el miedo a causa de como ser á el parto siendo esteel origen principal para la buena labor de parto o no, es donde la psicología clínica es de gran importancia para su buena comprensión y mediante la aplicación de sus corrientes psicológicas y de técnicas que servirán tanto para la madre como para el neonato.

La Corriente Cognitivo Conductual pretende aliviar los síntomas y cambiar el estilo de presentación al mundo del paciente, se basa en el supuesto de que el pensamiento lógico asegura la mejor forma de enfrentarse a los problemas, cambiando las creencias y los pensamientos negativos.

Esta investigación es de estudio psicológico donde se investigara la influencia la ansiedad maternaen la labor de parto de madres primigestas.

## **2.4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

### **CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR**

#### **ARTICULOS RELACIONADOS A LA LEY DE MATERNIDAD**

## **GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA**

### **Sección séptima**

#### **Salud**

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

### **Sección cuarta**

#### **Mujeres embarazadas**

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

### **Sección quinta**

#### **Niñas, niños y adolescentes**

**Art. 44.-** El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno

de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

**Art. 46.-** El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

## **Título VII**

### **RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR**

#### **Capítulo primero**

##### **Inclusión y equidad**

Art. 363.- El Estado será responsable de:

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

## **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**TRIGÉSIMA.-** El Fondo de Solidaridad, en el plazo de trescientos sesenta días, de forma previa a su liquidación, transformará al régimen de empresas públicas las de régimen privado en las que sea accionista.

Para ello, dispondrá que dichas empresas realicen previamente un inventario detallado de sus activos y pasivos, y contraten en forma inmediata la realización de auditorías, cuyos resultados servirán de base para su transformación.

El Estado garantizará el financiamiento de las prestaciones sociales atendidas por el Fondo de Solidaridad, en particular la de maternidad gratuita y atención a la infancia, así como de los recursos comprometidos por esa institución para los programas de desarrollo humano en ejecución, hasta su culminación.

**De los derechos de parturientas, fetos y recién nacidos:**

**1. Derecho a un embarazo, parto, nacimiento y post-parto respetados y con:**

- El personal y medios idóneos para la atención prenatal y la asistencia durante la labor, el parto y el post-parto.
- Tecnología y procedimientos adecuados culturalmente, usados de manera apropiada, con el consentimiento informado, de tal manera que éstos no se utilicen en forma rutinaria e indiscriminada.
- Acceso equitativo a servicios prenatales, obstétricos y neonatales, con calidad y calidez, respetando las particularidades culturales locales.
- Servicios de salud integrales que brinden educación, preparación y asesoría durante el embarazo, posparto y lactancia.
- Un sistema público y privado de salud, de seguridad social y medicina pre pagado, que brinden cobertura de atención en el lugar donde la mujer y su familia elijan: hospital, centros de salud, clínicas, maternidades, casas de partos o en su domicilio.

**2. Derecho a libre acceso a la información y a ser debidamente notificadas sobre:**

- Sus derechos;
- La fisiología materna, del feto y del recién nacido;
- Rutinas y sistemas de atención, índices de cesáreas, episiotomías, uso de anestésicos y medicamentos en general, etc., durante el embarazo, parto y posparto, tanto de la gestante como del neonato.
- Criterios y alternativas en la atención del parto y posparto.
- Criterios y alternativas en la recepción del neonato.

**3. Derecho a decidir sobre:**

- Su propio cuerpo y sobre la aplicación de los procedimientos a ser utilizados durante el embarazo, labor de parto, parto y posparto.
- La(s) persona(s) que le acompañen, familiar y/o profesional, durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y posparto.
- El lugar donde dar a luz, ya sea domicilio, consultorio, casa de partos,

hospital, clínica o maternidad.

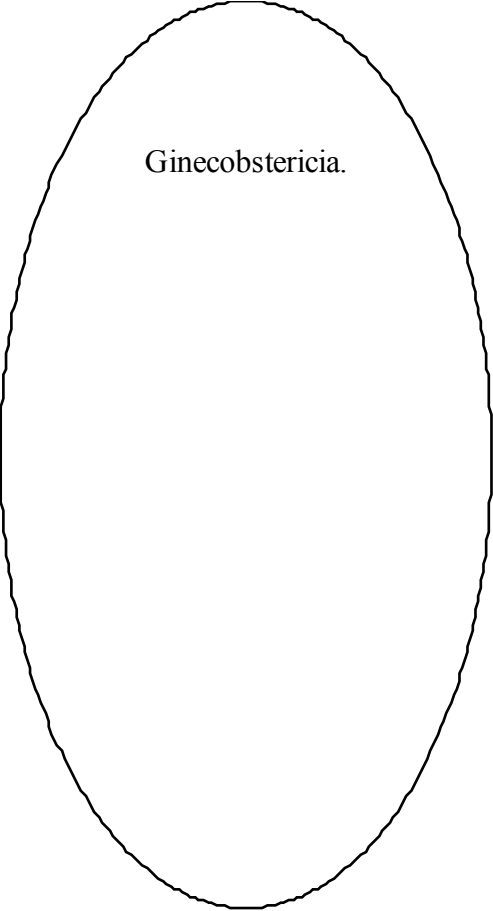
- Los procedimientos a ser realizados sobre su hija/o recién nacido, a través de un conocimiento informado.
- La manera de llevar su labor de parto, sea caminando, bailando, en el agua, comiendo, bebiendo, paseando, acostada o durmiendo, o cualquier otra forma que ella decida, etc.
- La posición para parir: sentada, semi-sentada, parada, en cuclillas, etc.

**4. Derecho a expresar libremente las emociones: jadeando, gritando, riendo, llorando, gimiendo, etc.**

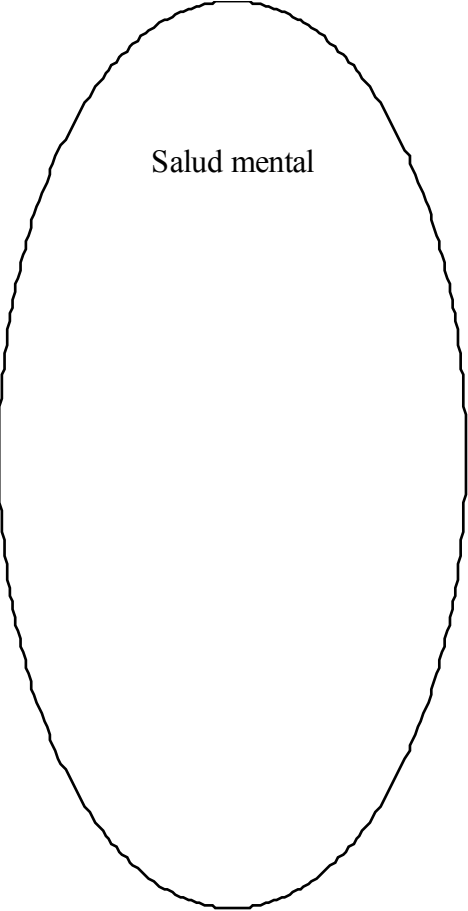
**5. Derecho del recién nacido a:**

- Permanecer junto a su madre, desde el instante del nacimiento, de forma permanente durante las 24 horas del día, aún si lo tienen que examinar, favoreciendo el alojamiento permanente conjunto de la díada madre-hijo.
- Ser tratado con respeto y amor. El recién nacido tiene derecho a no ser sometido a prácticas y procedimientos rutinarios y agresivos, en la mayoría de los casos innecesarios como: el corte inmediato de cordón, la aspiración de secreciones, la sonda oro-naso gástrica, la sonda anal, circuncisión, etc.
- Ser amamantado desde el instante del nacimiento y a no recibir suministro de soluciones glucosadas ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes.

## 2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



Ginecobstericia.



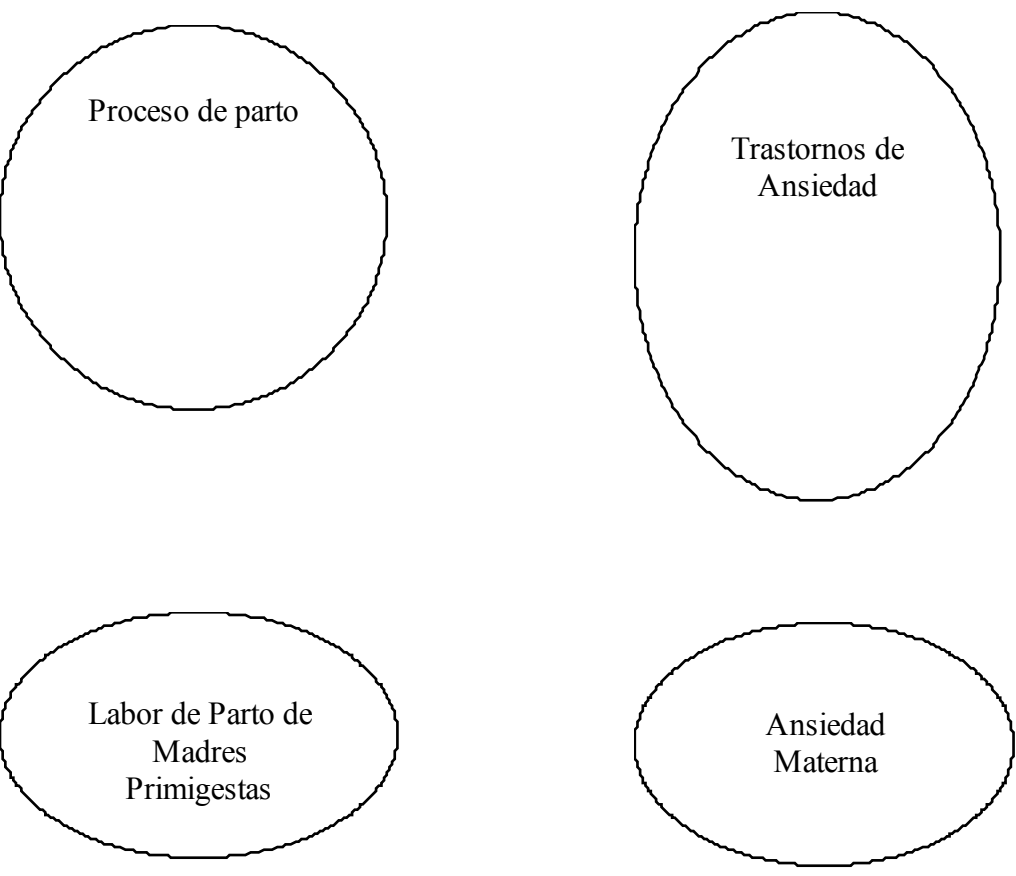
Salud mental



Embriología



Psicología clínica



**EFECTO**



**VARIABLE INDEPENDIENTE  
DEPENDIENTE**

**VARIABLE**

**GRAFICO N° 1**

**Diseño: Cubero 2011**

**VARIABLE INDEPENDIENTE.-** Labor deParto de Madres Primigestas.

### **2.5.1 GINECOBSTETRICIA**

BOTERO (Ginecología y Obstetricia) (1999): Manifiesta que: Es una disciplina médica que se ocupa del conocimiento y del cuidado del aparato reproductor de la mujer, desde su nacimiento hasta su muerte, siendo así, la responsabilidad que asume quien posee el título de ginecobstetra no solamente tiene alcances particulares, sino también sociales. Tal especialidad se diferencia de cualquier otra por el hecho de llevar implícito el deber de no hacer daño a la mujer ni al fruto de la concepción. Es decir, el ginecobstetra suele, durante el acto médico, responder simultáneamente por la vida y el bienestar de dos pacientes a la vez, lo cual le imprime especial carácter profesional.

Entre las múltiples situaciones que caracterizan el ejercicio de la Ginecobstetricia, existen algunas susceptibles de ser cuestionadas éticamente y, por lo mismo, conviene ser analizarlas de manera particular.

**Pro concepción:**La pro concepción,o reproducción asistida,hace relación a los procedimientos, naturales o artificiales, encaminados a favorecer la fertilización del óvulo por el espermatozoide y su consecuente desarrollo dentro del claustro materno.

La pro concepción, sin duda, es una actividad lícita moralmente por cuanto lo que persigue es el bien, la felicidad de otros. Aquí encuentra la ciencia médica la oportunidad de demostrar su papel de defensora de la pareja conyugal y de la sociedad, como que lo buscado va a favor ecerlas a ambas: a aquélla, propiciando su descendencia; o ésta, dándole validez y sentido a la familia, que es su núcleo social primario. Sin embargo, no todas las posibilidades utilizadas por el ginecobstetra para ello ni todas las solicitudes de la mujer pueden recibir aceptación moral Su actuar ético es producto de muchos factores: situaciones derivadas de la técnica misma, de cada uno de los ónyuges, de la familia, la sociedad, la ley y la religõn. El análisis de todas ellas le permitirá deducir que eslo más conveniente para la pareja que a él ha acudido en demanda de ayuda, como también para alguien que ninguno de los tres conoce aún pero que no debe ser ignorado. Si su colaboración va a



contribuir a que ocurra «lo más conveniente», actuará en conciencia y, por lo tanto, su comportamiento será ético. Al tiempo que se preserva el principio ético de «no hacer daño» se exalta el de «beneficencia», como que al lograr un hijo deseado se está favoreciendo la felicidad del matrimonio y le da su verdadero sentido social y afectivo, que de otra manera se habría visto sustituido por la adopción de un hijo sin ningún nexo genético, o, lo peor, criando perro o un gato.

Frente a la reproducción asistida, cada caso amerita «a reflexión ética particular. Si la pareja justifica su solicitud con la tesis de que desea un hijo para darle sentido a la vida conyugal, para hacer realidad el ideal de la familia, el ginecobstetra debe investigar si se trata en verdad de una pareja estable, compuesta por personas conscientes y responsables. A lo estrictamente técnico, hay que tener en cuenta aspectos sociales y legales (normatividad vigente) y, por supuesto, aspectos éticos. Si no lo hace actúa como un simple comerciante, carente de conciencia humanística. Para que su juicio ético sea lo más correcto posible, podrá ser recomendable el concurso de otros profesionales; por ejemplo un psicólogo o una trabajadora social.

**Diagnóstico prenatal** Antes de emprender el proceso investigativo de diagnóstico prenatal, el ginecobstetra debe preguntarse: «¿Por qué y para qué lo hago?» Lo puede hacer por solicitud expresa de los futuros padres; a ún más, sólo debe hacerlo cuando tal solicitud se ha interpuesto. Siendo el producto de la concepción absoluto dependiente de sus padres, nada de lo que en él se pueda hacer debe emprenderse sin el consentimiento informado de éstos. Ni siquiera debe divulgarse el sexo fetal si los padres no han dado autorización para ello.

El ginecobstetra, como consejero, deberá analizar con detenimiento cada solicitud de diagnóstico prenatal, utilizando sistemáticamente la lógica y la razón, dentro de un marco humanitario. Así las cosas, deberá conocer los motivos que mueven a la pareja para solicitar los servicios diagnósticos. Si aquéllos se justifican, como son: edad de los padres, ocurrencia anterior de abortos o de niños malformados y exposición a agentes teratogénicos, deberá acceder al querer de los interesados.

El diagnóstico precoz del sexo, sin querer investigar la existencia de enfermedad ligada a éste como la hemofilia, hace sospechar que de lo que se trata es desaberlo para conservarlo o para eliminarlo, según el resultado diagnóstico. ¿Puede el

ginecobotetra prestarse para ello? La respuesta la da el sistema de principios y valores morales que lo acompañen. Recuérdese que el querer del paciente -su autonomía- no siempre puede ser tenido como deber prima facie por parte del médico. En relación con el diagnóstico prenatal, no basta que exista ese querer, sino que además hay que confrontarlo con otros principios, como son los de beneficencia, no maleficencia, y justicia. Tampoco puede olvidarse que algunos de los procedimientos utilizados para el diagnóstico son potencialmente peligrosos, es decir, que no son inocuos por completo. Además, sus costes económicos los colocan en niveles accesibles a unos pocos, trocándose con ello en recurso elitista.

En cuanto al «para qué» hacer el diagnóstico prenatal, la respuesta puede ser obvia, pero su intención, en cambio, puede ser de doble filo. Lo que se busca es establecer si el ser en gestación padece alguna alteración orgánica y conocer su severidad, de ser posible. Hasta aquí no habrá ninguna objeción moral, por cuanto se está actuando con sano criterio médico ya que los padres, los más interesados, estarían al tanto de la situación lo cual es un derecho y los médicos podrían proceder a corregir el daño lo cual es su deber, si ello fuere factible. Sucede, sin embargo, que muchas de estas situaciones no son susceptibles de corrección antenatal ni tampoco postnatal. De ahí que al tener certeza de su ocurrencia queda abierta la puerta del aborto. Lo que sigue depende no tanto del médico como sí de las convicciones legales, morales y religiosas de la pareja.

**Intervenciones innecesarias** Frente a una circunstancia dada, la pregunta fundamental de la conciencia o moral subjetiva es: «¿Qué debo hacer?» Recuérdese que no todo lo que se puede hacer se debe hacer. Lo que "debo hacer" es aquello que, pudiéndole hacer, va a beneficiar al «otro», siempre y cuando no vaya en contra de los intereses de un tercero, ni de los de la comunidad, ni de mis principios morales, ni de las normas establecidas por la sociedad.

La ligereza en la toma de decisiones en el ejercicio de Ginecobotetra suele conducir a comportamientos incorrectos. Someter a la paciente a procedimientos quirúrgicos, sencillos complicados, sin existir plena justificación para hacerlo, es una manera incorrecta de actuar. No sólo se expone a la mujer a un riesgo injustificado, sino que además se incurre en gastos igualmente injustificados, y se afecta el presupuesto familiar o el

gubernamental, si se trata de instituciones oficiales.

La operación cesárea es una de las intervenciones que con mayor liberalidad se prodiga, debido a que hay ginecobstetras que consideran que el parto abdominal, o contranatural, es el método legítimo para enfrentar y solucionar todas las dificultades obstétricas. El hecho de que la tasa de la operación cesárea sea infinitamente menor en las instituciones de caridad que en aquellas destinadas a la atención de pacientes pudientes económicamente, obliga a tener que aceptar que el auge del parto contranatural aparea intereses distintos a los simplemente técnicos o científicos.

Existen suficientes estadísticas que señalan que el parto vaginal puede ocurrir sin exponer a la mujer o al feto a mayores riesgos de los normales, en circunstancias aparentemente desfavorables. Por supuesto que para ello se necesita que el médico ginecobstetra posea tres virtudes indispensables: ciencia, conciencia y paciencia. La falta u omisión de una de ellas se presta para que el acto médico tenga visos antiéticos o lo sea francamente. Por eso conviene reflexionar sobre la responsabilidad ética que cabe a las escuelas de Medicina formadoras de especialistas en Ginecobstetricia. Educar al aspirante en la escuela facilista, es decir, la cesarista, haciendo abstracción de la totalidad de conocimientos, recursos y habilidades que debe poseer un obstetra de verdad, es una farsa, un engaño. Con mucha frecuencia se apela a la cesárea para esquivar el compromiso profesional que representa la operatoria vaginal cuando se trata de un caso fuera de lo común. No hay duda de que el especialista (así, entre comillas) trata de ocultar su incapacidad técnica con la espectacularidad que acompaña al acto quirúrgico abdominal. En la actualidad abundan las indicaciones con que suele respaldarse la práctica del parto contranatural. El solo hecho de que se trate de una parturienta primigestante es ya indicación para acudir a la cesárea, ocultando la realidad con rótulos falsos, que permiten darle al procedimiento visos justificados.

Se sabe que la operación cesárea conlleva un riesgo materno fetal mucho más alto que el inherente al parto vaginal. Con frecuencia el ginecobstetra olvida advertir ese inconveniente, como también el relativo al incremento de los costes económicos. Cuando se actúa invocando el principio de beneficencia, los beneficios que se ofrecen deben mencionarse junto con los riesgos y los costes en dinero. En el supuesto de que el acto médico que se había pintado tan atractivo y feliz se ensombrezca por una complicación que culmine en una situación luctuosa, el profesional podrá verse expuesto entonces a un proceso judicial y disciplinario por haber

sometido a sus pacientes (madre hijo) a un riesgo injustificado, con el agravante de haber actuado omitiendo una previa y correcta información.

En Medicina, para que un paciente haga valer el principio de autonomía, debe haberse cumplido previamente la etapa de información veraz y honesta por parte del médico. Muchas embarazadas solicitan la operación cesárea porque desconocen los riesgos a que con ella se exponen. Y muchos ginecobstetras acceden a ese capricho porque no han sometido su determinación a un proceso reflexivo, claro y coherente. Recuérdese que no siempre lo autónomo se identifica con lo moral. La paciente puede pensar que la intervención cesárea es lo mejor para ella y para su hijo. Al ginecobstetra corresponde juzgar si en verdad es absolutamente favorable, o si, por el contrario, es más conveniente el parto vaginal. De ser así, el querer de la paciente sería una decisión autónoma equivocada.

En un área de salud es importancia el trato que se dé a los pacientes, donde la interacción directa que se da entre el profesional (Ginecólogo) y la paciente influirá en el embarazo y al momento de la labor de parto; ya que la poca o es casa información que recibe la misma intervendrá de forma importante en el mismo, ya que mientras mejor sea la comprensión de la madre acerca del proceso mejores serán los resultados y el apoyo de la primigesta para con el mismo viendo así la necesidad de prevención de problemas de ansiedad que puedan complicar o alargar el proceso de parto.

## **2.5.2 EMBRIOLOGÍA**

**De Wikipedia**, la embriología, o mejor dicho en términos modernos, biología del desarrollo, es la rama de la biología que se encarga de estudiar la morfogénesis, el desarrollo embrionario y nervioso desde la gametogénesis hasta el momento del nacimiento de los seres vivos. La formación y el desarrollo de un embrión es conocido como embriogénesis. Se trata de una disciplina ligada a la anatomía e histología.

El desarrollo de un embrión se inicia con la fertilización, que origina la formación del cigoto. Cuando finaliza el proceso durante el cual se generan todas las principales estructuras y órganos del producto (primer mes), el embrión se denominará feto.

La teratología (Gr. teratos, monstruo) es la división de la embriología y la anatomía patológica que trata del desarrollo anómalo (anomalías congénitas). Esta rama de la embriología se relaciona con los diversos factores genéticos o ambientales que alteran el desarrollo normal y producen los defectos congénitos.

**Características de la Embriología:**

- Llena el vacío entre el desarrollo prenatal y la Obstetricia, Medicina Perinatal, Pediatría y Anatomía Clínica.
- Proporciona conocimientos acerca del comienzo de la vida humana y las modificaciones que se producen durante el desarrollo prenatal.
- Resulta de utilidad en la práctica para ayudar a comprender las causas de las variaciones en la estructura humana.
- Aclara la anatomía macroscópica y explica el modo en que se desarrollan las relaciones normales y anómalas.
- El conocimiento que tienen los médicos acerca del desarrollo normal y de las causas de las malformaciones congénitas es necesario para proporcionar al embrión y al feto la mayor posibilidad de desarrollarse con normalidad. Gran parte de la obstetricia moderna incluye la denominada embriología aplicada.
- En la actualidad es posible el tratamiento quirúrgico del feto. El reconocimiento y la corrección de la mayoría de los trastornos congénitos dependen del conocimiento del desarrollo normal y de los trastornos que puede sufrir.
- La importancia de la embriología es obvia para los pediatras, ya que algunos de sus pacientes presentan anomalías congénitas derivadas de un desarrollo erróneo que causan la mayoría de las muertes durante la lactancia.

**BOTERO (Ginecología y Obstetricia) (1999):** Todas las células del organismo se derivan del huevo o cigoto el cual proviene a su vez de la unión de dos células progenitoras o gametos, el ovulo o célula sexual femenina y el espermatozoide o célula sexual masculina. El huevo ya fecundado da origen por mitosis a un gran número de células que por diferenciación y organización modela los diferentes

tejidos y órganos del nuevo ser.

Tanto el ovulo como el espermatozoide poseen características diferenciales que los capacitan para cumplir su función especial. Una de las más importantes es su dotación cromosómica, la cual corresponde solo a la mitad del contenido de las otras células del organismo (células somáticas), según lo anterior, toda célula somática normal en la especie humana posee 23 pares de cromosomas (46) cromosomas, que constituyen el número diploide. Uno de los miembros de cada par proviene del padre y el otro de la madre.

### **Fertilización**

Es el proceso por el cual se fusionan los gametos femeninos y masculinos. Duran 24 h aproximadamente y comprende las siguientes etapas: penetración de la corona radiada, penetración de la zona pellucida y penetración de la membrana plasmática. Simultáneamente con esta última etapa el ovocito secundario completa su segunda división meiótica y expulsa el segundo cuerpo polar hacia el exterior de su membrana. El ovocito secundario es ahora un ovulo maduro y su núcleo se denomina pronúcleo femenino. Por otra parte, el núcleo del espermatozoide aumenta de tamaño y constituye el pronúcleo masculino y su cola empieza a desaparecer. Finalmente los dos pronúcleos se aproximan en el centro del ovulo, duplican su ADN, pierden su membrana nuclear y se fusionan formando el huevo o cigoto. A continuación, los cromosomas de origen paterno y materno se reúnen y disponen en metafase y el cigoto concluye su primera división.

El proceso de fertilización produce los siguientes resultados: la restauración del número diploide de cromosomas mediante la unión de los gametos haploides de cada progenitor, la determinación del sexo según el cromosoma sexual (x o y) que contenga el espermatozoide que fertiliza el ovulo la variación de cada individuo, debido a las nuevas combinaciones de los cromosomas aportados por los gametos, los cuales, a su vez, han realizado previamente recombinaciones genéticas durante el proceso de entrecruzamiento en la primera meiosis. La fertilización parece, además, actuar como un estímulo que desencadena la segmentación a través de una serie de divisiones mitóticas del cigoto.

## **DESARROLLO PRENATAL**

DIANE PAPALIE (Psicología del Desarrollo) (2000): El proceso de desarrollo de un nuevo individuo se inicia con la fertilización. A partir de este momento el huevo o cigoto comienza una serie de divisiones mitóticas conducentes a la formación de numerosas células que se diferencian e interactúan para formar los tejidos y órganos que constituyen un individuo. Todo el proceso de desarrollo corresponde a un plan genético previamente establecido desde el momento mismo de la fertilización.

### **Etapas del Desarrollo Prenatal**

La duración promedio de gestación se lleva a efecto durante 40 semanas después de la fecundación y a lo largo del periodo prenatal un complicado programa genético influye en el desarrollo de células especializadas la única célula, fertilizada se divide rápidamente crece y se divide de nuevo para una mejor comprensión esto se distribuye en los siguientes periodos: pre embrionario, embrionario y fetal.

### **Pre Embrionario (Desde la fecundación hasta la segunda semana) Periodo del Cigoto.**

Durante esta etapa el organismo se divide se vuelve más complejo y se implanta en la pared del útero este proceso dura de diez a 2 semanas después de la concepción y termina cuando el embrión se fija en el útero dentro de las 36 horas siguientes la fecundación el cigoto unicelular entra en un periodo de mitosis, luego de 72 horas se ha dividido en 32 células y un día después llega a 70 células esta división continua hasta que la célula original se convierte en los billones de células especializadas que constituyen a una persona a medida de que el ovulo fecundado se divide avanza su recorrido por las trompas de Falopio y se implanta en el útero, el cual llega al cabo de 3 a 4 días cuando esto sucede su forma ha pasado a ser la de una esfera llena de fluido llamado blastocito que flota libremente dentro del útero por uno o dos días algunas células localizadas en el borde del blastocito se ubican hacia un lado para formar el disco embrionario una masa celular voluminosa donde se desarrollara el bebe, en esta masa se diferencian dos capas, la superior El Ectodermo, se convertirá en la capa exterior de la piel, el cabello, los dientes, los órganos

sensoriales y el sistema nervioso, incluidos el cerebro y la espina dorsal, la capa inferior El Endodermo se convertirá en el sistema digestivo, el hígado, el páncreas, las glándulas salivales, el sistema respiratorio, luego se desarrolla una capa intermedia El Mesodermo, que habrá de convertirse en una capa interior de la piel, los músculos, el esqueleto, el aparato excretor y el sistema circulatorio.

Durante esta etapa, otras partes del blastocito se desarrollan para convertirse en los órganos que nutrirán y protegerán al niño por nacer: la placenta, el cordón umbilical y el saco amniótico. La placenta, un inusual órgano multipropósito se conecta con el embrión por medio del cordón umbilical; a través de este, la placenta suministra oxígeno y nutrientes al bebé en desarrollo y retira los desechos de su cuerpo. También ayuda a combatir las infecciones internas y le concede inmunidad al bebé ante diferentes enfermedades.

Produce las hormonas que sostienen el embarazo, prepara los senos de la madre para la lactancia y llega a estimular las contracciones uterinas que sacaran al bebé del cuerpo de la madre, el saco amniótico, es una membrana llena de fluido que envuelve al bebé protegiéndole y dándole un espacio para moverse.

El Troblasto la capa celular exterior del blastocisto, produce unas estructuras muy pequeñas en forma de hilos que penetran la pared uterina y le permiten al blastocisto sujetarse hasta su implantación, después de la implantación el blastocisto tiene cerca de 150 células y cuando está totalmente adherido el útero es un embrión.

### **Etapa Embrionaria(Desde la semana 2 hasta la semana 8 a 12)**

#### **Desarrollo durante la etapa embrionaria.**

Durante esta etapa se desarrollan los órganos y los principales sistemas del cuerpo, respiratorio, digestivo y nervioso, debido a que el crecimiento y el desarrollo se presentan con gran rapidez este es un periodo crítico en que el embrión es muy vulnerable a las influencias del ambiente prenatal, un periodo crítico es un intervalo específico durante el desarrollo cuando un hecho o suceso tiene un mayor impacto, un sistema orgánico o una estructura que estén en desarrollo en este lapso tienen una mayor probabilidad de resultar afectados, una estructura o un órgano casi desarrollados correrán un peligro mucho menor, casi todos los defectos que se producen durante el desarrollo ( paladar hendido, miembros incompletos o carencia



de ellos ceguera o sordera, lo hacen durante el primer trimestre de embarazo, los defectos también se pueden presentar al final del periodo de gestación pero tienen la posibilidad de ser menos graves, los embriones con defectos muy severos no sobreviven más allá de este tercer trimestre críticos y son abortos espontáneos

### **Etapa Fetal (Desde las semanas 8 a 12 hasta el nacimiento)**

Con la aparición de las primeras células óseas alrededor de la octava semana, el embrión empieza a convertirse en feto, hacia la semana 12, el organismo está completo en esta etapa, hasta el momento de nacer se desarrollan “Los Toques de acabado” como uñas de manos, pies y párpados, el cuerpo cambia de forma y crece casi 20 veces en longitud.

La aparición de las primeras células óseas alrededor de la octava semana se considera el comienzo de la etapa fetal, sin embargo como algunos órganos continúan en periodo de formación más allá de este tiempo, en ocasiones las primeras 12 semanas se considera periodo embrionario, durante esta etapa el feto crece con rapidez y los órganos y sistemas del cuerpo se hacen cada vez más complejos.

## **DESARROLLO DEL EMBRION Y DEL FETO**

### **Primer Mes:**

El crecimiento es más rápido que en cualquier otro momento de la vida prenatal o posnatal, el embrión alcanza un tamaño 10.000 veces mayor que el cigoto, al final del primer mes, mide casi 1.25 cm de largo.

La sangre fluye a través de sus venas y arterias, las cuales son muy pequeñas, tiene un corazón minúsculo que late 65 veces por minuto, ya tiene los primeros indicios de cerebro, riñones, hígado y tracto digestivo, el cordón umbilical que es su línea de vida con la madre, al observarlo de cerca por medio del microscopio, es posible ver las perturbaciones de la cabeza que habrán de convertirse, en ojos, oídos, boca, nariz, el sexo aun no está definido.

### **Segundo Mes:**

Al final del segundo mes el feto tiene menos de 2.5 cm de longitud y solo pesa 1-3 de onza, la cabeza ocupa la mitad de la longitud total del cuerpo, las partes de la cara se han desarrollado con claridad y presenta los esbozos de la lengua y los dientes,

los brazos tienen manos, dedos y pulgares, las piernas, rodillas, talones y dedos, posee una capa delgada de piel y se pueden apreciar las huellas dactilares y plantares, las células de los huesos aparecen alrededor de la octava semana.

Los impulsos cerebrales coordinan el funcionamiento del sistema orgánico, los órganos sexuales están en desarrollo, el latido cardíaco es firme, el estómago produce jugos digestivos y el hígado, células sanguíneas, los riñones retiran el ácido úrico de la sangre, la piel es lo bastante sensible como para reaccionar ante la estimulación táctil, si se golpea a un feto de ocho semanas que a sido abortado, reacciona doblando el tronco, extendiendo la cabeza y moviendo sus brazos hacia atrás.

### **Tercer Mes:**

Al final de tercer mes, el feto pesa cerca de una onza y mide alrededor de 7.5 cm de longitud, tiene las uñas de los dedos de manos y pies, párpados aun cerrados, casi cuerdas vocales, labios y nariz prominente, la cabeza todavía es muy grande casi un tercio de longitud de lo total, y la frente es amplia, es sexo se puede determinar con facilidad.

Los sistemas orgánicos funcionan de manera que el feto respira, absorbe el líquido amniótico hacia los pulmones y luego lo expulsa, en ocasiones orina, las costillas y vertebras son de tejido cartilaginoso.

En este momento el feto puede dar muchas respuestas especializadas, puede mover las piernas, los pies, los pulgares y la cabeza, puede abrir y cerrar la boca y aspirar, al tocar sus párpados tuerce sus ojos,, al tocar la palma de su mano hace un ligero movimiento como cerrando el puño, si se toca sus labios hace un mecanismo de succión y al tocar sus pies sus dedos se doblaran, estos reflejos están presentes al momento de nacer pero van desapareciendo durante los primeros meses de vida.

### **Cuarto Mes:**

El cuerpo crece en proporción con la cabeza la cual ahora solo cubre un cuarto de la longitud total, la misma proporción que tendrá al nacer, para este momento el feto mide 20 cm a 25 cm y pesa cerca de 6 onzas, el cordón umbilical es tan largo como el feto y continuara creciendo igual que el feto, la placenta alcanza su total desarrollo.

La madre podrá sentir los pies de su bebe cuando este patea en un movimiento llamado pataleo, como algunas sociedades y grupos consideran que es el comienzo de la vida humana, los movimientos reflejos que aparecieran en el tercer mes ahora son mas vivaces debido al creciente desarrollo muscular.

#### **Quinto Mes:**

El feto crece ahora entre 12 onzas y una libra y mide casi 30 cm comienza a mostrar signos de su personalidad, tiene patrones definidos de sueño- actividad, adopta una posición favorita en el útero y se vuelve más activo patea se estira, tiene hipo, al poner el oído en el abdomen de la madre se es capaz de oír los latidos cardiacos del feto, las glándulas sudoríparas y sebáceas funcionan, el aparato aun no está suficientemente desarrollado como para permitir la vida del feto fuera de la matriz por lo común un bebe que nace en este tiempo no logra sobrevivir.

Comienza a crecer el vello rudimentario que habrá de formar cejas y pestañas en la cabeza aparece cabello delgado y un vello con aspecto lanoso, conocido como lanugo, cubre el cuerpo.

#### **Sexto Mes:**

El ritmo del crecimiento fetal a disminuido un poco a finales del sexto mes el feto mide cerca de 35 cm y pesa 1 y un cuarto lb, tiene almohadillas de grasa bajo la piel los ojos están completos y se abren y cierran y se mueven en todas direcciones, el feto puede oír, llorar y cerrar el puño con fuerza, un feto que nace durante este mes solo tiene una pequeña posibilidad de sobrevivir debido a que el sistema respiratorio aun no esta maduro, sin embargo algunos en esta edad han sobrevivido fuera del útero.

#### **Séptimo Mes:**

Hacia el final de séptimo mes el feto tiene 40 cm de longitud, pesa de 3 a 5 lb, y ha desarrollado por completo sus patrones de reflejos, llora, respira, y aspira y puede succionar el pulgar, el lanugo puede desaparecer por este tiempo o mantenerse hasta poco después del nacimiento, el cabello sigue creciendo las oportunidades de que el un feto de 3 y media lb sobreviva son bastante buenas sicuenta con la atención

medica intensiva, es probable que requiera permanecer en una incubadora hasta que alcance un peso de 5 lb.

#### **Octavo Mes:**

El feto de ocho meses mide entre 45 y 50 cm y pesa entre 5 y 7 lb, el espacio para mover sus caderas se reduce, de modo que los movimientos disminuyen , durante este mes y el siguiente, se desarrolla una capa de grasa que envuelve todo el cuerpo del feto y que le permite ajustarse a las variaciones de temperatura fuera del útero.

#### **Noveno Mes:**

**Casi una** semana antes de nacer, el feto deja de crecer y alcanza un peso promedio de 7 y media lb y una longitud cercana o ligeramente superior a 50 cm, los niños tienden a ser un poco más grandes y pesados que las niñas, la formación de las almohadillas de grasa continua, los sistemas orgánicos funcionan de una manera mas eficiente, el ritmo cardiaco aumenta y se expulsan mas desechos a través de cordón umbilical, el color rojizo de la piel se aclara al nacer el feto habrá pasado alrededor de 266 días dentro de la matriz, aunque la edad gestacional suele fijarse en 280 días ya que la mayoría de los médicos calculan el embarazo a partir del último periodo menstrual de la madre.

#### **DESARROLLO DE LA PLACENTA**

MARBAN (OBSTETRICIA) (2000) : Durante la segunda semana el Trofoblasto, forman los vellos primarios, poco después estos se ramifican y en su parte central se forma un tejido mesenquimatoso, con lo cual quedan constituidos los vellos secundarios que recubren completamente la superficie del corion, muy rápidamente las células mesenquimales allí presentes se diferencian para formar capilares sanguíneos que caracterizan los vellos terciarios, simultáneamente aparecen otros capilares en el cordón umbilical, en el saco vitelino y en el interior del embrión.

Hacia el final de la tercera semana la sangre empieza a circular a través de dichos capilares, simultáneamente las células citotroblastica de los vellos rápidamente proliferan, penetran la capa de sinciotroblasto que adhiere el saco corionico y se reúnen para constituir la cubierta citotroblastica que adhiere el saco corionico a los tejidos maternos. Como resultado de la anterior proliferación se presenta una confluencia entre lagunas trofoblasticas y vasos rotos constituyendo los espacios

intervallos dentro de los cuales circula sangre materna, los vellos que unen los tejidos maternos a la cubierta citotrofoblastica se denominan vellos de anclaje o de fijación y de ellos se desprenden múltiples vellos libres hacia los espacios intravellosos, a través de estos últimos se realiza principalmente el intercambio de materiales entre las circulaciones materna y fetal, al iniciarse la cuarta semana de desarrollo se encuentran establecidos los elementos estructurales básicos para el intercambio fisiológico entre la madre y el embrión.

Hacia la octava semana numerosos vellos recubren completamente la superficie externa del saco corionico, a medida que este aumenta su volumen, comprime los vellos contra el endometrio más próximos en la cavidad uterina decidua capsular, lo anterior causa una disminución en la circulación y por lo tanto viene la degeneración y la reducción de dichos vellos corion leve.

Los vellos situados hacia el corion mas cercano al embrión, proliferan, aumentan el tamaño y se fijan al endometrio subyacente decidua basal, esta región del saco corionico se denomina corion frondoso y constituye el componente fetal de la placenta o placa coriónico, el componente materno o lamina decidua corresponde a la parte del endometrio decidua basal hacia donde se presenta una mayor proliferación de vellos a medida que estos invaden la decidua basal delimitan en ellas zonas de tejido llamadas septos placentarios, los cuales determinan en la superficie de la placenta numerosas áreas de aspecto irregular denominadas cotiloideas, cada uno de estos constan de dos o más vellos de anclaje o de fijación y sus ramificaciones o vellos libres

## **CAPACIDADES Y ACTIVIDADES PRENATALES**

DIANE PAPALIE (Psicología del Desarrollo)(2000) : Los fetos no son pasajeros pasivos dentro del vientre de la madre, ellos giran, patean, flexionan sus cuerpo, se retuercen, aspiran, cierran el puño, tienen accesos de hipo y a se chupan el pulgar, responden a las vibraciones y sonidos demostrando que pueden oír y sentir.

El sistema vestibular del feto en el oído medio, este sistema controla el equilibrio, comienza a funcionar alrededor del cuarto mes de gestación y probablemente le

permite al feto sentir los cambios posturales de la madre.

Incluso dentro de la matriz, cada feto es un ser humano único, con frecuencia las mujeres que han tenido más de un hijo han notado la actividad fetal de un bebé a otro.

Los fetos se mueven de diferente forma algunos mueven el pie o golpean con sus manos, otro gira lentamente y un tercero realiza movimientos fuertes y espasmódicos, las diferencias en clase o cantidad de la actividad fetal parecen predecir el nivel de actividad, tranquilidad o resistencia que tendrá un bebé durante el primer año de vida, algunos de estos patrones parecen persistir hasta la edad adulta y refirman la noción de temperamento innato, gracias al ultrasonido se ha aprendido mucho acerca del movimiento fetal.

### **2.5.3 Proceso de parto**

#### **Hormonas del Nacimiento**

Dra. Sarah J Buckley MD 2009 (Nacimiento extático. Nuestra herencia genética hormonal para el trabajo de parto), manifiesta en su artículo, cuatro de nuestros principales sistemas hormonales están activos durante el trabajo de parto y parto. Estos producen, durante este período, niveles altos de Oxitocina, la hormona del amor; endorfinas, hormonas del placer y la trascendencia; adrenalina y noradrenalina, hormonas de la excitación; y prolactina, hormona de la ternura maternal. Estos sistemas son comunes a todos los mamíferos y se originan en nuestro cerebro mamífero o cerebro medio, también conocido como sistema límbico.

#### **Oxitocina**

Quizá la más conocida de las hormonas del nacimiento sea la Oxitocina, la hormona del amor, la cual es secretada durante la actividad sexual, el orgasmo masculino y femenino, el parto y la lactancia. La Oxitocina genera sentimientos de amor y altruismo; como dice Michel Odent: “En cualquier faceta del amor está involucrada la Oxitocina”.

La Oxitocina se produce en el hipotálamo, en lo profundo del cerebro mamífero, y se almacena en el lóbulo posterior de la pituitaria, la “glándula maestra” del sistema

endocrino (hormonal), de donde es liberada por pulsaciones. Es una hormona muy importante para la reproducción y es mediadora de los reflejos de eyección: eyección del espermatozoide en el orgasmo masculino (y el reflejo correspondiente de introyección durante el orgasmo femenino); el reflejo de eyección fetal en el parto (frase acuñada por Odent, referente a las poderosas contracciones producidas al final de un trabajo de parto respetado, durante el cual el bebé nace rápida y fácilmente); en el posparto, el reflejo de eyección de la placenta y el reflejo de eyección o bajada de la leche en la lactancia materna.

También alcanza niveles altos en otras situaciones: la Oxitocina es secretada en grandes cantidades durante el embarazo, con el fin de aumentar la absorción de los nutrientes; reducir el estrés; y conservar la energía ya que nos hace más soñolientas. La Oxitocina también favorece las contracciones rítmicas durante el trabajo de parto, y los niveles aumentan durante el nacimiento con el estímulo producido por el bebé sobre los receptores situados en la parte baja de la vagina o canal de parto al descender el bebé.

Los niveles altos de Oxitocina durante el trabajo de parto también benefician al bebé. Las investigaciones han encontrado que la Oxitocina materna cruza la placenta y penetra en el cerebro del bebé durante el trabajo de parto, protegiendo las células cerebrales al desactivarlas para que consuman poco oxígeno, justo en el momento en el que disminuye el aporte de sangre oxigenada al cerebro del bebé.

Los niveles altos de Oxitocina materna continúan produciéndose después del parto, durante el alumbramiento de la placenta, y se incrementan con la succión del bebé durante el pre-amamantamiento y la lactancia materna. Estos niveles altos de Oxitocina materna la protegerán también de una hemorragia posparto durante este periodo tan sensible, al mantener contracciones uterinas eficientes.

El bebé también ha estado produciendo Oxitocina durante el trabajo de parto, contribuyendo así al proceso del parto de esta manera, en los minutos posteriores al nacimiento, ambos, mamá y bebé quedan inmersos y suspendidos en un óctel hormonal de “calma y conexión”. En este tiempo la continua producción de Oxitocina aumenta por la mirada y el contacto piel con piel. Los niveles en el recién

nacido se mantienen durante una hora después de nacer, pero durante al menos 4 días más se mantendrán en niveles más altos de lo habitual. Durante la lactancia materna los niveles de Oxitocina se mantendrán altos, hasta la activación del nervio vago.

Durante la lactancia, la Oxitocina es la mediadora del reflejo de eyección de la leche, la cual es secretada por pulsiones al succionar al bebé. Durante los meses y años de lactancia, la Oxitocina continúa actuando para mantener a la madre relajada y bien nutrida. La experta e investigadora en Oxitocina Dra. Kerstin Uvnäs-Moberg la llama “Un eficiente sistema anti-estrés, el cual previene muchas enfermedades a largo plazo”. En su estudio, las madres que amamantaron por más de siete semanas, eran más tranquilas, cuando sus bebés tenían seis meses de edad, que las madres que no habían amamantado.

Además de su rol en la reproducción, la Oxitocina es secretada en otras situaciones de amor y altruismo, por ejemplo, al compartir una comida. Los investigadores han asociado un mal funcionamiento del sistema de la Oxitocina en condiciones como la esquizofrenia, el autismo, las enfermedades cardiovasculares, y la drogadicción, y han sugerido que la Oxitocina puede potenciar el efecto antidepresivo de drogas como el Prozac.

Algunas investigaciones recientes sugieren que secretamos Oxitocina en las interacciones de confianza entre individuos, las cuales reflejan su influencia al disminuir la actividad de la amígdala, la estructura cerebral que procesa las emociones de miedo y huida.

### **Beta-endorfinas**

Como un opiáceo natural, la beta-endorfina tiene propiedades similares a drogas opiáceas como el Demerol (petidina, meperidina), la morfina o la heroína, y se ha demostrado que trabaja en los mismos receptores del cerebro. Como la Oxitocina, la beta-endorfina son secretadas por la glándula pituitaria, (y otras partes del cerebro y sistema nervioso) y están presentes en niveles altos durante la actividad sexual, el embarazo, el parto, y la lactancia.

La beta-endorfina son también hormonas del estrés, liberadas bajo condiciones de



gran esfuerzo o dolor, cuando actúan como analgésicos, y, al igual que otras hormonas del estrés, suprimen el sistema inmune. Este efecto puede ser importante para prevenir o evitar que el sistema inmune de la mujer embarazada actúe en contra su bebé, cuando su material genético sea distinto al de ella.

Al igual que los opiáceos adictivos, las beta-endorfinas inducen sentimientos de placer, euforia, y dependencia o mutua dependencia con el compañero. Los niveles de beta-endorfinas son altos durante el embarazo y aumentan en el trabajo de parto, cuando los niveles de beta-endorfina y corticotrofina (otra hormona del estrés) alcanzan los mismos niveles que en los atletas masculinos durante el máximo esfuerzo atlético. Estos niveles altos ayudan a la mujer a transformar el dolor y entrar en un estado alterado de la conciencia característico de un parto sin intervenciones.

Las beta-endorfinas tienen relaciones complejas y no del todo conocidas con otros sistemas hormonales. Durante el trabajo de parto, sus altos niveles inhiben la liberación de Oxitocina. Esto tiene sentido, ya que cuando el dolor o nivel de estrés son muy altos, las contracciones se harán más lentas, entorpeciendo el trabajo de parto, adaptando el parto al estrés fisiológico o psicológico.

Las beta-endorfinas también facilitan la liberación de prolactina durante el trabajo de parto, la cual prepara los senos de la madre para la lactancia, y ayuda a la maduración final de los pulmones del bebé.

Las beta-endorfinas también son importantes en la lactancia. Su nivel alcanza el tope en la madre a los 20 minutos y también están presentes en la leche materna, induciendo una placentera y mutua dependencia entre madre e hijo en su creciente relación.

### **Hormonas de lucha o huida**

Las hormonas adrenalina y noradrenalina son también conocidas como las hormonas de lucha o huida, o colectivamente, como catecolaminas. Son secretadas por las glándulas adrenales, localizadas en la parte superior de los riñones como respuesta al estrés producido por miedo, ansiedad, hambre o frío, así como por la excitación, cuando se activa el sistema nervioso simpático para luchar o huir. La

noradrenalina también forma parte importante del sistema de atención que activa la respuesta de lucha o huida e incrementa el estado de alerta.

El trabajo de parto puede inhibirse por altos niveles de catecolaminas (CAs) liberadas en este período, las cuales tienen un efecto inhibitorio sobre el músculo uterino, y posiblemente una reducción en la producción de Oxitocina, como se ha observado en ratones. Como parte de la respuesta de lucha o huida, las catecolaminas también actúan reduciendo el flujo sanguíneo hacia el grupo de músculos mayores: derivando esto en una reducción de sangre también hacia el útero y la placenta, (y por lo tanto también al bebé).

Esto tiene sentido para los mamíferos que paren en la naturaleza, donde la presencia de un peligro activa el reflejo de lucha o huida, inhibiendo el trabajo de parto y suministrando la energía muscular necesaria para huir hacia un lugar seguro.

En los humanos, los niveles altos de catecolaminas han sido asociados con trabajos de parto más largos y patrones de latido cardíaco fetal adversos (indicación de estrés por la reducción de sangre y oxígeno al bebé). Estos descubrimientos refuerzan nuestro entendimiento acerca de que todas las hembras mamíferas, necesitan sentir seguridad y privacidad, no pueden ser observadas durante su trabajo de parto, esto sugiere que cuando no se dan estas condiciones, se contribuye a que se presenten complicaciones durante el “cuidado materno” moderno: haciendo más lento el trabajo de parto e induciendo un sufrimiento fetal.

Después de un trabajo de parto no interferido, cuando el nacimiento es inminente, estas hormonas actúan de diferente manera. Un repentino incremento en los niveles de catecolaminas (CAs), puede activar el “reflejo de eyeción fetal”. La madre experimenta entonces una repentina sensación de energía; normalmente adoptará de forma instintiva una posición erguida en estado de alerta, y puede sentir la boca seca y la respiración superficial asociados con niveles altos de adrenalina, y tal vez tenga también la necesidad de agarrar y apretar algo. Puede expresar miedo, enojo, o excitación, y la liberación de catecolaminas causará varias contracciones muy intensas, a las que responderá pujando favoreciendo un parto rápido y fácil. Este reflejo no se activará, si hay interferencias.

Este modelo fisiológico está respaldado por estudios que muestran que los niveles bajos de adrenalina inhiben la contractilidad uterina, mientras que los niveles altos mezclados de adrenalina/noradrenalina, secretados cuando no hay interferencias, incrementan las contracciones. Otros estudios también demuestran un amplio rango de catecolaminas (CAs) maternas durante el parto, en algunas mujeres con altos niveles de adrenalina o noradrenalina de 5 a 10 veces más que otras.

Algunos asistentes del parto han hecho buen uso de este reflejo cuando una mujer está teniendo dificultades en la segunda fase del parto (el expulsivo). Por ejemplo, una antropóloga que trabajaba con una tribu indígena canadiense registró que cuando una mujer tenía dificultad para parir, la gente joven de la comunidad se reunía para ayudar. Lo que hacían era gritar repentina e inesperadamente cerca de ella, de manera que la fuerte impresión reactivaba el reflejo de eyección fetal y favorecía un parto más rápido.

Después del parto, los niveles de catecolaminas (CAs) en la madre, bajan precipitadamente y como resultado ella puede sentir frío o temblores. Es importante mantener una atmósfera cálida; si no se le garantiza a la madre un entorno caldeado, el estrés producido por el frío aumentara los niveles de catecolaminas (CAs), inhibiendo las contracciones uterinas e incrementando el riesgo de una hemorragia posparto.

La noradrenalina, como parte del coctel extático, también está relacionada con la conducta instintiva materna. Se ha observado que los ratones con deficiencia de noradrenalina no cuidan de sus crías después del nacimiento, a menos que se les inyectara esta sustancia.

También para el bebé el nacimiento es un acontecimiento excitante y estresante, reflejado en los altos niveles de catecolaminas (CAs). En la fase final del trabajo de parto, el bebé experimenta un aumento de catecolaminas, que le ayudan durante el parto protegiéndolo de los efectos de la falta de oxígeno (hipoxia). Estas hormonas también preparan al bebé para su vida fuera del útero, favoreciendo su función pulmonar; aumentan los fluidos metabólicos; y activan el sistema termorregulador del recién nacido, dándole calor.

Además, los niveles altos de catecolaminas (CAs) garantizan que el bebé este despierto y alerta en su primer contacto con la madre. Los niveles de catecolaminas del bebe también caerán rápidamente después de un parto no interferido, siendo confortado por el contacto piel a piel con su madre. Esta reducción de catecolaminas es importante ya que estas hormonas pueden ser perjudiciales metabólicamente, al incrementar el consumo de glucosa en un momento en el que las reservas del bebé son muy limitadas.

### **Prolactina**

Conocida como la hormona maternal, la prolactina es la hormona principal para la lactancia materna. Tradicionalmente se le ha atribuido ser la causante de las conductas de agresividad materna para proteger al bebé (efecto de “madre leona”) en las mujeres que amamantan, y algunos estudios en humanos sugieren que la prolactina aumenta el estado de alerta en las nuevas madres.

Los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo, aunque la producción de leche está inhibida hormonalmente hasta que se expulsa la placenta. Los niveles bajan durante el trabajo de parto, pero posteriormente aumentan durante el parto y mantienen ese nivel durante varias horas.

La prolactina es también la hormona de la sumisión o sometimiento (en grupos de primates, el macho dominante tiene el nivel más bajo de prolactina), y produce cierto grado de ansiedad. Durante la lactancia materna este efecto activa el estado de alerta en la madre, ayudándola a satisfacer en primer lugar las necesidades de su bebé.

El bebé también produce prolactina durante el embarazo, y sus niveles son altos durante el trabajo de parto, ayudando a que su sistema respiratorio se adapte a su nuevo funcionamiento, además de regular su sistema térmico.

En todo el proceso del parto intervienen varias manifestaciones biológicas naturales como es la liberación de varias sustancias que ayudaran al buen desarrollo normal del mismo.

### **Síntomas del parto**

Los síntomas del comienzo del trabajo de parto son 3:

- Pérdida del tapón mucoso.
- La rotura de la bolsa de las aguas.
- Las contracciones rítmicas y sostenidas.

### **Pérdida del tapón mucoso**

El tapón se puede perder 2 ó 3 semanas antes de la fecha. Es un flujo espeso, gelatinoso, grisáceo a veces mezclado con algo de sangre pues al desprenderse se puede romper capilares del cuello interno (donde estaba adherido durante el embarazo). Simplemente significa que empieza a madurar. La pérdida del tapón solo tiene importancia si ocurre junto con las primeras contracciones rítmicas, entonces podría ser otro indicio del comienzo del trabajo de parto.

### **La rotura de la bolsa de las aguas**

Cuando el cuello comienza a modificarse suele acumularse parte del líquido amniótico debajo de la cabecita del bebé formando la bolsa de las aguas. Es tan normal que se rompa (saliendo líquido de manera incontrolable) al inicio como en el curso o al final de la dilatación. La mamá debería tener en su casa apósitos estériles y los últimos días llevar uno en su cartera ya que una vez rota la bolsa el camino hacia el bebé está abierto y existe un cierto peligro de infección. Otro "peligro" sería la procedencia del cordón umbilical, es decir que el cordón salga por la vagina antes que el bebé. Esto ocurre casi nunca, pero para prevenir cualquier inconveniente mientras la mamá está en su casa es aconsejable que se quede en la cama acostada o semisentada y solo se levante para tomar una rápida ducha y para internarse. Siempre se tendría que fijar en el olor y color del líquido; que tenga olor a limpio (semen o lavandina) y que sea transparente como el agua, solo puede estar mezclado con algo de sangre que viene del cuello del útero. En caso que el color fuera oscuro (meconio) habría que internarse, lo mismo en el caso muy raro de hemorragia.

### **Las contracciones rítmicas y sostenidas**

El motor del parto es la contracción. Se contrae el cuerpo uterino tironeando sobre el cuello (el esfínter) para abrirlo y empujando al bebé hacia la vagina. Recién cuando estas contracciones se encadenan con un ritmo de cada 5 minutos, son más largas de

medio minuto y su intensidad es tal que la mamá necesita adoptar una actitud especial para aliviarlas, consideramos que empieza el trabajo de parto. Hay que tener presente que faltan (en una primeriza) muchas horas de contracciones que se acercan, se alargan y se intensifican para llegar a la dilatación completa de (10 cm. Que corresponde al diámetro de la cabeza del bebé). De manera que la mamá y su pareja se armen de mucha paciencia, creatividad y ganas de poner en juego todo su potencial psicofísico para acompañar el proceso de parto con respuestas que lo facilitan y alivian y que abren el camino y oxigenan al bebé hasta poder vivir la emoción inolvidable de su tan ansiado nacimiento.

#### **Inicio del parto:**

- Dilatación mínima de 2 cm
- Cérnix borrado en al menos un 80%
- Presencia de contracciones rítmicas, progresivas, de intensidad moderada y que son dolorosas

#### **2.5.4 Labor de parto**

##### **Fases o Etapas Sucesivas del Parto**

DIANE PAPALIE, Psicología del Desarrollo (2000)

##### **Primera Etapa del Parto:**

La primera etapa del parto es la más larga y suele durar doce horas o más cuando una mujer va a tener su primer bebe, sin embargo el nivel de variación es bastante grande y en los partos posteriores la primera etapa tiende a ser más corta, durante este periodo las contracciones uterinas producen el ensanchamiento del cuello uterino, a este proceso se le llama dilatación, hasta que alcanza un tamaño suficiente para permitir el paso de la cabeza del bebe, al inicio las contracciones se presentan cada ocho a diez minutos y dura hasta 30 segundos, hacia el final del trabajo pueden presentarse cada dos minutos y dura entre 60 y 90 segundos.

Buena parte de la incomodidad del parto se debe a la estrechez de la parte inferior del útero, en especial del cuello uterino, antes de que pueda dilatarse lo suficiente

para permitir el paso del bebe, es necesario que se suavice y adelgace mediante un proceso llamado borramiento, el mismo y la dilatación inicial comienzan durante las últimas semanas de gestación, si el cuello cervical de una mujer se dilata con rapidez durante el trabajo de parto, ella sentirá poco o ningún dolor , sin embargo si la cérvix es rígida y se dilata a la fuerza con las contracciones del útero, estas serán dolorosas.

### **Segunda Etapa del Parto:**

La Segunda etapa del parto mas o menos a una hora y media, comienza cuando la cabeza del bebe asoma a través de la cérvix y del canal vaginal y termina cuando el cuerpo de la criatura sale por completo del cuerpo de la madre, a esta etapa se la conoce como el periodo de “pujo”, ya que la madre siente la urgencia de pujar y ayudar al progreso del parto mediante la presión con sus músculos abdominales en cada contracción, esto va ayudar al bebe a salir, si esta etapa dura mas de dos horas, el medico deberá agarrar la cabeza del bebe mediante el fórceps, para tirar y sacarlo de la madre, esta etapa termina cuando el bebe nace, aun esta unido con el cordón umbilical a la placenta, la cual se encuentra dentro del cuerpo de la madre.

### **Tercera y Cuarta Etapa del Parto**

Durante la tercera etapa, que tarda entre 5 y 30 minutos, salen el cordón umbilical y la placenta, el par de horas después del alumbramiento constituye la cuarta etapa, cuando la madre descansa en la cama y se controla la recuperación del trabajo de parto y del alumbramiento, la persona que atendió a la madre en el parto puede masajear el útero para ayudarlo a contraerse, examinar la vagina y el cuello del uterino para verificar que no haya desgarres o exceso de sangrado, y revisara el pulso de la madre, la presión sanguínea y el ritmo cardiaco.

### **Métodos para dar a Luz**

#### **Alumbramiento con drogas**

Parte de las sociedades han desarrollado formas para acelerar el alumbramiento, facilitar el trabajo de la madre y aliviar su incomodidad, la anestesia general que deja a la mujer totalmente inconsciente se usa muy rara vez en la actualidad, mas común es la aplicación de anestesia local que bloque los conductos nerviosos que llevan la

sensación de dolor al cerebro, otra forma es de dar analgésico relajante a la madre, todas estas drogas pasan por la placenta y entran al torrente sanguíneo y a los tejidos del feto.

### **Parto Natural y Parto Preparado**

En 1914 un médico británico Grantly Dick Read, anunció que el parto no era inevitable si no que su causa principal era el miedo, para eliminar el temor desarrolló el concepto de parto natural, que incluye educar a la mujer en fisiología de la reproducción y del alumbramiento, y entrenarlas en técnicas de respiración, relajación y acondicionamiento físico. Hacia mediados del siglo, el Doctor Fernand Lamaze comenzó a aplicar el método psicoprofiláctico o parto preparado, esta técnica obstétrica sustituyó con nuevas respuestas de respiración y control muscular, las viejas respuestas de miedo y dolor ante las sensaciones de las contracciones uterinas, este método de parto se ha hecho más popular en los Estados Unidos y el incluye la enseñanza de la anatomía y la fisiología del parto para reducir el miedo, el entrenamiento en técnicas como respiración rápida y jadeo para aliviar el dolor, y el enfoque en sensaciones diferentes a las contracciones del nacimiento.

### **Parto por Cesárea**

Es un procedimiento quirúrgico para retirar el feto del útero, esta es una práctica común cuando el trabajo de parto no progresa tan rápidamente como debiera, el bebé parece estar en problemas, o la madre presenta sangrado vaginal, resulta frecuente que se requiera de una cesárea cuando el bebé se encuentra en posición podálica o en posición transversal, o cuando la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre.

Hay mayor probabilidad de recurrir a procedimientos quirúrgicos cuando es el primer bebé cuando el niño es muy grande o la madre es de mayor edad al promedio.



**VARIABLE DEPENDIENTE:** Efectos de la Ansiedad Materna

### **2.5.5 Salud mental**

La Salud mental es el equilibrio entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos, generalmente provoca consecuencias como un trastorno mental, el cual puede manifestarse por sentir un malestar continuo que afecta no solo a la persona, sino al mundo que la rodea.

Merriam-Webster define salud mental como: “el estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.”

**La OMS**, manifiesta que la salud mental como el estado de equilibrio en todas las áreas de la vida, en plena conciencia de las propias capacidades necesarias para lograr una vida afrontando las vicisitudes cotidianas de buena manera en un entorno socialmente adaptado pudiendo ser productiva y fructífera en su trabajo.

Informe sobre Salud Mental (2001) expresa que: Para todos los individuos, la salud mental física y social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes, cuanto mayor son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia de la Salud Mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la Salud Mental, concepto que abarca entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía y la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental, se admite no obstante que el concepto de Salud Mental es mas amplio que la ausencia de los Trastornos Mentales.

Los conocimientos sobre Salud Mental y en términos más generales, sobre el

funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

#### **2.5.6. Psicología clínica**

**Según AEPA**, Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, LA Psicología clínica es una disciplina científico- profesional con historia e identidad propia y cuyos objetivos son la evaluación y el diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los Trastornos Psicológicos o Mentales, la Psicología Clínica coincide con la Psiquiatría en que su objeto es el trastorno mental no la enfermedad de tal manera que las funciones profesionales de estos convergen en gran medida, tanto el psicólogo clínico como el psiquiatra se encuentran suficientemente capacitados para el diagnóstico y el establecimiento y la estrategia terapéutica más conveniente en cada caso por lo que se impone la cooperación desde el reconocimiento de las distintas competencias.

En si es un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas de esta al estudio del comportamiento anómalo, aquel que supone algún trastorno para el individuo y/o para otros, el estudio del comportamiento por parte de la Psicología Clínica se interesa principalmente en hacer un psicodiagnóstico, cara a identificar el trastorno, en analizar la condición psicopatológica, cara a una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, a remediar el problema y su caso a prevenirlo, esta dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos, en particular métodos psicodiagnóstico, modelos psicopatológicos, y procedimientos psicoterapéuticos, en todo caso ello a llegado hacer así en virtud de un proceso histórico de acumulación de saber científico y técnico y de institucionalización y de reconocimiento social, este reconocimiento social se pone claramente de manifiesto en la definición de las actividades del Psicólogo Clínico que recoge la enciclopedia Británica, una de las más prestigiosas enciclopedias de mundo bajo tres epígrafes: evaluación (incluyendo diagnóstico), tratamiento e investigación.

#### **2.5.7. Trastornos de Ansiedad.**

Según Manual de Psiquiatría Tomo I (Asociación Española de Psiquiatría del Niño Y del Adolescente, 2010) refiere que la palabra Ansiedad proviene del termino latino Angere · Estrechar·, que ha su vez deriva del griego anjo, hace referencia aun malestar físico intenso, que se expresa en forma de respiración anhelante, el sujeto siente falta de aire, que tiene una opresión en el pecho y que no puede respirar. (Mardomingo, 2008).

La Ansiedad forma un amplio capítulo de las emociones, al que tanta atención a prestado atención la filosofía occidental, Aristóteles creía que el corazón era la “fuente de los nervios”, Galeno diferenciaba las emociones de los pensamientos y en el siglo XIX todavía se creía que el corazón era el órgano donde se centraba las emociones, un siglo antes Descartes sostenía en su obra Las Pasiones del Alma que la glándula pineal era el punto de confluencia del alma (res cogitans) y del cuerpo (res extensa), la epífisis le roba al corazón la supremacía en el mundo de las emociones y el cerebro se vislumbra como el órgano rector del comportamiento humano, por su parte Pascal (1623-1662) afirmaría : “ El corazón tiene razones que la razón no entiende” a lo que Spinoza (1632-1677) respondería afirmando que las emociones se supeditan a la razón, principio supremo del orden y rigor.

Las investigaciones de Cannon(1929), Bard(1928), Fulton(1929) Mclean (1949) y Rodríguez- Delgado (1972) demuestran que el Sistema Límbico, tálamo, la amígdala y el hipotálamo son estructuras cerebrales esenciales para sentir emociones.- Estos autores también ponen de manifiesto otro hecho trascendental: que las emociones se desencadenan por factores internos y externos, el miedo y la angustia surgen no solo de hechos ambientales amenazantes o peligrosas, sino también de vivencias internas ( recuerdos, ideas, imágenes y deseos), que son capaces de activar los mecanismos neurovegetativos de la ansiedad.- Asimismo, la emociones pueden generarse mediante la estimulación eléctrica de las estructuras cerebrales que las sustentan.

Los mecanismos de la ansiedad abarcan factores genéticos, temperamentales, neuroendocrinos, inmunológicos, y las circunstancias ambientales en la que transcurre la vida.

**Definición:**

El miedo es una respuesta fisiológica, que surge ante situaciones amenazantes con la finalidad de defender al individuo y a la especie de los males circundantes, su papel a lo largo de la de la evolución ha sido fundamental para la supervivencia de la especie, tiene por lo tanto una función adaptativa para el individuo, ya que le pone en alerta ante los estados potenciales.

En la Ansiedad patológica surge sin que exista un peligro o amenaza objetivable o porque aun existiendo ese peligro la respuesta es desproporcionada en intensidad y duración.

La Ansiedad se presenta ante estímulos que se perciben como peligrosos y constituyen una amenaza externa (tener un accidente, contagiarse de una enfermedad o suspender exámenes) pero esta también puede surgir por vivencias internas (recuerdos, emociones e imágenes), que ponen en marcha los mismos mecanismos fisiológicos de alerta y defensa, la ansiedad se manifiesta en cuatro grandes grupos de síntomas:

- Neurovegetativos.
- Cognoscitivos.
- Emocionales.
- Conductuales.

Los síntomas neurovegetativos abarcan la mayoría de los órganos, desde la piel, hasta el corazón, la ansiedad que surge ante el temor de que algo malo le suceda a uno mismo o a los demás, se expresa a través de una respiración anhelante, taquicardia, dolor torácico, dolor abdominal, pánico a perder el juicio o volverse loco y en pensamientos e imágenes que se repiten en la conciencia de forma imperativa, una y otra vez, sin que se puedan evitar.

Manifestaciones clínicas de la Ansiedad varían con la edad y, por lo tanto, con el desarrollo cognoscitivo y emocional del sujeto (Weems y Costa, 2005).

Desde el punto de vista psicopatológico existen tres tipos de Ansiedad:

- La Ansiedad como respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida: es decir, como una experiencia normal.

- La Ansiedad como síntoma de diferentes enfermedades médicas y psiquiátricas.
- La Ansiedad como entidad específica: abarca el amplio campo de los Trastornos de Ansiedad.

Las características de la Ansiedad dependen de las características personales del individuo, vivencias que haya tenido, la educación y el ambiente en el que vive.

La capacidad intelectual modula la percepción que el sujeto tiene de la vida y la interpretación que hace de los acontecimientos, las emociones y la memoria aportan el contenido afectivo de la experiencia concreta y, por último las características temperamentales y la educación recibida influyen en como la ansiedad se manifiesta en el comportamiento.

## **ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA**

Por otra parte OXFORD (Psiquiatría, 1999) : La Ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazadoras, el estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o la huida, entre los que se incluyen los aumentos de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, la tensión se focaliza en la situación amenazadora, excluyendo otros asuntos, puede haber cambios adicionales a consecuencia del aumento de la actividad simpática, como el temblor, la poliuria y la diarrea, estas son respuestas normales ante situaciones peligrosas.

La Ansiedad se califica como patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada.- Las características clínicas de los trastornos de ansiedad son la ansiedad normal, varía en cuanto a la duración y a la gravedad, pero no en cuanto a su forma, hay sin embargo una diferencia importante en el centro de atención entre la ansiedad normal y patológica, en la ansiedad patológica, la atención se focaliza en la respuesta de la persona ante la amenaza, como el aumento de la frecuencia cardíaca, asociando preocupaciones sobre lo normal de esa respuesta, por ejemplo pensando que esa aceleración cardíaca indica alguna enfermedad cardíaca o preocupaciones sobre lo que terceros personas que es anormal; por ejemplo las

preocupaciones de los fóbicos.

## **CLASIFICACION**

Los trastornos de Ansiedad son aquellos síndromes en donde los síntomas de ansiedad físicos y mentales son importantes y persistentes, y no son secundarios a ningún otro trastorno, estos se clasifican en aquellos que presentan síntomas continuamente,

(Trastorno por Ansiedad Generalizada), y aquellos con síntomas episódicos, estos últimos se dividen en aquellos en los cuales la ansiedad aparece en cualquier situación (Trastorno de Pánico) los TAF se clasifican además en fobia social, simple y agorafobia, algunos pacientes tienen tanto episodios de ansiedad en la situaciones típicas descritas para la agorafobia como episodios esporádicos característicos del trastorno de pánico, en los dos sistemas de clasificación estos casos mixtos se denominan de forma diferente pánico con agorafobia en el DSM IV y agorafobia con pánico en el CIE10.

## **PREVALENCIA**

Los Trastornos de Ansiedad son frecuentes y se encuentran con frecuencia en la actividad médica habitual, sin embargo muchos pacientes no se van a quejar de ansiedad, sino que van a solicitar asistencia por algún síntoma físico de ansiedad, como palpitaciones

## **SÍNTOMAS**

### **Psicológicos**

- Miedos anticipatorios
- Irritabilidad
- Sensibilidad al ruido.
- Inquietud.
- Falta de concentración.
- Preocupaciones excesivas.

### **Físicos**

#### **Gastrointestinales**

- Sequedad de la boca
- Dificultad al tragar

Molestias epigástricas.

Meteorismo

### **Respiratorios**

Constricción en el pecho

Dificultad para la inspiración

Hiperventilación

### **Cardiovasculares**

Palpitaciones

Molestias precordiales

Percepción del latido cardiaco

### **Genitourinarios**

Micción frecuente o urgente

Disfunción eréctil

Molestias menstruales

Amenorrea

### **Sistema Neuromuscular**

Temblor

Parestesias

Tinnitus

Mareo

Cefalea

Dolores Musculares

### **Trastornos de Sueño**

Insomnio

Terrores Nocturnos

### **Otros Síntomas**

Depresión

Obsesiones

Despersonalización

## **Pautas Diagnosticas según el DSM IV TR**

### **Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

**B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
3. desrealización
4. despersonalización
5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

**C.** El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

**D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

**E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).



**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

**G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

**H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

### **Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada**

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la

posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

### **Criterios para el diagnóstico del trastorno debido a enfermedad médica**

**A.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

**B.** A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

**C.** Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

**D.** Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si: Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades. Con

crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia. Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

### **2.5.8 Ansiedad Materna.**

#### **Síntomas de la ansiedad en el embarazo.**

Olza, 2008 manifiesta lo siguiente: Es necesario insistir en la necesidad de evitar al máximo procedimientos diagnósticos innecesarios, ya que al problema de los falsos positivos se añade en este caso la gran preocupación que pueda producir a la madre y a las secuelas que ese estrés a la mitad del embarazo puede producir sobre el desarrollo neurológico del bebe.

Disminuir la ansiedad materna en el embarazo puede tener un efecto protector preventivo sobre la salud mental infantil O' Connor, 2002

#### **Causas de temor y ansiedad durante el trabajo de parto**

Dr. Raúl Camacho Castillo (Aspectos Psicológicos del embarazo parto y anestesia) Volumen 24 Numero 1, 1975pública que desde muy temprana edad, mujeres reciben la influencia de consejos y enseñanzas que provocan temor, muchas madres en nuestro medio no han tenido las ventajas del manejo obstétrico moderno y como resultado han desarrollado actitudes de temor, que sin intención transmiten a sus hijas embarazadas.

De la misma manera la influencia del esposo es importante, si el desarrolla ansiedad y temor lo transmitirá a su esposa y reforzara sus temores.

#### **El Medico Tratante**

Debe considerarse el papel del Obstetra, que sin intención puede provocar reacciones emocionales en su paciente derivadas de su conducta, actitudes y comentarios, el uso de términos que provocan temor, tales como ; dolores del parto, laceraciones, hemorragias y mortalidad, el profesional debe suprimir sus propios

temores y ansiedad acerca del parto para que la paciente no se percate de ello.

### **Hospitalización**

La aprensión, ansiedad y el temor son provocados con frecuencia por el traslado al hospital, estos pueden agravarse por la separación de la paciente de su familia, especialmente en la primigesta que se ve súbitamente privada de la protección y compañía del esposo y sus padres, en cambio las multíparas pueden desarrollar aprensión y ansiedad por los niños que han dejado en casa, estas reacciones pueden provocadas o reforzadas por la actitud o conducta negativa del personal de admisión, la auxiliar de enfermería, o la enfermera obstétrica, los temores de la paciente pueden ser reforzados, (tal vez justificadamente) cuando es trasladada a las salas del trabajo de parto en donde hay otras pacientes, por otro lado si se aísla de un cuarto puede provocar temor si la paciente no recibe la atención y las explicaciones necesarias.

### **Dolores del Parto**

En la parturienta sin preparación, el dolor durante el parto puede provocar o agravar el temor y la ansiedad, cuando el dolor no ha sido eliminado por medio de cualquier método de analgesia, pueden producir experiencias desagradables, aun en pacientes sanas y con partos normales, también puede precipitarse Trastornos Emocionales muy serios los cuales pueden afectar la salud de la paciente e influenciar las relaciones con su hijo durante los primeros días del post parto, en ocasiones la paciente puede desarrollar temor a futuros embarazos y afectar las relaciones emocionales y sexuales con su esposo.

### **Efectos sobre la Función Endocrina**

Las reacciones emocionales afectan la función del eje del Hipotálamo- Hipófisis suprarrenal, con aumento de corticoides endógenos, glucocorticoides, mineral corticoides y hormonas, que pueden inducir estados con gran excitación y confusión seguidos por depresión marcada de las actividades reflejas y aun producción de anestesia profunda.

### **Efectos sobre el Metabolismo**

La ansiedad el temor y el dolor del parto causan aumento importante en la tasa de metabolismo basal, irritabilidad refleja y mayor demanda de oxígeno.

### **Efectos Cardiovasculares**

La ansiedad, el temor y otras reacciones emocionales pueden provocar elevación de la presión arterial, aumento de la frecuencia del pulso y del gasto cardiaco.

### **Efectos Respiratorios**

Afectan la frecuencia y la amplitud de la respiración y alteran el contenido de bióxido de carbono de la sangre.

### **Efectos Gastrointestinales**

El miedo y la ansiedad y los dolores del parto inhiben el peristaltismo intestinal y reducen el tono del estomago, disminuyen la función glandular y el tiempo de llenado del estomago.

En relación a la etiología del dolor del trabajo de parto, aun es oscura y no obstante que el papel que juega el estrés es discutible se esta de acuerdo que el temor aumenta el dolor.

Se distingue cuatro momentos estresantes durante el trabajo de parto, cada uno de ellos precipitado por características psicofísicas específicas, y a su vez cada una de ellas conduce a efectos emocionales y físicos demostrables: falso trabajo de parto, etapa de transposición, de transición, etapa de expulsión.

El temor al dolor es innato, pero existen otros factores que son adquiridos, lo cierto es que la naturaleza ha creado condiciones, como el trabajo de parto que deben ser sufridos con dolor o mitigados con la sedación o anestesia obstétrica.

### **Aspectos Psicológicos del Parto**

El parto por si mismo refuerza reacciones emocionales y provoca a su vez específicas de este periodo se ha sugerido que las emociones maternas pueden causar alteración de la fisiología fetal y afectar la conducta postnatal.

La madre normal bien adaptada y preparada correctamente acepta el parto como una etapa natural y transitoria, muchas mujeres sanas desde el punto de vista mental

tienen partos psicológicamente satisfactorios y consideran este periodo no como un hecho desagradable sino como una experiencia grata, en contraste en la mujer con inestabilidad emocional o sin preparación psicológica, el parto constituye como un impacto psicológico intolerable, lo cual conduce a conductas anormales durante el parto y en ocasiones traumas psíquicos permanentes.

IboneOlza Fernández en su Artículo de (El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica) manifiesta que:El síndrome de estrés postraumático conlleva un sufrimiento importante para las madres que lo padecen, afecta a la relación de la mujer con su bebé y con su pareja y altera muy especialmente la relación con los profesionales sanitarios que atienden a la madre. Sin ser diagnosticado ni tratado puede persistir durante meses y años, afectando negativamente a la fertilidad o condicionando a veces la conducta de la mujer en sucesivos embarazos y partos. Tiene unos síntomas propios diferentes de la depresión postparto, aunque algunas madres pueden presentar los dos trastornos.

La psicóloga Cheryl Beck analizó en una investigación cualitativa los relatos de mujeres que presentaban este síndrome de estrés postraumático relacionado con el parto. Beck encontró que las madres que lo padecen:

1. Continuamente recuerdan y reviven el parto mediante flashbacks y pesadillas, durante semanas o meses. Cualquier evento que les recuerde el parto, como el conducir delante del hospital o el ver a una embarazada por la calle puede desencadenar esos recuerdos y producirles una reacción ansiosa (Algunas mujeres señalaban que esto dificultaba enormemente sus relaciones de pareja, ya que tenían flashbacks del parto durante el coito).
2. Se sienten desconectadas o extrañadas ante sus bebés y ausentes de la realidad, como si no estuvieran allí o no fueran las mismas. Esta disociación puede comenzar inmediatamente después del parto y algunas mujeres lo describen como “la sensación de no sentir nada”; “como si todo aquello no me estuviera sucediendo a mí”.
3. El trauma vivido hace que necesiten entender y hablar continuamente de lo que

les sucedió y que busquen información médica sobre sus partos de manera obsesiva (“obsesión y monotema”).

Muchas madres sentían que necesitaban hablar de sus partos una y otra vez, y algunas se encuentran meses después del parto buscando información obstétrica en Internet para entender que les pasó.

4. Se sienten enfadadas con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión. El TEPT dificulta la relación de las madres con los profesionales sanitarios enormemente, punto sobre el que volveremos más adelante.

5. Su experiencia de la maternidad se ve muy afectada. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras.

El síndrome puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos, o hacer que la madre pida una cesárea programada en el siguiente embarazo.

En resumen, muchas mujeres que han tenido un parto traumático reviven el parto como si de una pesadilla se tratara durante semanas o meses, y no pueden quitarse estos recuerdos de la cabeza por más que lo deseen. A menudo este malestar hace que la mujer se muestre tremendamente enfadada, aislada o arisca, tanto con los que le rodean como con los profesionales, y que parezca obsesionada con todo lo que rodea la atención al parto (puede escribir cartas a los profesionales que le atendieron, buscar información obsesivamente o planear un nuevo embarazo cuando sube a apenas tiene unas semanas de vida). Todo este malestar psíquico a menudo no se exterioriza, con lo que en la mayoría de los casos, tampoco se diagnostica ni se trata.

Los síntomas del síndrome de estrés postraumático suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten meses o años.

### **Tocofobia o pánico al parto**

El miedo al parto se considera universal, apareciendo en prácticamente todas las culturas, en nuestra cultura el miedo al parto genera en ocasiones algunas peticiones

de cesáreaprogramada o incluso de anestesia general.

Cuando el miedo es tan intenso que genera una evitación fóbica del parto se llama “tocofobia”, pudiendo ser primaria (si aparecen mujeres que nunca estuvieron embarazadas) o secundaria (en mujeres que ya pasaron por un parto). La primaria puede ser síntoma de haber sufrido abusos sexuales en la infancia (en muchos casos no se han revelado). La tocofobia secundaria suele ser una secuela del Síndrome de estrés postraumático tras el parto. (Hofberg)

La tocofobia es en ocasiones el único síntoma aparente de otros trastornos psíquicos subyacentes.

La tocofobia no debería ser tratada con cirugía. Existen diversos estudios que demuestran la eficacia de la psicoterapia en estos casos (Naru, 2006)



## **2.6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

¿Los efectos de la Ansiedad Materna influyen de manera significativa en la labor de parto de madres primigestas del Servicio de Ginecología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato, en el periodo Enero- Junio 2011.

### **2.6.1. Hipótesis**

#### **2.6.1.1 Hipótesis Particulares**

¿El grado severo es el estado de ansiedad predominante durante la labor de parto en madres primigestas.?

¿Existe desconocimiento de la labor de parto en las madres primigestas?

## **2.7. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS**

**Unidad de Observación:** Madres primigestas del Servicio de Ginecología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato.

**Variable Independiente:** Labor Parto de madres primigestas

**Variable Dependiente:** Ansiedad Materna.

**Término de Relación:**Efectos.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. PARADIGMA**

El grupo investigador en su trabajo acoge el paradigma: critico propositivo ya que cuestiona los esquemas molde de hacer investigación, propositivo ya que no se detiene a la contemplación del fenómeno si no a la exposición de una propuesta alternativa para la misma,

#### **3.2. ENFOQUE**

Es de carácter cuanti - cualitativo. Cuantitativo porque se recabara información que será sometido a análisis estadístico.

Cualitativo porque estos resultados pasaran a la criticidad con soporte del marco teórico.

#### **3.3. MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente proyecto es de ingerencia social, ya que el investigador no se conforma con la observación pasiva de los fenómenos educativos sino además se realizara una propuesta de solución al problema en investigación.

Se seguirá también una modalidad de campo. El investigador acudirá a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad ya que tanto la muestra y el investigador estar án en constante contacto, obteniendo como información secundaria sobre el problema de investigación obtenido a través de libros, textos, revistas, Internet, así también como documentos validos y confiables a manera de información primaria.

La investigación partirá del nivel exploratorio, detectando el nivel de ansiedad

materna donde tomamos el modelo de Ansiedad de Beck para la confirmación del diagnóstico de ansiedad y un cuestionario semiestructurado dirigido a madres para saber el nivel de conocimiento que tienen las mismas sobre el desarrollo del trabajo de parto, se utilizará también la historia clínica que es una herramienta psicológica de ayuda para diagnosticar patologías y alteración de las funciones, mediante la entrevista realizada con cada una de ellas, así justificar los objetivos planteados, utilizando métodos y técnicas psicológicas, y realizar una propuesta alternativa al problema planteado.

### **3.4. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación que se desarrolla según el nivel es exploratorio ya que permite una metodología más flexible, da mayor amplitud y dispersión a la investigación.

Por lo que se generará hipótesis y permitirá reconocer variables de interés investigativo ayudando a resolver el problema investigado.

### **3.5. POBLACION Y MUESTRA**

La población de la presente investigación está integrada por 40 pacientes (madres primigestas), la misma que se puede acceder en su totalidad fácilmente.

La población está distribuida de la siguiente manera:

Pacientes	40
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>

Como la población de universo de estudio es finita toda ella se constituye en la muestra en cada uno de los estratos.

### 3.6. OPERACIONIZACIÓN DE VARIABLES

**Variable independiente:** Labor de Parto de Madres Primigestas.

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas	Instrumentos
Proceso mediante el cual el niño es expulsado del útero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del útero cada 20 o 30 minutos. A medida que avanza el proceso, aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones.	Etapas del desarrollo Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Germinal.</li> <li>• Embrionaria.</li> </ul>	¿Sabe usted como se desarrolla el bebe?	Observación Entrevista	Hojas. Historia Clínica. Entrevista semiestructurada
	Síntomas del Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fetal.</li> <li>• Contracciones.</li> <li>• Rotura de la bolsa de Aguas.</li> <li>• Expulsión del Tapón Mucoso.</li> </ul>	¿Sabe usted como reconocer los síntomas reales del parto?	Observación Entrevista	Hojas. Historia Clínica. Entrevista semiestructurada
	Etapas o Periodos del Parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatación.</li> <li>• Expulsión.</li> <li>• Alumbramiento</li> </ul>	¿Conoce usted como se desarrolla el parto?	Observación Entrevista	Hojas. Historia Clínica. Entrevista semiestructurada
	Métodos para dar a luz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drogas Obstétricas.</li> <li>• Parto Natural y Preparado.</li> <li>• Parto por Cesárea.</li> </ul>	¿Conoce usted cuales son los métodos utilizados en el parto?	Observación Entrevista	Hojas. Historia Clínica Entrevista semiestructurada

**Cuadro: N° 1****Diseño: Cubero, 2011****Variable dependiente** Ansiedad Materna.

<b>Contextualización</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Instrumentos</b>
Temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o por un factor estresante.	En absoluto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodios poco frecuentes.</li> </ul>	¿Ha sentido hormigueo o adormecimiento en sus extremidades?	Observación Entrevista estructurada.	Inventario de Ansiedad de Beck.
	Levemente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensidad leve o media.</li> </ul>	¿Ha sentido incapacidad de relajarse?	Observación Entrevista estructurada.	Inventario de Ansiedad de Beck.
	Moderadamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molesto.</li> </ul>	¿Teme que le sucediera lo peor?  ¿Indigestión o molestias abdominales?	Observación Entrevista estructurada.	Inventario de Ansiedad de Beck.
	Severamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción desproporcionada.</li> </ul>	¿Sudoración que no es causada por el calor?	Observación Entrevista estructurada.	Inventario de Ansiedad de Beck.

**Cuadro: N° 2****Diseño: Cubero, 2011**

### 3.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2.- ¿De qué personas?	Pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	La Ansiedad Materna y sus efectos previa a la Labor partos de madres primigestas.
4.- ¿Quién?	Tamara Cubero
5.- ¿Cuándo?	Período Enero- Junio 2011.
6.- ¿Dónde?	Hospital IESS de la Ciudad de Ambato.
7.- ¿Cuántas veces?	2 veces
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevista y test.
9.- ¿Con qué?	Cuaderno de notas, historias clínicas, Cuestionario semiestructurado e Inventario de Ansiedad de Beck
10.- ¿En qué situación?	Hospitalización Área de Ginecología.

**Cuadro: N° 3**

**Diseño: Cubero 2011.**

### 3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La información obtenida se transformará siguiendo estos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, limpiar información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente.
- En caso de fallas corregirlas y reestructurarlas (investigar mas).
- Tabular la información según la variable y la hipótesis.
- Análisis e interpretación de resultados, con apoyo del marco teórico.
- Establecimiento de Conclusiones y Recomendaciones.

## CAPITULO IV

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### 4.1 Análisis e Interpretación

#### 4.1.1 Anexo N° 1 Historia Clínica

##### 1.- Datos de Filiación

##### EDAD

VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJ E
14- 20	8	20%
20-30	24	60%
30-40	8	20%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

CUADR

O N° 4

Diseño: Cubero 2011

##### ANALISIS

De la 40 primigestas encuestadas el 60% se encuentran entre los 20 a 30 años 20% se encuentran entre las edades de 14 a 20 años, mientras que el, y el 20% se encuentran entre el 30-40 año.

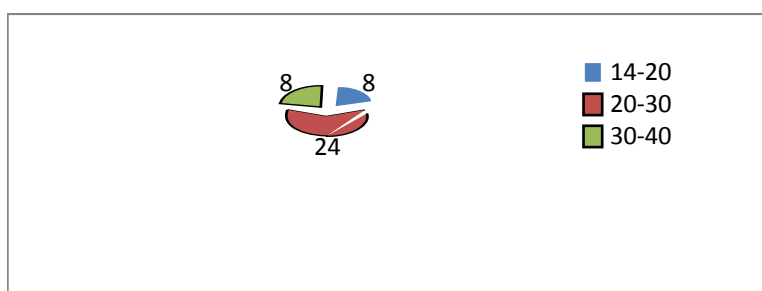


GRAFICO N° 2

Diseño: Cubero

2011

##### INTERPRETACION

Dentro de los datos de filiación se encuentra la edad de las primigestas, según lo cual se puede evidenciar que dentro del grupo de edades, esta un 60% entre los 20 a 30 años, el 20% entre los 14 a 20, y el otro 20% dentro de los 30 a 40 años, siendo esto un elemento muy importante para el diagnóstico y la evolución de las madres.

### ESTADO CIVIL

**CUADR  
Diseño:**

<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTA S</b>	<b>PORCENTAJ E</b>
Casada	26	65%
Soltera	8	20%
Unión Libre	4	10%
Divorciada	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**O N°: 5  
Cubero**



2011

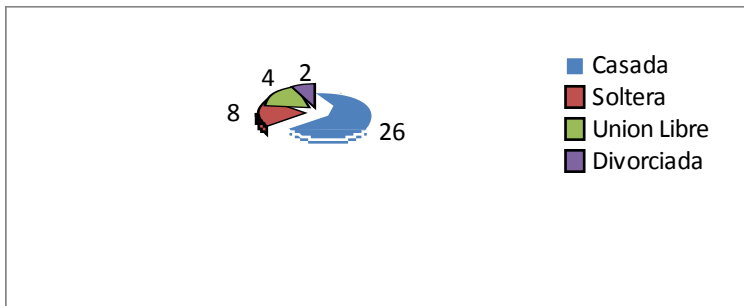
## ANALISIS

De la  
ión  
gada  
ponde  
65%  
casada  
20%

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Superior	20	50%
Secundaria	14	35%
Primaria	6	15%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

poblac  
investi  
corres  
que el  
son  
s, el  
soltera

s, el 10% unión libre y el 5% se encuentran divorciadas.



**GRAFICO N°: 3      Diseño: Cubero 2011**

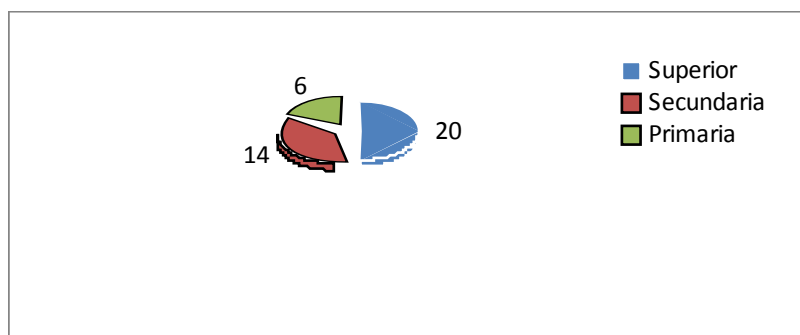
## INTERPRETACION

En que respecta al estado civil de las primigestas dentro del universo de la muestra, corresponde que el 65% son casadas, el 20% son solteras, el 10% viven en unión libre con su pareja, mientras que el del 5 % se encuentran divorciadas, variable que ayudara a determinar si el mismo es un elemento importante para el desarrollo de Ansiedad Materna.

## INSTRUCCIÓN

**CUADRO N° 6****Diseño: Cubero 2011****ANALISIS**

De la muestra obtenida en lo referente a la instrucción el 50% de primigestas poseen estudios superiores, el 35% estudios secundarios completos, y el 15% la primaria.

**GRAFICO N° 4****Diseño: Cubero 2011****INTERPRETACION**

Es importante determinar el nivel cultural de la madre ya que por medio de ello lograr saber el nivel de conocimiento y de comprensión que tenga la misma, de los datos obtenidos se puede evidenciar que 20 primigestas han terminado el nivel universitario lo que corresponde al 50%, 14 han culminado la secundaria lo que se ubica en el 35% de la muestra, mientras el 15 % de la muestra han culminado la primaria.

**OCUPACION**

VARIABLE	PRIMIGESTA	PORCENTAJ
	S	E
Trabaja	26	65%
No Trabaja	10	25%
Estudia	4	10%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

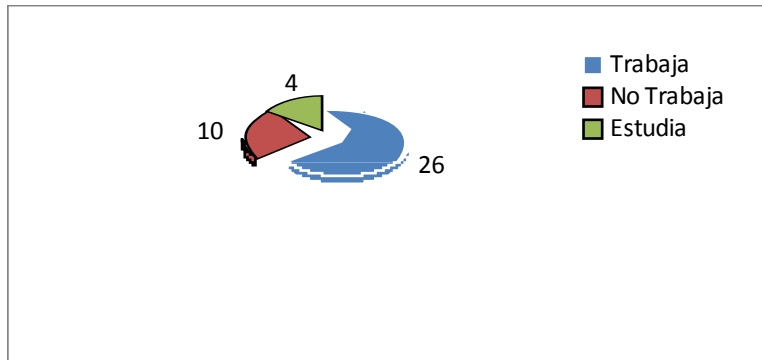
**O N° 7**  
**iseño:**

**CUADR**  
**D**

## Cubero 2011

### ANALISIS

Se pudo apreciar que el 65% de las primíparas trabajan, el 25% no lo hace, y el 10% al momento estudian.



**GRAFICO N° 5**

**Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

De la muestra lo que respecta a la ocupación se puede ver un 65% trabajan, un 25% no lo hacen, el 10% se encuentran estudiando, siendo esto un factor esencial para determinar si la madre se encuentra dentro de un círculo que le cause estrés o intensifique ello para el desarrollo de ansiedad en la misma.

### MOTIVO DE CONSULTA

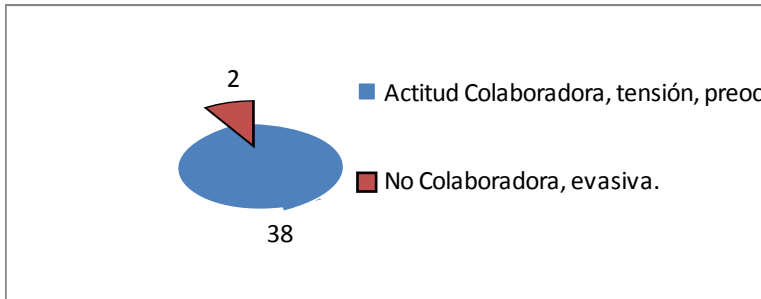
VARIABLE	PRIMIGESTA	PORCENTAJE
Actitud Colaboradora, tensión, preocupación.	38	95%
No Colaboradora, evasiva.	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**ño: Cubero 2011**

### ANALISIS

C  
A  
R  
N  
8  
D  
e

Al momento de la visita en hospitalización se pudo evidenciar, la mayoría de las futuras madres una actitud colaboradora, pero al mismo tiempo, mucha preocupación, y tensión esto corresponde al 95%, mientras que un 2% era mínimo la colaboración y se notaban un poco evasivas.



**GRAFICO N° 6**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

El motivo de la visita fue la evaluación psicológica, misma que fue necesaria para la investigación, durante la aplicación de los reactivos psicológicos y la entrevista a las madres se mostraron colaboradoras y al mismo tiempo preocupadas, y tensas en un 95% ante la situación siendo esto un indicativo importante ya que se pudo evidenciar signos y síntomas de ansiedad, un mínimo se notaban evasivas pero se evidenció también tensión y preocupación, esto fue el 5%, siendo esto evidencia importante que la madre presenta sintomatología ansiosa.

**ANAMNESIS PSICOSEXUAL**

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Apoyo Conyugal.	32	82%
Sin Apoyo de pareja	7	18%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

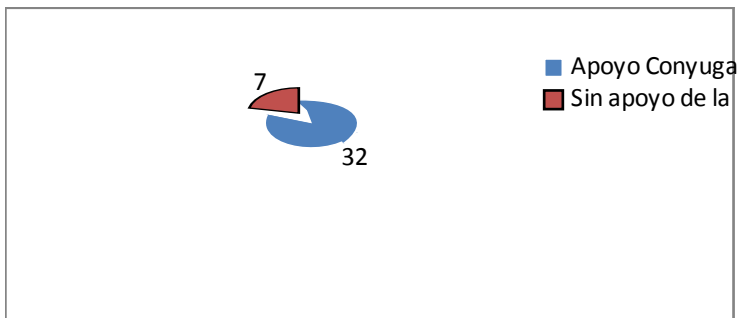
**CUADRO N° 9**

**Diseño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

De acuerdo a la muestra 82% de primigestas tiene el apoyo de su pareja, mientras

que el 18% no la tienen.



**GRAFICO N°6**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

El apoyo conyugal es muy importante en esta etapa ya que es el florecimiento de nuevas sensaciones, por ello en el momento de la entrevista las madres manifestaron que si tienen apoyo de su pareja esto corresponde al 82% de las encuestadas, mientras que 7 manifestaron que no tenían apoyo conyugal lo que esta dentro del 18%.

**EXAMEN DE FUNCIONES**

**ATENCIÓN**

<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	<b>PORCENTAJ E</b>
atención voluntaria	39	98%
Evasión	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

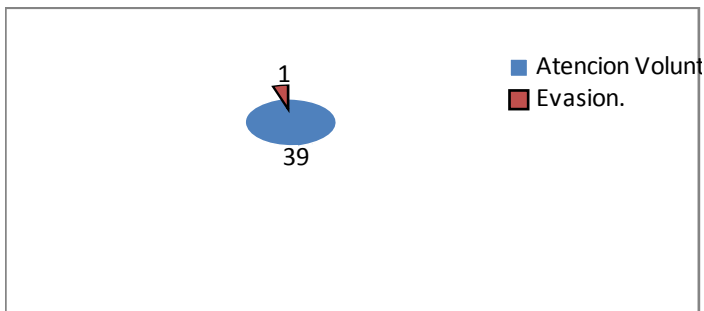
**CUADRO N° 10**

**Diseño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

Lo que respecta a la atención en el examen de funciones un 98% estuvieron atentas

voluntariamente, y solamente un 2% estaban evasivas.



**GRAFICO N° 7**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

El examen de funciones es una de las partes esenciales en la historia clínica con ella podemos apreciar el estado de orientación del paciente sus alteraciones dentro de cada una de sus esferas psíquicas, en lo cual el 98 % presentaron una atención voluntaria, 2% se mostro evasiva al responder las preguntas.

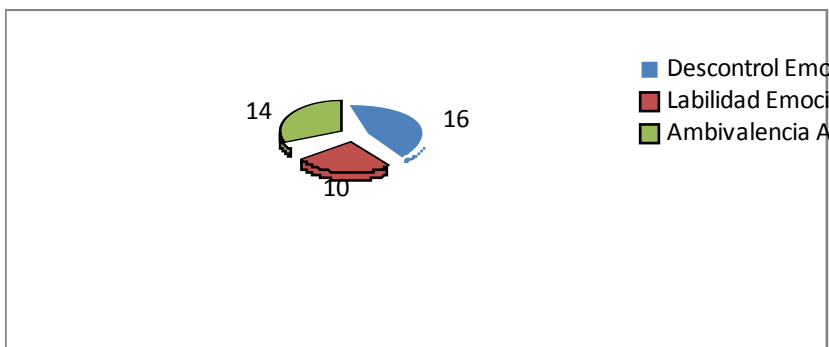
**AFECTIVIDAD**

	<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	
U D O o 1 is	Descontrol Emocional	16	40%	C A R N 1 D e
	Labilidad Emocional	10	25%	
	Ambivalencia Afectiva	14	35%	
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	

**ño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

Respecto a afectividad se puede ver que un 40% tienen descontrol emocional, un 25% labilidad emocional, mientras que un 35% ambivalencia afectiva.



**GRAFICO N°8**

**Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

La afectividad es el conjunto de emociones, sentimientos, reacciones, que poseemos cada uno de los individuos, siendo estos variables en ocasiones de acuerdo a las circunstancias que se viven, por lo cual es un factor notorio en la neófito ya que los cambios que por lo cual pasa son importantes y posibles desencadenantes de patologías psicológicas, por lo mismo la mayoría de las primigestas sentían en ocasiones descontrol emocional, por otra parte, sentimientos de sensibilidad, y cambios en su carácter, lo cual esto iba incrementando durante los días.

### INSTINTOS

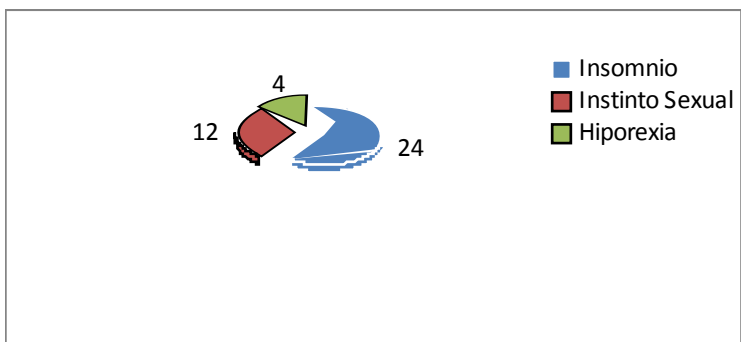
VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJ E
Insomnio	24	60%
Instinto Sexual	12	30%
Hiporexia	4	10%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**CUADRO N° 12**

**Diseño: Cubero 2011**

### ANALISIS

Con respecto a la muestra un 60% presentan alteraciones en el sueño, mientras que un 30% instinto sexual alterado, y un 10% disminución de apetito.



**GRAFICO N° 9**

**Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

Siendo el instinto una de las características de los individuos que origina modelos comportamientos, en este caso en su mayoría las madres presenta alteración del sueño debido a su estado próximo a culminar, es notable también que la disminución de la libido sea evidente ya que por la preocupación de la madre de cómo ira salir todo el proceso de parto, la disminución del apetito es de menor prevalencia en esta muestra ya la misma posee el menor porcentaje, pero todas estas alteraciones surgen en su gran mayoría por la tensión y el miedo que la madre experimenta.

### HÁBITOS

VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJ E
Alcohol	0	0%
Tabaco	2	5%
Consumo de Drogas	0	0%
Ninguna	38	95%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**CUADRO N° 13**

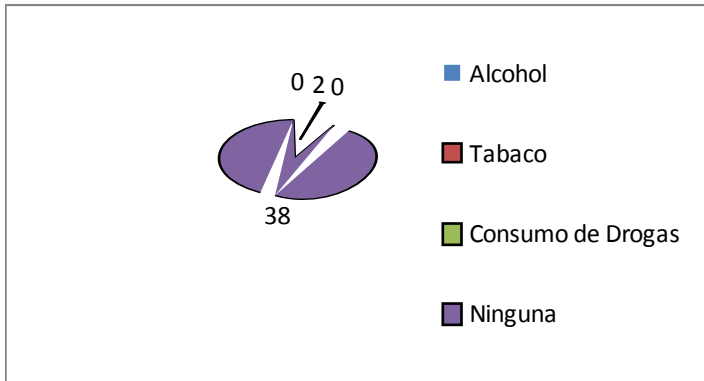
**Diseño: Cubero 2011**

### ANALISIS

De la 40 primigestas un 0% manifestaron que no consumen alcohol al igual que el



consumo de drogas, un 2% expresaron que si fuman, y un 39% que no tenían ninguno de esos hábitos.



**GRAFICO N° 10**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

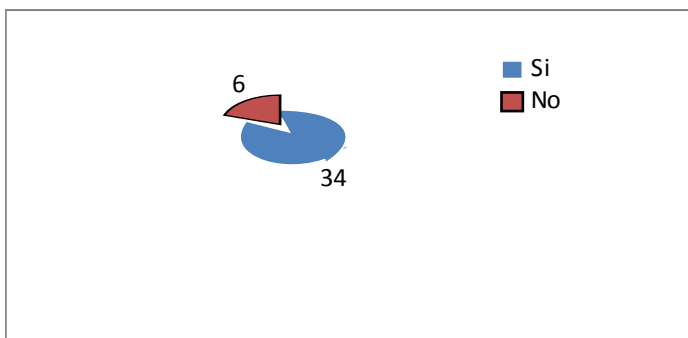
Los hábitos incluyen los gestos, o la forma de mover las manos al hablar, hasta las preferencias en las lecturas, pasando por la satisfacción de las ansias personales, como en el hábito de fumar o de comer en exceso, de tomar, o del consumo de alguna otra substancia, con respecto a las ne ófitas se pudo constatar que en su gran mayoría no tenían este tipo de hábitos, y una pequeña parte admitieron ser fumadoras y que deseaban hacerlo pero por su estado no podían.

**DESEADO y/o PLANIFICADO**

	VARIABLE	PRIMIGESTA	PORCENTAJ	<b>CUADR</b>
		S	E	
<b>O N° 14</b> <b>Cubero</b>	SI	34	85%	<b>Diseño:</b> <b>2011</b>
	No	6	15%	
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	

**ANALISIS**

De las 40 primigestas un 34 lo que corresponde al 85% manifestaron que el embarazo si fue deseado, mientras que 6 lo que corresponde a un 15% no fue así.



**GRAFICO N° 11**

**Diseño: Cubero 2011**

### **INTERPRETACION**

La llegada de un recién nacido a la familia es un acontecimiento muy importante ya que implica cambios radicales en la vida de los padres, la planificación o deseo de la llegada del RN es de vital importancia ya que de eso va a depender varias cosas, de acuerdo a la muestra en el 85% el embarazo fue deseado, mientras que el 15% no lo fue.

### **TIPO DE PARTO**

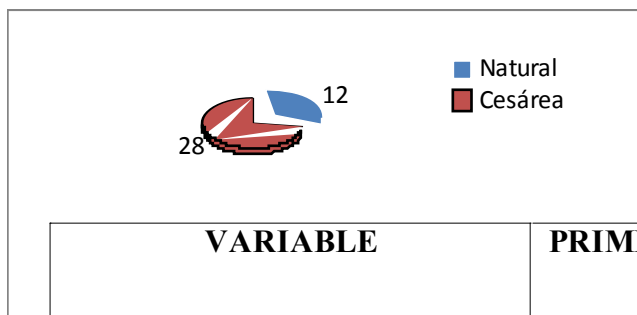
<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Natural	12	30%
Cesárea	28	70%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**CUADRO N° 15**

**Diseño: Cubero 2011**

### **ANALISIS**

De la muestra un 30% fueron sometidas a parto natural, mientras que un 70% a cesárea



	VARIABLE	PRIMIGESTA	PORCENTAJE	
		S		
G A I O °	Nada	12	30%	R F C N 1
	Ligeramente sin molestia significativa	22	55%	
	Moderadamente muy desagradable pero soportable.	6	15%	
	Severamente casi insoportable	0	0%	
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	

2 **Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

La decisión como se va a desarrollar el parto es muy importante ya que el mismo va a influir de manera trascendental en la madre, y las dudas y miedos que en ella surgirán con respecto a esta decisión, de las 40 primigestas el 70% iban a ser sometidas a cesárea esta por algunos tipos de causas, mientras que el 30% a parto natural.

#### 4.1.2 ANEXO 2

##### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI).

##### ÍTEM 1

Hormigueo o adormecimiento de extremidades

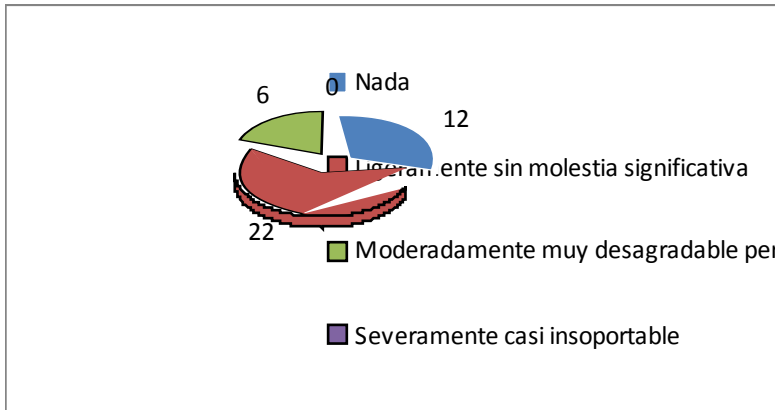
#### CUADRO N° 16

**Diseño: Cubero 2011**

##### ANALISIS

De las 40 primigestas encuestadas, el 55% lo han sentido con ligera intensidad un

30% no han sentido hormigueo o adormecimiento de las extremidades, un 15% moderadamente muy desagradable y un 0% severamente casi insoportable.



**GRAFICO N° 13**

**Diseño: Cubero 2011**

### **Interpretación**

Un 55% de madres primigestas siente un ligero hormigueo y estremecimiento en sus extremidades, mientras que un 15% manifestaron que esto lo era moderadamente desagradable, evidenciando esto que en su totalidad la madre comienza a manifestar físicamente su malestar psicológico ante la situación que cause estrés en ella, lo que quiere decir que esto de alguna forma puede ser molesto para la futura madre.

<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTA S</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nada	10	25%
Ligeramente sin molestia significativa	8	20%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	16	40%
Severamente casi insoportable	6	15%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

## **ÍTEM 2**

Oleadas de calor o bochorno

### **CUADRO N° 17**

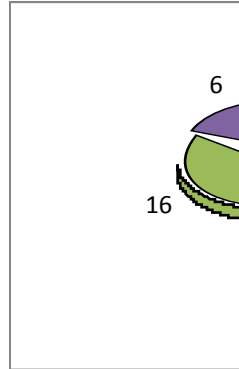
**Diseño: Cubero 2011.**

#### **ANALISIS**

Dentro del grupo de las primíparas, un 40% en forma moderada un 25% manifestaron no sentir ninguna manifestación de calor sofocante por lo común en horas de tranquilidad, mientras que un 20% expresaron que si lo sintieron en forma

ligera, y un 15% en forma severa e

VARIABLE	PRIMIGESTA	PORCENTAJE
Nada	24	60%
Ligeramente sin molestia significativa	6	15%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	10	25%
Severamente casi insoportable	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**GRAFICO N° 14**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

La manifestación del calor o bochorno repentinos en las primigestas pueden causar molestias y tensión, incomodidad, lo cual se puede que el predominio es un 40% con moderadamente desagradable, 25% nada, ligeramente 20%, y 15% severamente.

**ÍTEM 3**

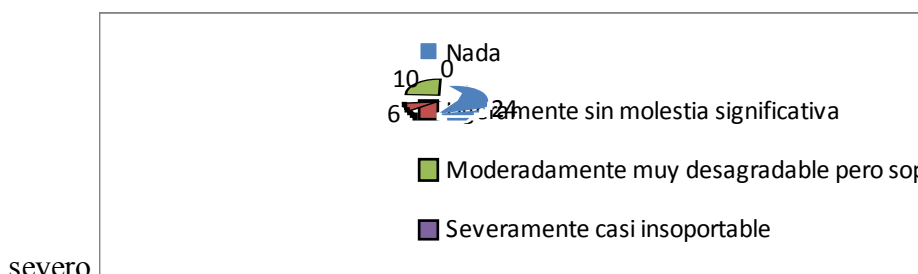
Debilidad y temblor en las piernas

**CUADRO N° 18**

**Diseño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

Del 100% de las pacientes encuestadas un 60% expresan no sentir temblor ni debilidad en las piernas, pero, mientras que un 25% dicen que lo sienten en moderada intensidad, un 15% refieren que esto es ligero pero sin molestia y un 0% dicen que esto no es



severo.

**GRAFICO N° 15****Diseño: Cubero****2011**

I T R R T C O : S e	VARIABLE	PRIMIGESTA	PORCENTAJE	N E P E A I N  e v
		S		
	Nada	18	45%	
	Ligeramente sin molestia significativa	10	25%	
	Moderadamente muy desagradable pero soportable.	10	25%	
	Severamente casi insoportable	2	5%	
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	

idencia según los resultados que un 60% no sienten debilidad ni temblor en las piernas, pero también un porcentaje importante 40% manifestaron si sentir molestias en esta área, se puede evidenciar que la diferencia entre estos dos resultados no es significativa ya que de algún u otra forma el temor, aprensión se manifiesta en las futuras madres, pudiendo incidir el mismo en el proceso de parto.

**ÍTEM 4**

Incapacidad de relajarse

**CUADRO N° 19****Diseño: Cubero 2011****ANALISIS**

De las pacientes investigadas un 45% manifiestan no sentirse incapaces de relajarse, mientras que un 25% se siente ligeramente, un 25% que lo sienten moderadamente y un 5% severamente.

	<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTA S</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>G A I O . 6</b>	Nada	12	30%
	Ligeramente sin molestia significativa	12	30%
	Moderadamente muy desagradable pero soportable.	12	30%
	Severamente casi insoportable	4	10%
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**R  
F  
C  
N  
1  
D**

**iseño: Cubero 2011**

### **INTERPRETACION**

Se puede interpretar que en su gran mayoría las primigestas sienten incapacidad de relajarse, este dato es muy importante ya que se puede constatar el malestar psicológico que la madre esta sintiendo provocando en ella mucha incomodidad.

### **ÍTEM 5**

Temor a que sucediera lo peor

**CUADRO N° 20**

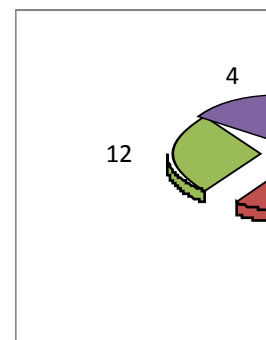
**Diseño: Cubero 2011**

### **ANALISIS**

De acuerdo a la muestra un 30% refiere no sentir temor a que sucediera lo peor, mientras que un 30% sienten este en forma ligera, otro 30% sentirlo moderadamente, y un 10% de manera severa.



VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Nada	10	25%
Ligeramente sin molestia significativa	25	63%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	4	10%
Severamente casi insoportable	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



G  
A  
I  
O  
°  
7

R  
F  
C  
N  
1  
D

**Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

Se puede evidenciar según los resultados obtenidos que en su gran mayoría las futuras madres, comienzan a sentir temores con respecto a lo que pueda suceder en el momento de la labor de parto, pudiendo esto repercutir para la prolongación o complicación del mismo.

### ÍTEM 6

Mareo o ligereza de cabeza

### CUADRO N° 21

**Diseño: Cubero 2011**

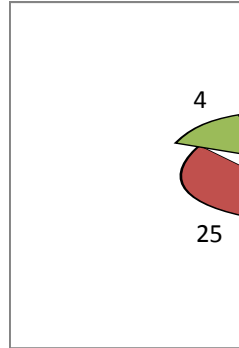
### ANALISIS

De la parte investigada con respecto a sentir mareo o ligereza de cabeza un 63% , refirieron sentir esto en forma ligera, un 25% no sentir este tipo de molestia un 10% de manera moderada, y un 3% sentirlo en forma

s  
v  
r  
.

e  
e  
a

<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
	<b>S</b>	
Nada	22	55%
Ligeramente sin molestia significativa	8	20%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	8	20%
Severamente casi insoportable	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



G

R

### AFICO N°18

Diseño: Cubero 2011

### INTERPRETACION

Con respecto a la muestra un 63% expresan sentir ligeras molestias con respecto, nada 25% seguidamente con el 10% de moderadamente, y severamente un 3%, esto manifiesta que con el transcurso del tiempo la gestante comienza a manifestar sus miedos.

### ÍTEM 7

Palpitaciones o Taquicardia

### CUADRO N° 22

Diseño: Cubero 2011

### ANALISIS

De las 40 pacientes un 55% manifestaron no sentir palpitaciones ni taquicardia, mientras un 20% sentirlo ligeramente, otro 20% moderadamente, y un 5% severamente.

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Nada	12	29%
Ligeramente sin molestia significativa	20	49%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	8	19%
Severamente casi insoportable	0	3%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

9 **Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

El ser madre primeriza trae en ella dudas e incertidumbres ya que es un cambio total en la vida de la misma, es por eso que ella va a nacer preocupaciones nuevas, por lo mismo las madres investigadas en su gran sienten palpitations frecuentes producidas muchas veces por estos cambios y preocupaciones.

### ÍTEM 8

Sensación de inseguridad e inestabilidad física

### CUADRO N°23

**Diseño: Cubero 2011**

### ANALISIS

De las 40 pacientes investigadas un 49% expresaron que sintieron esto en forma ligera 29% manifestaron no sentir ninguna inseguridad e inestabilidad física, mientras que un, un 19% moderadamente, y un 3% de manera severa.

■ Nada		
VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Nada	22	55%
Ligeramente sin molestia significativa	12	30%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	6	15%
Severamente casi insoportable	0	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

20

Diseño: Cubero 2011

### INTERPRETACION

En lo que se refiere a inseguridad e inestabilidad física se puede constatar que un porcentaje importante el cual es un 49% sentían este tipo de manifestación en forma ligera, moderada un 19% y severa un 3%, esto es notablemente muy importante ya que se puede apreciar la nerviosismo en la mayoría de las pacientes.

### ÍTEM 9

Terror

### CUADRO N°24

Diseño: Cubero 2011

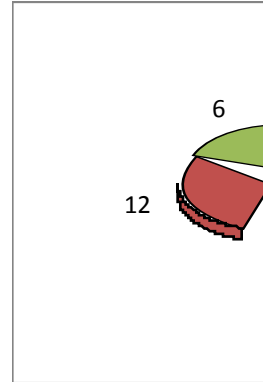
### ANALISIS

De la muestra investigada en lo referente a sensaciones de terror un 55% refirieron no sentir nada, un 30% sentirlo ligeramente, un 15% moderadamente, y un 5%

s  
v  
r  
m  
n  
.

e  
e  
a  
e  
te

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Nada	2	5%
Ligeramente sin molestia significativa	18	45%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	14	35%
Severamente casi insoportable	6	15%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**GRAFICO N° 21**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

En el 55% manifiestan no sentir terror, un 30% ligero, un 15% moderado y un 5% severo, las pacientes madres sienten un tipo de terror este se puede presentar ya que ella en gran parte desconoce lo que puede suceder y el procedimiento del proceso que se pueda realizar durante la labor de parto.

**ÍTEM 10**

Nerviosismo

**CUADRO N°25**

**Diseño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

Los datos arrojan que un 45% sienten un ligero nerviosismo, un 35% sentirse en forma moderada, un 15% de manera severa, mientras que un 5%

n  
d

a  
a.

<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTA S</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nada	18	45%
Ligeramente sin molestia significativa	14	35%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	6	15%
Severamente casi insoportable	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

G  
A  
I

R  
F  
C

**O N°22**

**Diseño: Cubero 2011**

### **INTERPRETACION**

La sensación de nerviosismo es un estado pasajero en algunas veces de excitación nerviosa ante una situación que nos cause preocupación o tensión, al respecto con las neófitas este estado se presenta de forma continua es por eso que lo referente a la muestra 45% ligero, 35% moderado, y un 15%, evidenciando que en su mayoría existe nerviosismo.

### **ÍTEM 11**

Sensación de ahogo

**CUADRO N° 26**

**Diseño: Cubero 2011**

### **ANALISIS**

Un 45% de las pacientes encuestadas manifiestan no tener sensaciones de ahogo, mientras que un 35% lo sienten en forma ligera, un 15% de manera moderada, y un 5% de carácter severo.

**GRAFICO N°23** **Diseño: Cubero 2011**

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Nada	28	70%
Ligeramente sin molestia significativa	6	15%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	6	15%
Severamente casi insoportable	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

se aproximando al día de comienzan el aparecimiento de síntomas de ansiedad por ello se puede decir que frecuente una sensación de prieto, congoja o aflicción, por ello según la muestra en arroja resultados donde en su mayoría lasmadres comienzan a sentir este síntoma que puede causar incomodidad en la misma.

**ÍTEM 12**

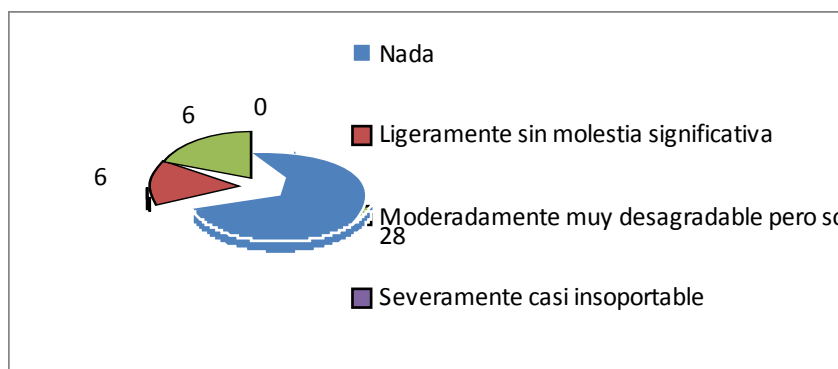
Temblor de manos

**CUADRO N° 27**

**Diseño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

Losdatos arrojan que un 70% no sienten temblor en las manos, mientras que un 15% en forma ligera, un 15% de forma moderada, y un 0% no de manera severa.



**GRAFICO N° 24**

**Diseño: Cubero 2011**

## INTERPRETACION

El temblor en manos es un factor primordial para detectar si existen problemas de

VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJE
Nada	18	45%
Ligeramente sin molestia significativa	12	30%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	8	20%
Severamente casi insoportable	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

stra un 70% lo que corresponde a 28 madres no tienen este tipo de molestia, pero un 30% lo que corresponde a 12 madres que sienten este tipo de malestar.

## ÍTEM 13

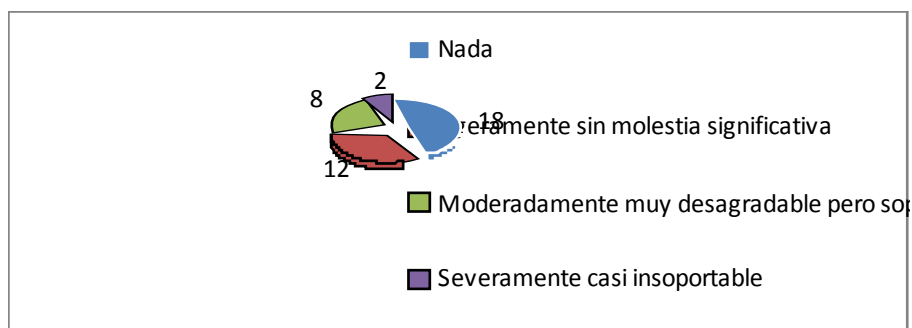
Agitación

### CUADRO N° 28

Diseño: Cubero 2011

### ANALISIS

Se evidencia que un 45% no sienten nada en lo que se refiere a agitación, un 30% ligeramente un 20% moderadamente, y un 5% severamente.



### GRAFICO N°25

Diseño: Cubero 2011



## INTERPRETACION

La agitación siendo una reacción de emotividad que se caracteriza por una

VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJE
Nada	18	45%
Ligeramente sin molestia significativa	14	35%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	8	20%
Severamente casi insoportable	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

hiper  
activ  
idad  
corp  
oral  
deso  
rden  
ada  
y  
conf

usa, la cual puede presentarse en periodos ante situaciones que causen incertidumbre sobre algo desconocido, siendo así que un 90% están sintiendo este tipo de reacción entre ligera y moderada la cual si no se la maneja adecuadamente se puede intensificar.

## ÍTEM 14

Miedo a perder el control

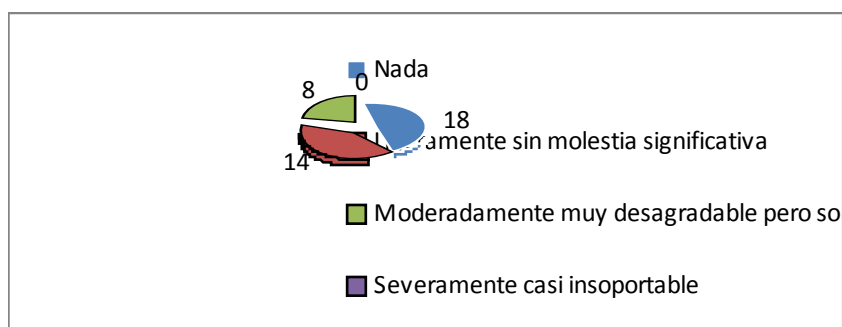
## CUADRO N° 29

Diseño: Cubero 2011

## ANALISIS

De las 40 pacientes un 45% expresan no tener miedo a perder el control, mientras que un 35% sentirlo ligeramente, un 20% moderadamente, y un 0%

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Nada	22	55%
Ligeramente sin molestia significativa	12	30%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	4	10%
Severamente casi insoportable	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**GRAFICO N°26**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

Miedo a perder el control ante situaciones estresantes en este caso puede complicar el proceso ya que la madre comienza a sentir sensaciones de inestabilidad y puede perjudicando a así el desarrollo del transcurso de parto, existe una igualdad en no sentir este tipo de sensación con este miedo existente, espor ello importante evaluar el estado emocional de la madre y así saber la repercusión del mismo.

**ÍTEM 15**

Dificultad para respirar

**CUADRO N°30**

**Diseño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

De la muestra expuesta un 55% refieren no sentir dificultad para respirar, un 30% sentirlo ligeramente, un 10% moderadamente, y un 5% severamente.

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Nada	22	55%
Ligeramente sin molestia significativa	12	30%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	2	5%
Severamente casi insoportable	4	10%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

7 **Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

El proceso normal donde los síntomas ansiosos pueden disiparse o incrementarse teniendo mucho que ver de las técnicas e información que haya obtenido durante la madre durante toda la etapa de gestación, por ello es corroborable por los datos obtenidos que 22 madres no tienen dificultad en la respiración, pero un 45 madres refirieron sentir este malestar, entre ligero y moderado lo que quiere decir que es muy probable que esos sentimientos de opresión, suspiros frecuentes sean causa por la futura llegada del neonato.

### ÍTEM 16

Miedo a morir

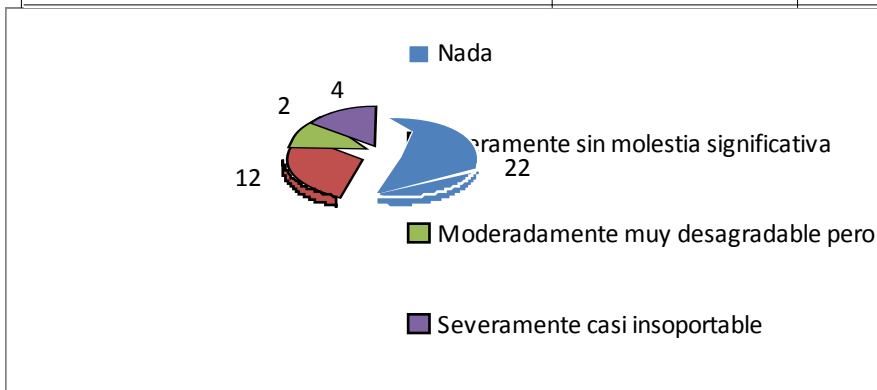
### CUADRO N° 31

**Diseño: Cubero 2011**

### ANALISIS

Del 100% el 55% manifestaron no tener miedo a morir, mientras que 30% de manera ligera, un 10% severamente, y un 5% moderadamente.

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Nada	19	48%
Ligeramente sin molestia significativa	17	44%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	3	8%
Severamente casi insoportable	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**GRAFICO N° 28**

**Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

El temor a la muerte es una sensación que todo ser humano siente en algún momento de la vida, mas aun cuando al pasar situaciones que causen miedo, temor, tensión, estos se intensifiquen y emerjan otro tipo de problemas, es por ello con respecto a la muestra que la futuras mamás experimenten frecuentemente esta situación, por lo mismo se puede constatar que un 55% no siente temor a morir, y un 45% si lo sienten, hay que tomar en cuenta que la diferencia en el sentir o no, no es significativa, ya que una parte también importante siente esta inquietud.

### ÍTEM 17

Sobresaltos

**CUADRO N° 32**

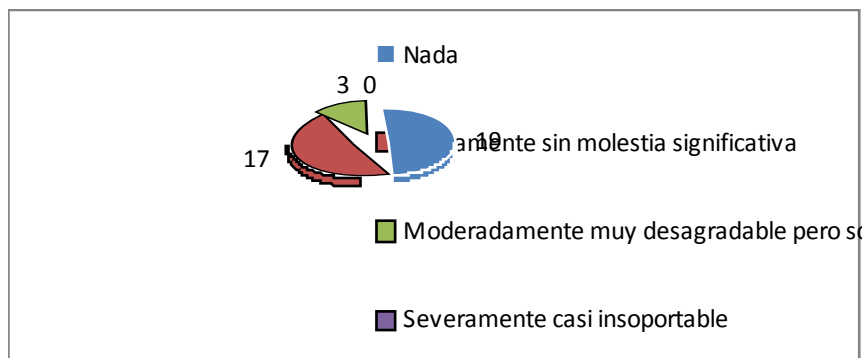
**Diseño: Cubero 2011**

## ANALISIS

Del 100% en lo que respecta en la última semana a sentido sobresaltos, un 48% expresaron no sentirlo, mientras que un 44% sentirlo en forma ligera y un 8%

VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJE
Nada	20	50%
Ligeramente sin molestia significativa	8	20%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	6	15%
Severamente casi insoportable	6	15%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

da.



**GRAFICO N° 29**

**Diseño: Cubero 2011**

## INTERPRETACION

La sensación de temor, susto o inquietud que puede ser proveniente de un acontecimiento repentino e imprevisto, es decir desconocido, por ello un 48% refieren no sentir sobresaltos en ningún momento, pero un 52% manifestaron si sentirlo esta sensación ya la preocupación de cómo ira hacer el proceso de parto si influye de manera importante.

## ÍTEM 18

Indigestión o molestias abdominales

VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJE
Nada	20	50%
Ligeramente sin molestia significativa	14	35%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	6	15%
Severamente casi insoportable	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

ro 2011

### ANALISIS

Con respecto a si siente indigestión o molestias abdominales 50% manifestaron no sentirlo, un 20% una ligera molestia, un 15% moderadamente molesto, y un 15% severamente molesto.

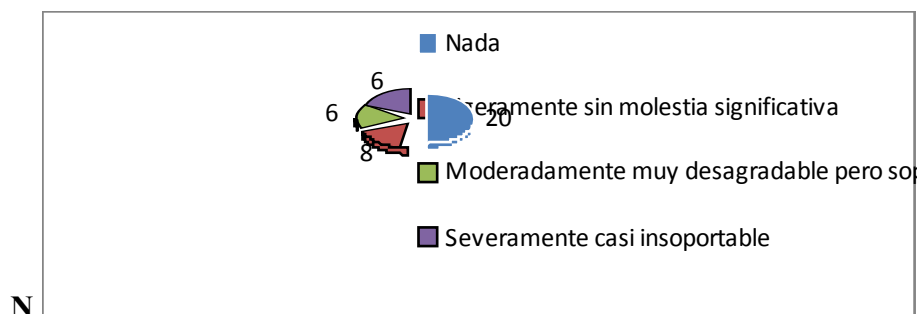


GRAFICO N°30

Diseño: Cubero 2011

### INTERPRETACION

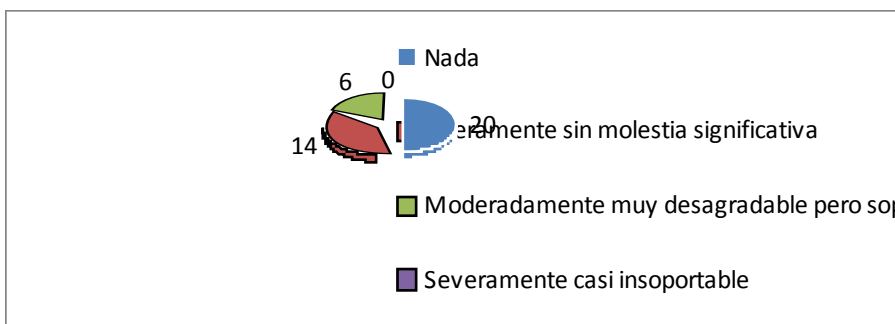
Es normal que durante la gestación sentir un tipo de malestar estomacal pero es preocupante cuando este se intensifica o incrementa o puede ir acompañado de otros síntomas que sean causados por algún de desconfianza o duda, siendo así que un 50% refirieron no sentir ninguna de estas molestias, pero un 50% al igual expresan si tener este tipo de contrariedad.

### ÍTEM 19

**CUADRO N° 34****Diseño: Cubero 2011**

VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJE
Nada	12	30%
Ligeramente sin molestia significativa	16	40%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	8	20%
Severamente casi insoportable	4	10%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Investigadas con respecto a sensación de palidez un 50% refirieron no sentirlo, un 35% sentirlo de forma ligera, y un 15% moderadamente, y un 0% no sentirlo severamente.

**GRAFICO N°31****Diseño: Cubero 2011****INTERPRETACION**

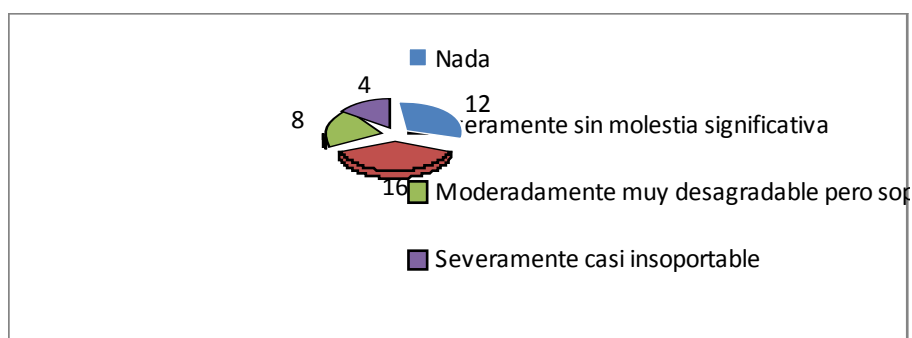
La palidez se define como decoloración de la piel humana es cuando su color natural o más característico es o parece desvaído, es por eso que se evidencia que un 50% manifestaron no sentir este problema, mientras que en su totalidad el otro 50% si lo han sentido por lo cuanto esto es muy importante para detección del síndrome ansioso.

**ÍTEM 20**

**CUADRO N° 35****Diseño: Cubero 2011**

VARIABLE	PRIMIGESTA S	PORCENTAJE
Nada	11	27%
Ligeramente sin molestia significativa	16	39%
Moderadamente muy desagradable pero soportable.	11	27%
Severamente casi insoportable	3	7%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

entes investigadas presentan rubor facial, un 30% no sentirlo, un 20% moderadamente, y un 10% severamente.

**GRAFICO N°32****Diseño: Cubero 2011****INTERPRETACION**

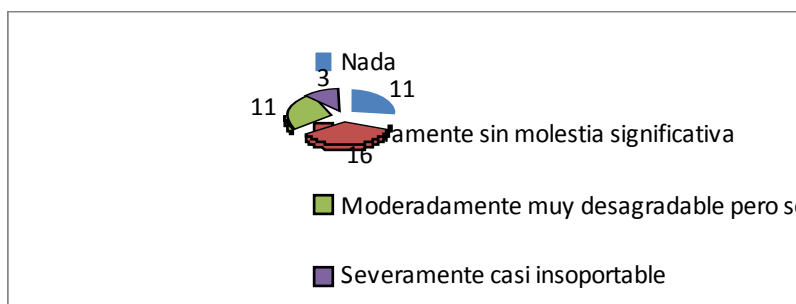
En lo que se refiere al rubor facial que presentan las mamas nófitas, se pueden enunciar que de las 40 que es el total de la muestra un 40% sienten ello de forma ligera y sin molestia, mientras que el porcentaje restante refieren si sentirlo y que en algunas circunstancias si causa molestia y no la causa y causa mucha disgusto.

**ÍTEM 21**



**CUADRO N° 36****Diseño: Cubero 2011****ANALISIS**

Del grupo motivo de la investigación se evidencia que un 39% presento ligeramente sudoración la misma que no fue causada por el calor, un 27% en forma moderada, un 27% no sentirlo y un 7% severamente.

**GRAFICO N°33****Diseño: Cubero 2011****INTERPRETACION**

Muchas veces la sudoración que no causada por el calor se presenta por estados de animo o situaciones estresantes por la cual la persona puede estar pasando, es por lo mismo que se puede evidenciar que un 73% en su gran mayoría se presenta este tipo de síntoma generado por la situación de la madre, mientras que un 27% dicen no sentirlo.

**4.1.3 Anexo N° 3**

**Cuestionario Semiestructurado dirigido a madre Primigestas del Área de Ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.**

**PREGUNTA 1**

¿Sabe usted que es un trabajo de parto?

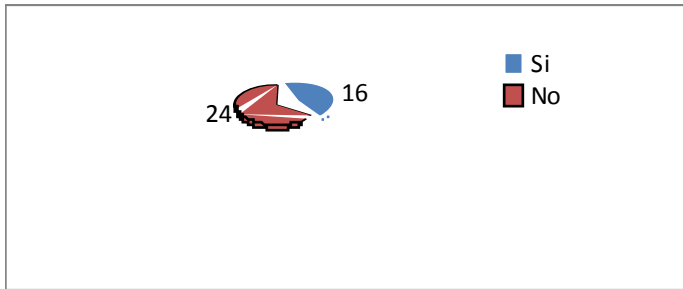
	VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
CUA N° 37 Diseño	Si	16	40%
	No	24	60%
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**DRO****o:**

## Cubero 2011

### ANALISIS

Del 100% con respecto a si conoce usted que es un trabajo de parto el 40% respondieron que si mientras que el 60% que no.



### GRAFICO N° 34

Diseño: Cubero 2011

### INTERPRETACION

De las 40 madres encuestadas el 60% refirieron no conocer que es un trabajo de parto, mientras que el 40% manifestaron que si, con ello se puede evidenciar la falta de conocimiento que tiene la madre con respecto al desarrollo del parto, y la repercusión que esta falta ocasiona en la misma ya que el conocimiento del mismo puede ayudar al mejor desarrollo del nacimiento, y sobrellevarlo de una forma adecuada.

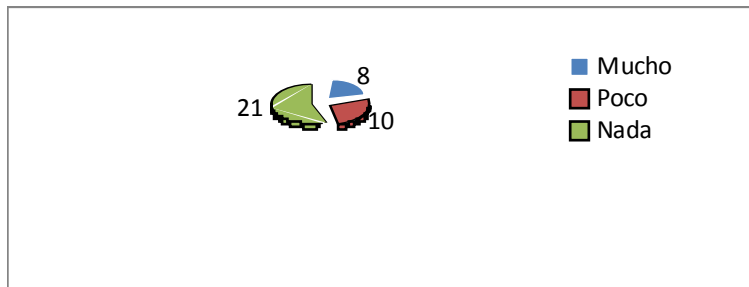
### PREGUNTA 2

¿Ha recibido usted información suficiente como va a desarrollarse su trabajo de parto?

CUA	VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE	DRO
N° 38	Mucho	8	20%	o: ro
Diseñ	Poco	10	26%	
Cube	Nada	21	54%	
2011	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	

## ANALISIS

Con respecto a la pregunta cree usted que a recibido suficiente informaci ón como se va a desarrollar su trabajo de parto, un 54% manifiesta no haber recibido nada, un 26% poco, y un 20% mucho.



**GRAFICO N°35**

**Diseño: Cubero 2011**

## INTERPRETACION

La información que recibe la paciente con respecto a su estado y al desarrollo del mismo puede ser muy importante para la misma ya que el conocimiento propio y lo que se obtenga por parte del personal puede ayudar a la misma para su mejor comprensión, es así que se puede evidenciar que un 54% no han recibido información, un 20% poca información, y un 20% mucha información, recalcando que siendo esto importante para la madre.

## PREGUNTA 3

¿Cuanto conoce usted sobre las etapas del desarrollo prenatal?

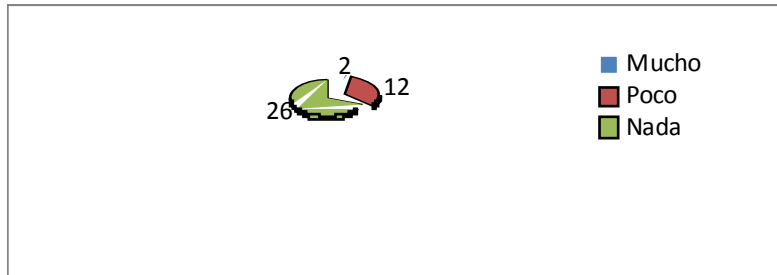
VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Mucho	2	5%
Poco	12	30%
Nada	26	65%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**CUADRO N°39**

**Diseño: Cubero 2011**

## ANALISIS

Se evidencia que el 65% de las pacientes no conocen sobre las etapas del desarrollo prenatal, un 30% poco, y un 5% mucho.



**GRAFICO N°36**

**Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

A nivel del desarrollo prenatal la futura madre y su hijo comienzan su identificación y vinculación es por ello que sería importante que la madre conozca como su hijo crece día a día y se desarrolla dentro de su vientre, evidenciando que el 65% no tienen conocimiento sobre este desarrollo, mientras que 30% poco y un 5% mucho, recalcando que es mínima la muestra que expresan tener información ya sea esta por búsqueda propia o por explicación del especialista.

### PREGUNTA 4

¿Conoce usted como es un pródromo o comienzo de parto?

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Si	5	5%
No	38	95%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

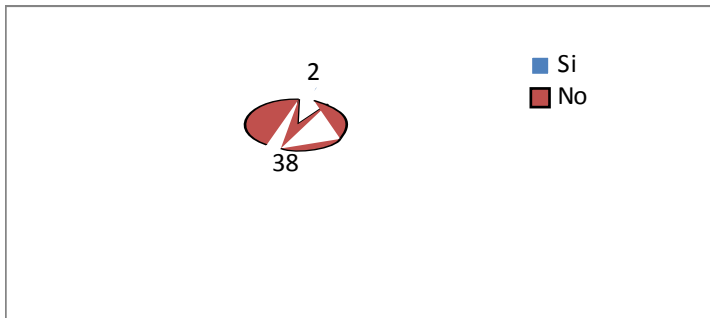
**CUADRO N° 40**

**Diseño: Cubero 2011**

### ANALISIS

Del 100% de la muestra, un 5% expresaron que si conocen que es pródromo o

comienzo de parto, mientras que un 95% manifestaron no saberlo.



**GRAFICO N°37**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

El pródromo o comienzo de parto es el malestar que precede al trabajo de parto en si, es cuando el bebe comienza a ubicarse y el cuerpo de la madre a prepararse para la llegada del mismo, comprobando así que un 95% manifestaron no saberlo, y solo un 5% si estar al corriente en ello.

**PREGUNTA 5**

¿Cuántos centímetros cree que se debe dilatar para que el bebe salga?

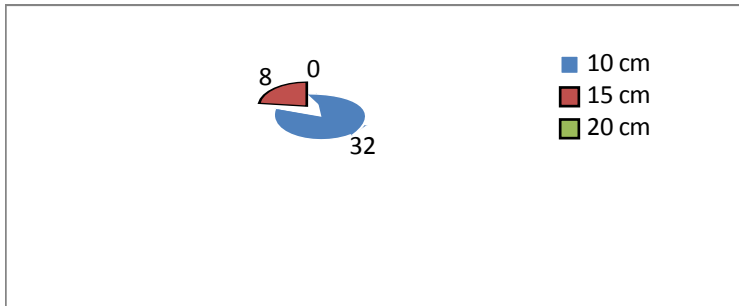
VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
10cm	32	80%
15cm	8	20%
20cm	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**CUADRO N°41**

**Diseño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

De las 40 madres encuestadas un 80% conocen que se deben dilatar 10cm, mientras que un 20% 15cm, y un 0% 20cm.



**GRAFICO N° 38**

**Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

La dilatación es una vez iniciado el trabajo de parto el cuello de la matriz se va reblandeciendo y adelgazando hasta llegar a un aumento considerable del cuello uterino, es importante el conocimiento de esta etapa para que la mamá pueda prepararse adecuadamente para ello, en cuanto a la pregunta un 80% conocen que deben dilatar 10 cm, mientras que un 20% deben dilatar 15cm, lo ultimo quiere decir que todavía existe desconocimiento con respecto a esta etapa.

### PREGUNTA 6

¿Tiene conocimiento sobre que es un trabajo de parto previo?

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	40	100%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**CUADRO N° 42**

**Diseño: Cubero 2011**

### ANALISIS

Del 100% del grupo investigado un 100% manifestaron no conocer que es un trabajo de parto previo, mientras que un 0% no lo conocían.



**GRAFICO N°39**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

Los cambios físicos que preparan el trabajo de parto aparecen unas horas antes, en ocasiones un mes antes o incluso hasta más, en las primerizas, entre dos y cuatro semanas antes del parto, el bebé comienza a descender y a encajarse en la pelvis, el dolor de espalda es común molestias en las piernas parecidas a las de la menstruación, se evidencia que el 100% desconocen esto ya que en muchas ocasiones ellas llegan a confundir el proceso de parto propio, lo que puede generar a la madre mas tensión sobre lo que pueda pasar.

**PREGUNTA 7**

¿Sabe en que consiste el trabajo de parto falso o preparto?

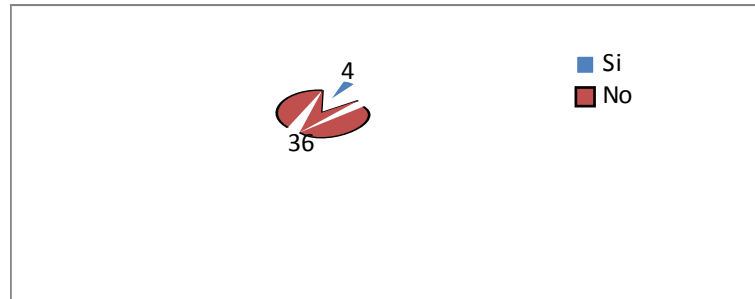
VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Si	4	10%
No	36	90%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**CUADRO N°43**

**Diseño: Cubero 2011**

**ANALISIS**

De las 40 madres encuestadas un 90% no conocen lo que es un trabajo de parto falso y solo un 10% sí lo conocen.



**GRAFICO N°40**

**Diseño: Cubero 2011**

**INTERPRETACION**

En algunos casos se pueden presentar los síntomas, sin que el trabajo de parto haya comenzado, estos pueden ser contracciones irregulares que no aumentan en frecuencia o intensidad, dolor en el abdomen, las contracciones desaparecen al cambiar de posición o caminar, movimientos del bebé ante cada contracción de ello un 90% no manifiestan no distinguir esto y pensar que ya es la hora, mientras que solo un 10% dicen que si lo conocen, siendo así que por desconocimiento cause mayor estrés en la madre e incrementa la ansiedad en ella.

**PREGUNTA 8**

¿Cuántas contracciones se debe tener en 10 minutos para el comienzo del parto real?

1 en 10 min                      3 en 10 min                      5 en 10 min

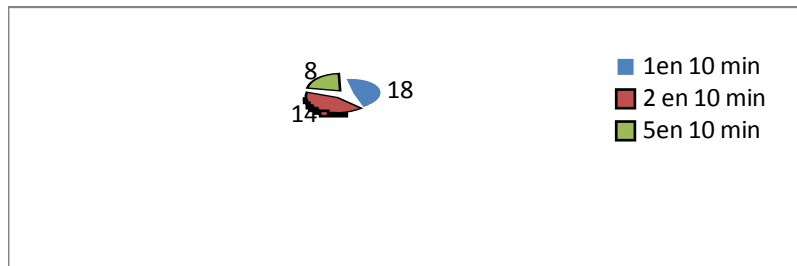
VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
1 en 10 min	18	45%
2 en 10 min	14	35%
5 en 10 min	8	20%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**CUAD**



**ANALISIS**

Se evidencia que 45% expresan que se debe tener 1 en 10 minutos, 35% 2 en 10 minutos, y un 20% 5 en 10 minutos

**GRAFICO N°41****Diseño: Cubero 2011****INTERPRETACION**

Las contracciones del útero en un trabajo de parto son dolorosas y la intensidad de éstas varía de mujer a mujer, dos contracciones que duren más de 30 segundos, cada 10 minutos durante una hora o más, quiere decir que el trabajo de parto real a comenzado y que el bebe esta a punto de nacer, por lo mismo se evidencia que la mayor muestra refiere que deben tener menos 1 o 5 en 10 minutos.

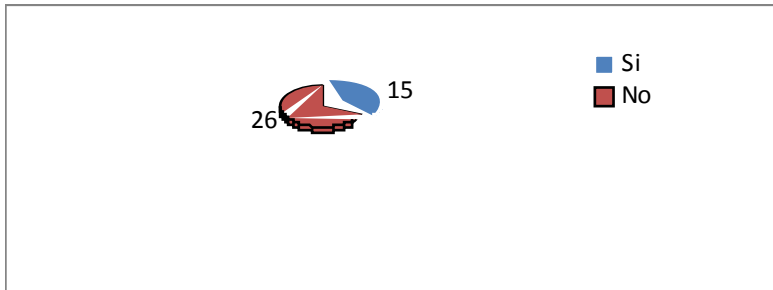
**PREGUNTA 9**

¿Sabe usted la forma adecuada de respiración al momento del trabajo de parto?

VARIABLE	PRIMIGESTAS	PORCENTAJE
Si	15	37%
No	26	63%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**CUADRO N°45****Diseño: Cubero 2011****ANALISIS**

De 100% de las pacientes el 63% manifiestan no saberlo, mientras que un 37% refieren saberlo.



**GRAFICO N°42**

**Diseño: Cubero 2011**

### INTERPRETACION

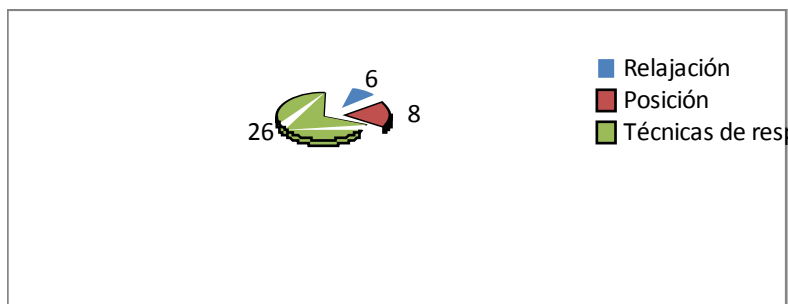
Llama la atención el desconocimiento que tiene la madre sobre métodos correctos que ella puede utilizar durante la labor de parto, ya que los mismos pueden ayudar a este proceso, se puede evidenciar que 63% de las futuras madres no saberlo, mientras que un 37% dicen si saberlo, se constata que el desconocimiento es mayor que el conocimiento.

### PREGUNTA 10

¿De las siguientes herramientas que se pueden utilizar en la labor de parto cual de las siguientes usted conoce?

<b>CUADR</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>O</b>
<b>N°46 Di</b>	Relajación	6	15%	<b>se</b>
<b>ño:</b>	Posición	8	20%	<b>Cu</b>
<b>bero</b>	Técnicas de respiración	26	65%	<b>20</b>
<b>11</b>	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>IS</b>
<b>ANALIS</b>				

El 65% de pacientes que conocen las técnicas de respiración, un 20% posición, y un 15% la relajación.



**GRAFICO N°43**

**Diseño: Cubero 2011**

### **INTERPRETACION**

A medida que el trabajo de parto se intensifica y las contracciones se hacen más intensas, hay diversas herramientas disponibles que podrían hacer su trabajo de parto más confortable y eficiente, por lo mismo se puede constatar que 65% tienen conocimiento básico de las técnicas de respiración durante la labor de parto, un 20% la posición, y 15% la relajación, como se menciona anteriormente siendo importantes para la eficacia y el buen desarrollo de este proceso.

## **4.2 Verificación de hipótesis**

### **Hipótesis**

La Ansiedad Materna y sus Efectos previa a la Labor de Parto de Madres Primigestas del área de Ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo Enero - Junio 2011.

### **VERIFICACIÓN**

Se demostró la hipótesis mediante los resultados de la historia clínica, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Cuestionario semiestructurado dirigido a madre Primigestas del Área de Ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

Una vez obtenida la información necesaria y realizada la calificación respectiva se alcanzó lo siguiente:

1. Se obtuvo total predisposición por parte de las madres, por lo cual se evidencio en la muestra la presencia de síntomas de preocupación, miedo, tensión en un 95% de las pacientes, lo cual es un indicativo importante que permitirá determinar que la futura madre comienza a desarrollar con mayor claridad ansiedad, además se evidencia que un 40% presenta descontrol emocional, un 35% ambivalencia afectiva, y un 25% labilidad emocional, pudiendo existir en la futura madre desarrollo de cambios a nivel afectivo, alteración del sueño en las ultimas semanas se tiene en cuenta que estas alteraciones mencionadas anteriormente son también causa de la incomodidad que produce los movimientos fetales, incrementándose esto por la aprensión inminente a lo que va a suceder. Se puede apreciar que de el total de las gestantes en investigación, el rango de edad fluctúa entre los 14 a 40 años, se localizo que la mayor concentración etaria esta entre los 20 a 30 años siendo esto el 60% de la muestra, seguido así en edades de 14 a 20 con el 20%, y el 20% restante entre los 30y40 años de edad, en relación con el estado civil se encuentra que el 65% de madres son casadas, solteras con un 20%, unión libre con un 10%, divorciadas con 5%, en cuanto a la instrucción un 50% culminaron el nivel superior, un 35% estudios secundarios, y 15% primarios, en lo que se refiere a ocupación un 65% manifestaron que trabajan, el 25% que no trabajaban, y el 10% refirieron que estudian, es importante también mencionar que en cuanto a la planificación del embarazo un 85% manifestaron que era planificado, mientras un 15% refirieron que no lo era.
  
2. Esta investigación fue sustentada por El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se halló que dentro de las 40 pacientes intervenidas psicológicamente, el 40% están dentro de la sintomatología ansiosa moderada, , mientras que el 40% de la muestra se encuentra dentro de ansiedad leve, y el 20% ansiedad severa.

3. En cuanto al cuestionario Semiestructurado dirigido a las Primigestas, los resultados sobre cuanta información tiene la madre sobre el proceso global del de esta etapa se verifico que el 60% tiene desconocimiento en cuanto al desarrollo del embrión y al proceso e identificación de los síntomas reales del parto y su proceso, un 40% conocen lo antes mencionado pero solamente conocimientos vagos, esto llama la atención ya que sus comprensiones son empíricas lo que demuestre que el desconocimiento de todo el proceso gestacional muchas veces causa preocupación, tensión, ante la situación, pudiendo esto síntomas desencadenarse al momento del parto alterando o afectando el mismo.

De lo anteriormente expuesto me permito afirmar que un 40% de las primíparas del Hospital IESS de la ciudad de Ambato, presentaron ansiedad moderada, 40% ansiedad leve, y un 20% ansiedad severa, evidenciando así que toda las madres primigestas en su totalidad experimentan algún tipo de ansiedad producto del desconocimiento y la falta de preparación para ello.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones:**

Al final del trabajo investigativo se puede concluir lo siguiente:

1. Como síntomas de ansiedad materna en las madres se encuentran la preocupación, miedo, tensión, ambivalencia afectiva, descontrol emocional por el desconocimiento, confirmándose así que tanto de otras investigaciones como

de este trabajo, donde lo mencionado anteriormente originan ansiedad, manifestándose estas en manifestaciones físicas lo cual puede alterar proceso del parto.

2. Posteriormente a la entrevista con las pacientes en hospitalización y la toma de datos para la historia clínica, se obtiene como relevante la presencia de distintos signos y síntomas es la tensión, miedo, nerviosismo, en un 95%, descontrol emocional en un 40%, labilidad emocional en un 25%, y ambivalencia afectiva en un 35%, insomnio en 60%, instinto sexual en un 30%, hiporexia en un 10%, siendo el producto fue deseado en 85% y no deseado en un 15%. (Cubero 2011).
3. La detección de ansiedad materna en una muestra de mujeres que cursaban y embarazo medico- psicológico aparentemente normal, permitió identificar que el 100% de las pacientes investigadas presenta ansiedad de algún tipo, así lo demuestra datos estadísticos con 40% ansiedad moderada, 40% ansiedad leve y 20% ansiedad severa de acuerdo al Inventario de Ansiedad de Beck pudiendo los mismos incrementar de forma considerable, siendo este un factor desencadenante de reacciones psicológicas frente a la a labor de parto.
4. En cuanto al cuestionario Semiestructurado dirigido a madres Primigestas, un 60% desconocen que es un trabajo de parto, en lo respecto a la información recibido en lo que se refiere al desarrollo del mismo, es así también el desconocimiento del desarrollo prenatal esta dentro del 95%, un 100% a desconocimiento sobre la forma adecuada de respirar al momento de este proceso de parto es un factor importante el desconocimiento para el incremento de esta patología mental ya que muchas veces la dudas logran maximizar este tipo de reacciones psicológicas
5. En el trabajo investigado se identifico que la muestra presenta s índromes ansiosos causando diferentes alteraciones en días antes, durante y después del proceso, siendo esto afectado tanto la madre como a su hijo, afectando en parte el desarrollo del vinculo madre e hijo, ya que muchas veces la ansiedad puede

desencadenar depresión en el puerperio normal.

6. Se puede apreciar dificultades de temor y tensión antes del proceso de parto por ello se puede manifestar la correlación que existe entre Ansiedad Materna y Labor de parto, se comprueba esta hipótesis ya que los la sintomatología ansiosa esta presente en la neófito, por ello mientras mas se acerca el tiempo del parto mas ansiedad va a producir, produciendo complicaciones y alargamiento del mismo.

## **5.2 Recomendaciones**

1. La dificultad y exigencia de las tareas psicosociales del embarazo, justifican la necesidad de apoyo profesional a las mujeres, para superar inseguridades

y problemas emocionales y así lograr una adecuada adaptación durante la gestación y el parto, conociendo y tomando en cuenta los elementos que conllevan a la aparición de la ansiedad materna en las primigestas, dados estas muchas por desconocimientos falsos o equívocos por terceras personas haciendo de esto un círculo vicioso de mal información.

2. Es importante una vez realizada la investigación mencionar que existe altos porcentajes que presenta ansiedad materna, siendo esto en parte producto de la escasa información que recibe y la falta de conocimiento y comprensión del mismo.
3. Mediante métodos que engloben tanto entrenamientos físicos como psicológicos y técnicas de relajación para la madre que ayuden a disminuir, temor- tensión – dolor y así lograr que sean menos traumáticas para la misma.
4. Procurar un trabajo adecuado e integral donde se inserte al servicio de salud mental, promoviendo así la importancia de La Psicología Clínica para la mejor comprensión de la futura madre, que abarque como un ser total, poniendo énfasis no solo en su estado físico sino también en su estado anímico, trabajando así en un equipo multidisciplinario y fomentando así la salud en su totalidad tomando al individuo como un ente biopsicosocial.
5. Aplicación de métodos importantes del método psicoprofiláctico la cual brinda preparación tanto física y psicológica a la madre para que la misma pueda llevar de manera tranquila su etapa y la terminación de la misma, sin ninguna complicación al momento del puerperio normal.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**



## **6.1 Datos informativos**

### **6.1.1 Tema:**

Aplicación del modelo Psicoprofilactico Cognitivo Conductual, el cual consiste en una preparación física y psíquica durante el embarazo para adiestrarle a la mujer en el acto del parto y suprimir el dolor en madres Primigestas que ingresan al servicio de Ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

### **6.1.2 Institución ejecutora:**

Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

### **6.1.3 Beneficiarios:**

**Directos:** Madres Primigestas del servicio de Ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

**Indirectos:** Familiarespacientes, externos y otros.

### **6.1.4 Ubicación:**

Auditorio del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

### **6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:**

6 meses

### **6.1.6 Equipo técnico responsable:**

- Dra. Evelyn Salame, Psiquiatra de la Institución.
- Dr. Francisco Viteri, miembro del servicio de Ginecología.
- Egda. Tamara Cubero, Psicología Clínica.
- 2 Pasantes de Psicología Clínica de las universidades del país.

## **6.2 Antecedentes de la propuesta**

Nikolaiev, al referirse a la Psicología del Dolor del Parto, otorga importancia no solo a la vía tractoespinal que transmite la excitación interoceptiva de los receptores de la matriz, sino a la acción complementaria que cumple el sistema nervioso simpático, los vasos sanguíneos y otras vías indirectas, por lo tanto además de la excitación mecánica de determinados receptores de la matriz y los ligamentos del peritoneo, destaca los siguientes hechos en el mecanismo del dolor, la modificación patológica del quimismo de los tejidos, la alteración mutua de la regulación mutua entre los componentes corticales y subcorticales, el papel de los mecanismos reflejo condicionados y el segundo sistema de señales y la función analítico- sintética de la corteza cerebral.

Se ha comprobado la existencia de ansiedad materna que afectan a las parturientas primerizas mediante el estudio se concluyó que 100% de las pacientes investigadas presentan ansiedad, siendo el 40% quienes presentan ansiedad moderada, el 40% ansiedad baja y el 20% ansiedad severa, además en el cuestionario semiestructurado dirigido a las madres primigestas, en lo que respecta a la información que ellas obtienen, un 40% si lo conocen, en lo respecto a la información recibido en lo que se refiere al desarrollo del mismo, es así también el desconocimiento del desarrollo prenatal esta dentro del 65% de la muestra.

Por lo que se pudo detectar que las madres primigestas presentan ansiedad materna lo que produce diferentes manifestaciones en las mismas afectando el desarrollo del trabajo de parto, y el puerperio normal, causando en la madre alteraciones en su estado de ánimo.

El método psicoprofiláctico Cognitivo Conductual propuesto es una

herramienta indispensable para disminuir las preocupaciones, miedos, tensiones los cuales provocan ansiedad, esto a través de información detallada de todo el proceso de condicionamiento social que se ha dado sobre el parto y el re condicionamiento de actitudes favorables hacia el proceso y su hijo, durante el embarazo, parto y postparto.

### **6.3 Justificación**

La aplicación de la propuesta es factible ya que las madres primigestas en su totalidad presentan ansiedad materna entre estas graves, moderados, y bajos, además se cuenta con el espacio físico par la aplicación del método, con la predisposición de las pacientes, y el total apoyo de las autoridades del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

El modelo a aplicar es la Psicoprofilaxis este programa ha demostrado su utilidad en la reducción de ansiedad, la duración y la sensación dolorosa durante el parto así como la mejora de la actitud frente al mismo , siendo esto de mucha ayuda tanto para la madre como para su hijo.

La Psicoprofilaxis engloba un diverso número de prácticas educativas de tipo teórico y práctico que se aplican a las mujeres gestantes a partir del sexto mes de embarazo. El objetivo es abordar el parto sin temor y sin dolor mediante una adecuada información sobre el desarrollo del embarazo.

La mujer recibe información sobre la psicología de la gestante y de la pareja y se le entrena con ejercicios prácticos (respiración, relajación abdominal y perineal y pujos) y de tipo psicológico (relajación y autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades en situaciones ansiógenas y habilidades sociales en ámbitos hospitalarios.

Con esta técnica se aspira que las primíparas conozcan de manera detallada como es el desarrollo embrionario, y como lograr una reacción que ayude al proceso de parto, ya que con este método lograr que la madre disminuya sus niveles de ansiedad.

La técnica es aplicable por la sintomatología ansiógena que presentan las madres beneficiando a ella como al producto, debido a que esta técnica puede ser aplicable en 6 sesiones las mismas que se subdividen por clases o medidas.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 General**

Aplicar el “Método Psicoprofiláctico”, a madres primigestas del servicio de Ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

### **6.4.2 Específicos**

Educa a las madres con el fin de que tenga un conocimiento adecuado sobre el embarazo y parto, presentándolo como un proceso fisiológico normal y para un adecuado manejo del dolor.

Modificar las creencias irracionales por racionales eliminando del plano concienical de la mujer el miedo al parto y el temor al dolor.

Reducir niveles de ansiedad, dolores físicos, bajar tensiones, mejorar funciones neurovegetativas y psíquicas, al alcanzar una relajación muscular completa.

## **6.5 Fundamentación Teórica**

### 6.5.1 Introducción

La historia de la preparación para el parto arranca del año 1908 en EE.UU, cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebé como parte de los cursos de salud en el hogar. Pero hasta más adelante no se inicia el estudio más profundo del tema. Fue Dick-Read quien, en el año 1932 en Inglaterra, escribió 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".

Por otro lado diversas tendencias rusas, basándose en la filosofía pavloviana, concluyen que el dolor es una reacción condicionada por estímulos sociológicos y religioso-culturales. Pretenden el descondicionamiento intentando separar el miedo al parto de las contracciones mediante la información, ideas positivas sobre la maternidad, técnicas activas de respiración que precisen esfuerzo y concentración, y la lucha contra la sensación de dolor a través de la relajación.

Lamaze, en Francia en el año 1952 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/a.

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.

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.

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.

Velvovski, en cuanto a las tesis fisiológicas fundamentales sobre las cuales se estructura el método psicoprofiláctico.

1. Las excitaciones de los complicados procesos del parto no son dolorosas durante su curso fisiológico.
2. Las modificaciones en las interrelaciones neurodinámicas se dan por

excitaciones internas y externas, las primeras ocurren por desviaciones o alteraciones en la marcha fisiológica normal del parto y las segundas por emociones negativas que inhiben la corteza.

3. La corteza cerebral rige las sensaciones dolorosas y su intensidad.
4. La presencia de los fenómenos básicos de la actividad nerviosa superior influyen en las sensaciones dolorosas.

El método profiláctico de acuerdo a este planteamiento, pone especial interés en la activación de la corteza cerebral para que su acción comande el parto, lográndose este objetivo por mediación del segundo sistema de señales que busca la formación en la corteza, de un nuevo y poderoso foco de excitación dominante que por inducción recíproca obstaculiza la llegada de impulsos dolorosos periféricos.

También inhibe representaciones dominantes, producto de reflejos condicionados en base a experiencias anteriores o ideas erróneas y finalmente elimina en la parturienta el miedo al parto.

#### **6.5.2 El Método Psicoprofiláctico**

La Psicoprofilaxis del parto debe empeñarse en un conjunto de medidas médico-obstétricas y pedagógicas, que contemple la preparación y educación del personal de la maternidad, quien debe enterarse de los principios y métodos del parto sin dolor y mantener una conducta adecuada durante la labor de parto, debe así mismo contemplar la preparación de la embarazada antes del parto, incluyendo en la misma a la familia y preocuparse finalmente de un correcto régimen médico-obstétrico.

La preparación busca formar en la embarazada un correcto punto de vista acerca del parto, preparándolo como un proceso fisiológico normal y por lo tanto ausente de dolor, las explicaciones también le permiten desarrollar una actitud positiva y racional hacia el acto del parto induciéndolo a una respuesta satisfactoria y alegre por el nacimiento de su hijo, la embarazada debe adquirir un conocimiento científico sobre la fisiología total del parto.

El ciclo de preparación consta de seis sesiones aunque puede variar de tres a ocho de acuerdo a las características de la mujer.

La práctica psicoprofiláctica exige una buena preparación profesional en las áreas obstétricas, Psiconeurológica y Psicológica Clínica.



Previamente, en esta práctica se recomienda determinar las características de la actividad nerviosa por los siguientes métodos:

- Elaboración de una anamnesis detallada sobre la embarazada y sus familiares
- Observación clínica del comportamiento de la mujer durante las entrevistas.
- Determinación del grado de sugestibilidad de la embarazada mediante técnicas conocidas.
- Comprobación del predominio de las reacciones verbales para averiguar la funcionalidad del segundo sistema de señales.

### **Primera Sesión**

Se realiza preferentemente en forma individual buscando los siguientes propósitos:

1. Establecimiento de la relación terapéutica manejando fenómenos afectivos para que la tornen positiva.
2. Recolección de información que apunte aun estudio anamnésico, al establecimiento de las características del sistema nervioso superior y las correlaciones entre el primero y segundo sistema de señales.
3. Investigación particular de la esfera emocional en lo referente a miedos, temores y sufrimientos, sus orígenes y causas.
4. Reforzamiento del fisiologismo del parto y de las ventajas que se conseguirán con el proceso para deshacer las ideas erróneas y los temores infundados.

Luego de esta primera entrevista y los exámenes pertinentes se podrá determinar si el parto será presuntamente normal y complicado, si hay rasgos psicopatológicos, tipo histeria o psicastenia que requieren un manejo especial, o si existen antecedentes patológicos de otra naturaleza.

### **Segunda sesión**

Desde esta sesión se procura efectuar el proceso en grupo, el objetivo fundamental de esta sesión se orienta a eliminar del plano concienical de la mujer el miedo al parto y el temor al dolor.

El miedo, al igual que todas las emociones negativas, cumple una función asténica, es decir de pérdida de energía, en contraste con las emociones positivas que son

esténicas y por lo tanto aumentan la fuerza, por esta causa, el miedo incrementa el dolor y rebaja el umbral de excitación de la corteza, aumentando la inhibición.

El miedo surge principalmente por todas aquellas actitudes irracionales, relatos exagerados de los allegados y la misma experiencia personal de la embarazada, estas huellas se reelaboran durante el proceso del embarazo, por lo cual los dolores se sobredimensionan.

Se debe, por tanto, demostrarle a la mujer lo infundado e inconsistente de dicha ideas siendo necesario descubrir el origen de las mismas, conviene también estimular emociones positivas en base a ejemplos, en los que la sensación del parto es de felicidad e indolora, como cuando sobreviene súbitamente, esta propuesta requiere de gran poder persuasivo y sugestivo del terapeuta recalcándose este tema en las sesiones posteriores.

### **Tercera Sesión**

Se dirige a informar en forma sencilla, pero estrictamente científica, que el parto constituye un acto fisiológico y que por lo tanto debe ser un proceso indoloro, esta sesión se orienta a los aspectos anatómicos y fisiológicos de los órganos sexuales, la función menstrual, la fecundación y el embarazo subrayando el extraordinario crecimiento de la matriz sin que produzca ningún tipo de dolor, hasta llegar a la explicación del parto y sus transformaciones inherentes, reafirmando el papel de distensión y contracción de los órganos que participan en el mismo, es necesario explicar también que a pesar de las excitaciones nerviosas que se dan en el útero y órganos anexos cuando corresponden a un parto normal, no llegan a la corteza cerebral como sensaciones dolorosas, se señala además que el parto, siendo un trabajo físico exige un trabajo energético, siendo imprescindible que esa energía se oriente apropiadamente durante el periodo expulsivo.

El comando de la corteza cerebral y el sistema nervioso durante el parto, se subrayará para obtener conexiones temporales favorables, que a manera de focos excitatorios, actúen durante el proceso del parto.

### **Cuarta Sesión**

Se refiere a la exposición sobre el primer periodo del parto y sus modificaciones fisiológicas, se enseña la conducta apropiada en este periodo y los métodos de

anestesia, se le prepara para que pueda por si misma identificar la sensación de pesadez (no de dolor) que marcara el inicio del trabajo de parto en forma de contracciones, el conocimiento detallado de todas las transformaciones y signos es fundamental para que responda favorablemente durante el momento preciso, si se le adiestra e informa sobre las “medidas de indolorización” que se citan a continuación:

**Primera medida.-** Recostarse tranquilamente.

**Segunda medida.-** Durante las pausas durante las contracciones, se recostará la parturienta sobre el costado en los que se dan los latidos cardiacos del feto para estimular su contacto con las terminaciones nerviosas uterinas.

**Tercera medida.-** En el momento de las contracciones, se acostara sobre su espalda para darle una posición correcta al feto y a la matriz.

**Cuarta medida.-** Respirar profundamente durante las contracciones para proveer adecuadamente de oxigeno al feto, hecho que se dificulta ordinariamente debido a la contracción muscular que estrecha los vasos que van a la placenta, este tipo de respiración es factible de adiestramiento sistemático durante el embarazo.

**Quinta medida.-** Asociar con la respiración rítmica el masaje de la mitad inferior del abdomen para conseguir la disminución de la sensación dolorosa por el acariciamiento de determinadas zonas cutáneas, se les explica de las zonas Snegirev, como representaciones cutáneas de los órganos internos.

**Sexta medida.-** Cuando las contracciones se hacen mas frecuentes, cada 2 o 3 minutos, se aprietan con las yemas de los dedos pulgares los puntos de anestesia que son:

- a) El borde supero anterior de las crestas ilíacas, adelante;
- b) Los ángulos exteriores del rombo lumbar, atrás.

**Séptima medida.-** Durante el periodo de dilatación la mujer tiene que contar las contracciones, señalar su cantidad en 30 minutos y la duración de cada una para conseguir efectos de distracción.

Se complementa esta medida con un cuidado riguroso sobre el vaciamiento de su vejiga.

### **Quinta sesión**

Se le informa a la embarazada sobre la fisiología del segundo y tercer periodo del parto enseñándole la parte terminal del alumbramiento, en esta sesión se reliva el comando cortical del parto para eliminar otro tipo de experiencias como las dolorosas, de modo que, oriente su esfuerzo físico hacia un fin útil y la expulsión sea más rápida, se le enseña las reglas de conducta en todos los periodos del parto y los ejercicios respiratorios.

### **Sexta sesión**

Es dedicada el tema “Alegría de la Maternidad” recalcándolos valores positivos de la misma y enumerando las medidas psicofiláticas del postparto.

Recomendaciones:

- El Intervalo entre la última sesión no debe ser mayor de cinco días.
- Llevar un registro minucioso de la mujer embarazada.
- Al final de la última sesión entregar un certificado de haberse preparado para el parto sin dolor.

#### **6.5.3 Otros métodos psicofiláticos atienden a dos elementos básicos:**

1. Supresión de las ideas irracionales con relación al dolor del parto creándolas condiciones más favorables para que se de cómo un acto fisiológico normal.
2. Una educación orientada hacia los campos psicológico, pedagógico y físico.

En general, se recomienda actuar sobre grupos de cuatro a seis embarazadas, separadas las multíparas de las primíparas, el número de sesiones puede ser de nueve a diez, sintetizadas de la siguiente manera:

#### **Primera clase:**

Generalidades sobre el método, el parto como proceso fisiológico, el dolor en el y su relación con la tensión muscular y los temores aprendidos.

#### **Segunda clase:**

Anatomía y fisiología de los órganos reproductivos, ejercicios respiratorios y relajación en posición acostada.

**Tercera clase:**

Continuación de los ejercicios anteriores, control de las contracciones uterinas del embarazo, balanceo de la pelvis en posición acostada y reforzamiento de la musculatura abdominal.

**Cuarta clase:**

Ensayos de coordinación entre ejercicios respiratorios y de relajación con las contracciones uterinas y entre ejercicios perineales y pujos.

**Quinta clase:**

Exposición sobre cuidados prenatales. Hábitos alimentarios y manifestaciones del embarazo, ejercicios respiratorios y de relajación en posición sentada y arrodillada.

**Sexta clase:**

Fisiología del parto y puerperio. Ejercicios en posición para relajación y respiración.

**Séptima clase:**

Sensaciones y apoyo durante el parto, relajación, ejercicios respiratorios y pujos.

Las siguientes clases sirven para repasos, contestación de inquietudes, corrección de errores, discusiones grupales, y otras actividades complementarias.

## 6.6 Metodología

<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>
Logística	Identificar el espacio físico donde se aplicara el método.	Preparación del material teórico práctico.	Aula Material de oficina. Material bibliográfico.	Investigadora.	Del 15 al 28 de febrero.
Encuadre	Establecimiento de normas y objetivos.	Reunión con el equipo de trabajo.	Aula. Material de oficina. Material bibliográfico. Humanos.	Investigadora.	Del 1 al 15 de marzo.
Empatía	Establecimiento y fortalecimiento de la relación terapéutica.	Recolección de información, estudio anamnésico.	Historia Clínica. Material de Oficina. Humanos (pacientes).	Investigadora.	Del 15 al 31 de marzo.
Entrenamiento	Conocimiento y sociabilización del método.	Exposición y explicación del modelo, y de actitudes irracionales	Auditorio. Material de oficina. Material bibliográfico. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 1 de abril al 15 de abril.

CUADRO N° 47

Diseño: Cubero 2011

<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>
Aplicación del Método	Dominio de la Técnica.	Psi coeducación. Entrenamiento físico y psíquico.	Auditorio. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 2 de mayo al 31 de junio.
Técnica de Apoyo	Fortalecimientos.	Errores. Discusiones grupales.	Aula. Material de oficina. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 1 al 15 de julio.
Evaluación	Reacción en el puerperio.	Reacciones de la madre en el posparto.	Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 16 al 29 de julio.

**CUADRO N° 48**

**Diseño: Cubero 2011**

**6.6.1 MODELO OPERATIVO  
TECNICA DE RELAJACION**

**Fase N° 1 Inducida por el terapeuta 1ra. Sesión**

<b>Áreas de relajación</b>	<b>Orden</b>	<b>Indicación</b>	<b>Duración</b>
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

**Fase N° 2 Reforzamiento por el terapeuta 2da. Sesión**

<b>Áreas de relajación</b>	<b>Orden</b>	<b>Indicación</b>	<b>Duración</b>
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte sup.	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

**Fase N° 3 Auto Inducida por el paciente 3ra. Sesión**

<b>Áreas de relajación</b>	<b>Orden</b>	<b>Indicación</b>	<b>Duración</b>
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte sup.	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos



Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos
--------------------------------	------------	---	-------------

**CUADRO N° 48**

**Diseño: Cubero 2011**

## 6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

### 6.7.1 Recursos Físicos o Institucionales

- Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud
- Hospital IESS de la Ciudad de Ambato.

### 6.7.2 Recursos Humanos

- Investigador: Tamara Gabriela Cubero Morejón.
- Tutor: Dr. Jorge Villa

### 6.7.3 Materiales

- Materiales de oficina
- Equipos
- Transporte
- Servicios varios

### 6.7.4 Económicos.

CU	MATERIAL	PRECIO	AD
RO	Personal de Apoyo, 300 mensuales por mes, durante 6 meses.	\$2000	N°
49	Materiales de Oficina y adquisición de equipos, colchonetas, pizarras.	\$ 600	Dise
ño:	Material de Escritorio.	\$60	Cub
ero	Transporte	\$ 70	2011
Nota	Imprevistos	\$30	: El
proy	<b>TOTAL</b>	<b>\$2830</b>	ecto
será			auto
finan			ciado
por			el

investigador, la institución brinda todas las facilidades en infraestructura y en la viabilidad para la recolección de información de la muestra seleccionada.

### 6.7.5 CRONOGRAMA

El diagrama a utilizar es la barra de Gantt mismo que permite visualizar el tiempo a base de semanas en que se realizo cada actividad

TIEMPO ACTIVIDADES	Enero				Feb.				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del tema	→																											
Elaboración del Marce Teórico	→																											
Recolección de información	→																											
Metodología	→																											
Procesamiento de Datos	→																											
Marco administrativo	→																											
Entrega de tesis	→																											
Presentación del Informe	→																											
Defensa de la tesis	→																											

CUADRO N° 50

Cubero 2011



## **BIBLIOGRAFÍA**

- AEPNYA, (2010), MANUAL DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE Tomo I, Editorial Medica Panamericana, Madrid España.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Ed. Masson (2003) MANUAL ESTADÍSTICO Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, Barcelona, España.
- BADOS ARTURO” (2009) TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA”
- BALAREZO CH, LUCIO (2005). PSICOTERAPIA, segunda edición, Quito-Ecuador, pg. 263-273.
- BOTERO (2008) GINECOLOGIA Y OBSTERICIA
- CABALLO. E. VICENTE, Director, (2005), MANUAL PARA LA EVALUACION CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, Madrid, España.
- CASSEM H. NED, STERN THEODORE, ROSENBAUM JERROLD JELLINEK MICHAEL, (1998) “MANUAL DE PSQUIATRIA EN HOSPITALES GENERALES”, Cuarta Edición en Español, Madrid España.
- DAVID P MOORE, JAMES W. JEFFERSON, (2005), MANUAL DE PSIQUIATRIA MEDICA Edición en español.

- FLORENZANO RAMON, ZEGERS BEATRIZ, PSICOLOGIA MEDICA, Concepción, Chile.
- JUAN JOSÉ RUIZ SÁNCHEZ Y JUSTO JOSÉ CANO SÁNCHEZ, MANUAL DE PSICOTERAPIA COGNITIVA. IV. APLICACIONES CLÍNICAS: Elementos Básicos.  
[www.psicologia-online.com/.../manual15.htm](http://www.psicologia-online.com/.../manual15.htm)
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. BALTIMORE, MARYLAND, WILLIAM WILKINS, (1997),"SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA", Argentina, Editorial Panamericana.
- LUIS A OBLITAS GUADALUPE' (2008), MANUAL DE PSICOLOGIA CLINICA Y DE SALUD HOSPITALARIA", Bogotá Colombia.
- MOORE K.L, (2008), EMBRIOLOGÍA CLÍNICA, N° 536, España.
- M. GELDER, R. MAYOU, J. GEDDES (1999), OXFORD "PSIQUIATRIA" , 2da Edición
- PAPALIA DIANE E., WENDKOS OLDS SALLY (2000), "PSICOLOGIA DEL DESARROLLO" 7ma Edición.
- TUTORIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA, Dr. Luis Herrera, Dr. Arnaldo Medina, Dr. Galo Naranjo. Ambato-ecuador (2003).
- VÁZQUEZ BAQUERO JOSÉ LUIS, GÓMEZHERRÁN ANDRÉS,

FASES INICIALES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES  
“TRASTORNOS DE ANSIEDAD” MASSON.

6.8 ANEXOS

ANEXO 1

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
IESS HOSPITAL AMBATO  
HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

Fecha de evaluación: .....

**DATOS DE FILIACIÓN:**

- Nombres ..... y
- Apellidos: .....
- Cédula: .....
- Historia Clínica: .....
- Edad: .....
- Fecha de Nacimiento: .....
- Nacido y Residente: .....
- Instrucción: .....
- Ocupación: .....
- Estado Civil: .....
- Religión: .....
- Lateralidad: .....
- Fecha de Admisión: .....

APP.....

APF.....

**CONDICION SOCIO-ECONOMICA:**

.....  
.....  
.....

**MOTIVO DE CONSULTA**

.....  
.....  
.....

**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**

.....  
.....  
.....  
.....

**PSICO ANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA**

**Prenatal:** .....

.....  
.....

**Natal:** .....

.....

**Infancia:**.....

**Pubertad:**.....

**Madurez:**.....

**PSICO ANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLOGICA:**

**HISTORIA SOCIAL**

**HISTORIA LABORAL**

**HISTORIA PSICOSEXUAL**

**EXAMEN DE FUNCIONES**

Conciencia:.....

Atención:.....

Sensopersepciones:.....

Memoria:.....

Afectividad:.....

Inteligencia:.....

Pensamiento:.....

Voluntad:.....

Instintos:.....

Hábitos:.....

Juicio y Razonamiento:.....

**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:**

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

.....  
**DIAGNOSTICO DEFINITIVO:**  
.....

.....  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**  
.....  
.....  
.....

**ANEXO 2**

**INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**

**Nombre:**..... **E**

**dad:**..... **Fecha:**.....

A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de ansiedad, por favor lea cuidadosamente cada reactivo de la lista. Indique el grado en que le haya molestado cada síntoma durante la ULTIMA SEMANA colocando una "x" en el espacio correspondiente a la columna que se encuentra junto a cada síntoma

<b>SINTOMAS</b>	<b>Nada</b>	<b>Ligeramente sin molestia significativa</b>	<b>Moderadamente muy desagradable pero soportable</b>	<b>Severamente casi insoportable</b>
Hormigueo o adormecimiento de extremidades				
Oleadas de calor o bochornos				
Debilidad y temblor en las piernas.				
Incapacidad de relajarse.				
Temor a que sucediera lo peor.				
Mareo o ligereza de cabeza.				
Palpitaciones o Taquicardia.				
Sensación de inestabilidad e inseguridad física.				
Terror.				
Nerviosismo.				
Sensación de ahogo.				
Temblor de manos.				
Temblor generalizado o estremecimiento (agitación).				



Miedo a perder el control.				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir.				
Sobresaltos.				
Indigestión o molestias abdominales.				
Palidez.				
Rubor Facial.				
Sudoración (no causada por el calor).				

### **ANEXO 3**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO DIRIGIDO A MADRES  
PRIMIGESTAS PREVIA A LABOR DE PARTO DEL ÁREA DE  
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO**

#### **INSTRUCCIONES GENERALES:**

De la calidad y objetividad de sus respuestas, depende la bondad de nuestro trabajo.

Para esto: Lea detenidamente cada una de las preguntas y proceda a contestarlas.

#### **CUESTIONARIO**

1. ¿Sabe usted que es un trabajo de parto?

SI ( )

NO ( )

2. ¿Ha recibido usted información suficiente como va a desarrollarse su trabajo de parto?

MUCHO ( )

POCO ( )

NADA ( )

3. ¿Conoce usted las etapas del desarrollo prenatal?

MUCHO ( )

POCO ( )

NADA ( )

4. ¿Conoce usted como es un pródromo o comienzo de parto?  
SI ( )  
NO ( )
5. ¿Cuántos centímetros cree que se debe dilatar para que el bebe salga?  
10cm ( )  
15cm ( )  
20cm ( )
6. ¿Tiene conocimiento sobre que es un trabajo de parto previo?  
SI ( )  
NO ( )
7. ¿Sabe en que consiste el trabajo de parto falso o preparto?  
SI ( )  
NO ( )
8. ¿Cuántas contracciones se debe tener en 10 minutos para el comienzo del parto real?  
1 en 10 min ( )  
3 en 10min ( )  
5 en 10 min ( )
9. ¿Sabe usted la forma adecuada de respiración al momento del trabajo de parto?  
SI ( )  
NO ( )
10. ¿De las siguientes herramientas que se pueden utilizar en la labor de parto cual de las siguientes usted conoce?  
Relajación ( )  
Posición ( )  
Técnicas de respiración ( )

**Gracias por su Colaboración**

**ANEXO 4**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



Hospital IESS de la Ciudad de Ambato

**ANEXO 5**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



De derecha a izquierda: Srta. Tamara Cubero (Egresada).  
Dr. Francisco Viteri (Ginecólogo Hospital IESS Ambato).

## **ANEXO 6**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



De derecha a izquierda: Dra. Evelyn Salame (Psiquiatra, Hospital IESS Ambato)  
Madre Primigesta (Área de Ginecología Hospital IESS), Srta. Tamara Cubero  
(Egresada).