



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Expresiones de afecto como atenuantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto en mujeres atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada"; del Instituto de Salud del Estado de México.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

Israel Adrián Barrios Custodio
Verónica Rubo Tellez

R. Gómez

Director de Tesis : Lic. Raúl Rutilo Gómez López

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

México D.F.

septiembre 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
FALLA
DE
ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Índice	Pag.
INTRODUCCIÓN	
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 PUERPERIO	4
2.1.1 Clasificación del puerperio	4
2.1.2 Cambios anatomofuncionales en el puerperio	4
2.2 TEORÍA DEL ESTRÉS	16
2.2.1 Agentes estresantes	18
2.2.2 Manifestaciones del estrés	19
2.2.2.1 Fisiológicas	19
2.2.2.2 Psicológicas	20
2.2.2.3 Cognoscitivas	21
2.2.2.4 Verbales y motoras	22
2.2.3 Los factores que influyen en la aparición del estrés	22
2.2.4 Estresores psicosociales	23
2.2.5 El hospital y la hospitalización como determinantes en el ámbito psicológico	24
2.2.6 Acción psicosocial del hospital sobre el paciente	27
2.2.7 Estrés, conflicto y ansiedad	28
2.2.8 Estrés materno	29
2.2.9 Adaptaciones al estrés	30
2.2.10 Características de las respuestas adaptativas	30
2.3 EL ESTRÉS Y LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE NEUMAN	31
2.3.1 Teoría de Neuman	32
2.3.2 Fuentes teóricas	33
2.3.3 Principales conceptos y definiciones	33
2.3.4 Supuestos principales	36
2.3.5 Afirmaciones teóricas	37
2.3.6 Supuestos básicos del modelo de los sistemas de Neuman	37
2.3.7 Ejercicio profesional	39
2.4 APLICACIÓN DEL MODELO DE NEUMAN A TRAVÉS DE LAS PERCEPCIONES	39
2.4.1 Percepciones	41
2.5 LA ATENCIÓN INTEGRAL COMO IMPULSORA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	43
2.6 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS POSTERIORES AL PARTO	47
2.6.1 Porque te sientes abrumada después del parto	47
2.6.2 Trastornos psicológicos posteriores al parto	48
2.6.3 Clasificación de trastornos psicológicos posteriores al parto	48
2.6.4 Etiopatogenia	49
2.6.5 Cuadro clínico	51
2.6.6 Factores de riesgo	52

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.6.7 Diagnóstico diferencial	53
2.6.8 Diagnóstico y tratamiento	53
2.6.9 Función de los medicamentos antidepressivos	54
2.6.10 Efectos secundarios de medicamentos antidepressivos	55
2.6.11 Repercusiones de los trastornos psicológicos posparto	55
2.6.12 Prevención	56
3. JUSTIFICACIÓN	58
4. OBJETIVOS	58
4.1 OBJETIVO GENERAL	58
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
5. HIPÓTESIS	59
6. METODOLOGÍA	59
6.1 TIPO DE ESTUDIO	59
6.1.1 Por el conocimiento que tiene el investigador del fenómeno	59
6.1.2 Por la participación del investigador	59
6.1.3 Por el tiempo en que se estudian los eventos	59
6.1.4 Por el periodo de recolección de datos	60
6.2 POBLACION	60
6.2.1 Tamaño de la muestra	60
6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	60
6.3.1 Criterios de inclusión	60
6.3.2 Criterios de exclusión	60
6.3.3 Criterios de eliminación	61
6.4 VARIABLES	61
6.4.1 Variables independientes	61
6.4.2 Variables dependientes	61
6.5 INDICADORES	61
6.5.1 Indicadores sociodemográficos	61
6.5.2 Indicadores de la percepción de la calidad de atención	62
6.5.3 Indicadores de factores de riesgo	62
6.5.4 Indicadores de la escala de Hamilton: depresión	62
6.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	63
6.6.1 Observación	63
6.6.2 Entrevista	63
6.7 PROCESAMIENTO DE DATOS	64
6.8 VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS	64
6.9 RECURSOS	64
6.9.1 Recursos humanos	64
6.9.2 Recursos materiales	64
6.9.3 Recursos financieros	64
7. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	65
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	117
9. CONCLUSIONES	125
10. RECOMENDACIONES	127
11. GLOSARIO DE TÉRMINOS	129



12. BIBLIOGRAFÍA
13. ANEXOS

132
135

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5

INTRODUCCIÓN.

Las expresiones o muestras de afecto se plantean como una estrategia para que la madre se encuentren menos alteradas emocionalmente durante esta etapa de transición que es la gestación, trabajo de parto y puerperio. La atención de las etapas antes mencionadas generalmente es realizada por médicos, los cuales enfocan únicamente al aspecto patológico, tomando las cuestiones afectivas como innecesarias, más sin embargo, cuando la atención de las etapas antes mencionadas es brindada por un Licenciado en Enfermería y Obstetricia, existe una unificación de los componentes biológicos, psicológicos y sociales, llevando a cabo una practica holista, visualizando al paciente como un sistema, en donde el sistema del paciente es un conjunto dinámico de relaciones establecidas entre los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que lleva implícita la necesidad de brindar una atención integral que se traducirá directamente en la pronta reanudación a un estado de salud o bienestar que surge de la interrelación enfermera-paciente y que se espera que sea percibida como una experiencia positiva, resultado de la calidad de atención.

El embarazo, trabajo de parto y puerperio, son una situación que involucran los elementos del ser humano, echando andar de manera compaginada los aspectos biológicos psicológicos y social, elementos que determinan una expresión biológica, la cual es catalogada como bastante difícil por la serie de cambios y adaptaciones que ésta etapa de transición supone, aunado a ello la falta de una atención integral por otra parte hay factores psicosociales múltiples que se encuentran latentes generadores de estrés (producto de la pobreza en la que se ve inmersa la paciente), y aunado a ellos que se genera durante la hospitalización aceleran la aparición de trastornos psicológicos posteriores al parto (tristeza, depresión y psicosis posparto). Propósito que nos permitirá sugerir alternativas reales, alcanzables y contextualmente realizables, rebasando el prejuicio de actividades ya establecidas de tal forma trabajando en pro del paciente como ser humano.

La perspectiva holística de la salud reconoce al estrés como un factor principal de todos los estados de salud-enfermedad, teniendo presente que cualquier cambio en alguna de las esferas (biológicas, psicológicas y sociales) afectará en mayor o menor grado las restantes. Por lo tanto, el estrés se considera un elemento psicosomático que si no se maneja idóneamente producirá efectos negativos en la persona, conduciéndolo a un estado mórbido, dicho lo anterior, el estrés es digno de tomarse en cuenta puesto que puede ser un problema de salud pública, que afecta a las instituciones de manera organizacional y de manera económica. Por ello es necesario plantear ejercicios de conocimiento de la realidad en donde pueda participar el profesional de salud en busca de alternativas reales para evitar o disminuir el estrés, persiguiendo simultáneamente el objetivo de sugerir alternativas aptas para que el paciente pueda obtener beneficios directos de la

interacción con los profesionales de salud, binomio íntimamente relacionado en el ámbito hospitalario.

La tesis se encuentra comprendida por capítulos a saber: capítulo uno, fundamentación del tema de investigación que es donde se comenta la problemática actual de las alteraciones psíquicas posteriores al parto, así como los que nos motivó a realizar este estudio; el capítulo dos, justificación donde se expresa la necesidad de poder conocer la realidad que se vive dentro de la práctica de los profesionales de salud; en el capítulo tres se describen los objetivos que se persiguen mediante el desarrollo de ésta investigación; en el capítulo cuatro se elaboró una hipótesis del trabajo y una nula, haciendo referencia a las expresiones de afecto como atenuantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto; el capítulo cinco pertenece a la metodología describiéndose el tipo de estudio, población, criterios de selección, variables, indicadores, técnica de recolección de datos, validación de resultados y recursos; capítulo seis denominado marco teórico donde se describen las etapas que conforman los trastornos psicológicos posteriores al parto, se mencionan los cambios que experimenta la mujer en la etapa del puerperio haciendo énfasis en la alteración del estado emocional, causada por una alteración hormonal (biológica) por ello es necesario comprender como es visto el embarazo, trabajo de parto y puerperio en la perspectiva cultural en la que se encuentra inmersa la paciente, lo cual nos lleva al proceso enseñanza-aprendizaje, específicamente la educación para la salud, siendo la base para formar una cultura hacia un estado de completa salud, que tiene como propósito promover que el individuo se esfuerce por conseguir su propia salud y la conservación de la misma y a su vez se promueve una cultura hacia el autocuidado, durante la etapa del embarazo, trabajo de parto y puerperio hay una serie de condiciones cambiantes en el organismo, y a su vez hay una necesidad de adaptación que es expresada por el paciente ya sea verbal y no verbal, se destaca la necesidad de desarrollar percepciones, de tal manera que el mismo hospital y el personal que en el labora pueden influir en la exacerbación o atenuación del estrés, repercutiendo en el ámbito psicológico del paciente.

Se hace referencia a la teoría de Neuman que se hace especialmente aplicable a pacientes que sufren factores estresantes múltiples, que toma en cuenta a los estresores como factores que inciden directamente en el proceso salud-enfermedad; en el capítulo siete, se describen los resultados; en el capítulo ocho se analizan los resultados; los capítulos nueve y diez corresponden a las conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron al desarrollar la investigación y finalmente el capítulo once, doce y trece pertenecen al glosario de términos, bibliografía y anexos respectivamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

La prevalencia de trastornos psicológicos posteriores al parto (tristeza, depresión y psicosis posparto) en todo el mundo han continuado en ascenso, alrededor del 80% de la mujeres experimenta, algunos de esos trastornos, hasta hace poco tiempo estos trastornos no constituían ni siquiera en los países desarrollados una preocupación de peso para los profesionales de salud, cabe mencionar que en nuestra cultura se le da más importancia al embarazo que al puerperio, no sucediendo así en otros países como en China donde el puerperio reviste la misma importancia que el embarazo por lo tanto la incidencia de estos trastornos es menor.

Muchas son las causas probables que se han estudiado considerándose como factores causativos de ésta entidad morbosa los siguientes. Biológico (hormonales y genéticos) y psicosociales, al primero se le da mayor importancia, más sin embargo en éste tipo de población que demanda atención, los factores psicosociales son multidimensionales y complejos (producto de sus condiciones de vida), aunado a ello el estrés que se genera en el momento de la hospitalización y la labilidad emocional por la que cursa la paciente favorecen la aparición de éstos trastornos. En general es poca la atención que se le da al puerperio, que es la etapa en la que la paciente se encuentra vulnerable y se eleva el riesgo de la alteración o curso de esos trastornos, tanto que en la práctica es cada vez mayor la atención por reducir el tiempo de estancia hospitalaria de las mujeres una vez resuelto el embarazo, lo cual se traduce en una deficiente relación personal de salud-paciente, no permitiendo detectar algún problema de salud oportunamente, por otra parte el personal de salud esta acostumbrado a que existan cambios emocionales durante el periodo posparto, por lo tanto hay una tendencia a considerar "normal" este proceso, y por último otro situación que reviste la importancia, es que son más aceptables los síntomas físicos que los emocionales.

Como anteriormente se mencionó esos trastornos afectan a un número considerable de mujeres, tienen una mayor importancia por las consecuencias que estas puedan tener en la familia, en la propia paciente e incluso en el recién nacido.

De tal forma se necesita promover un enfoque holístico de Enfermería en esta etapa de transición, incluyendo dimensiones psicológicas y sociales. Lo anterior apunala la importancia del desarrollo de actividades profesionales del personal de salud, sin dejar de enfatizar en la realización de actividades afectivas (no sólo el contacto físico, sino todas aquellas actividades que van encaminadas a la incorporación del paciente a un estado de completa salud), al desarrollar las mismas estas son percibidas por el paciente como experiencias negativas o positivas afectando en mayor o menor grado el estado de bienestar del paciente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer si las expresiones de afecto son atenuantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto en mujeres atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 PUERPERIO.

Es la etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo, inicia desde el final del alumbramiento hasta la involución "completa" del organismo, esto es aproximadamente entre la 6 y 8 semana. Caracteriza el puerperio el lento retorno del organismo materno al estado anterior a la gestación y el establecimiento de la lactancia.

Puerperio: periodo comprendido entre la expulsión de la placenta completa y regresión a su estado preembarazo y órganos y estructuras que participan durante la gestación. (Botero, 1999).

2.1.1 Clasificación del puerperio.

- Inmediato.- Las primeras 24 hrs., postalumbramiento
- Mediato.- De las 24 hrs., hasta la primera semana postalumbramiento.
- Tardío.- De la primera semana postalumbramiento hasta la 6ta u 8va. semana después del alumbramiento.

2.1.2 Cambios anatomofuncionales en el puerperio.

Signos vitales

Presión arterial: El ajuste hemodinámico depende en gran parte del trabajo de parto y el parto por ejemplo posición materna, método de parto tipo de anestesia y hemorragia, se observa un incremento en el gasto cardiaco después del parto y

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

durante la contracción uterina, aumenta la presión de 10 a 30 mmhg, lo cual se debe a la eliminación de la circulación placentaria y la contracción uterina postalumbramiento, restituyendo cerca de 300 ml, de sangre a la circulación materna, lo que a su vez incrementa la presión venosa central y el volúmen sistólico.

En el periodo inmediato tienden a restablecerse las presiones arteriales de manera progresiva conforme aumenta la diuresis, la hipertensión debe hacerse descartar: Toxemia gravídica, nefropatía, hipertensión esencial, hipotensión, se debe descartar hipovolemia, estado de shock, infección, etc.

Pulso: En el puerperio inmediato hay una disminución en el pulso. Después del parto por estímulo del plexo nervioso abdominal (neumogástrico) o por la relación de un volumen sistólico aumentado con un volumen sanguíneo menor obliga a trabajar mas despacio, lo que da lugar a una variación entre 60 y 70 pulsaciones por minuto que puede considerarse como normal, esto es transitorio y sus valores normales se alcanzan después de la primera semana postalumbramiento. En cambio si presenta taquicardia (elevación de 10 a 15 pulsaciones) se debe descartar infección o anemia.

Respiración: en el periodo inmediato desaparece la disnea presentada durante el embarazo debido a la compresión abdominal y esta se eleva en cantidad en forma relativa hasta que vuelve a la normalidad.

Temperatura: la hipertermia puede traducir la presencia de un cuadro de infección, deshidratación o congestión mamaria.

Temperatura: 36.5 a 37° normalmente, 37.5 a 38° Normal en el puerperio inmediato por reabsorción de pirógenos durante el trabajo de parto, altas concentraciones de prolactina y por el ende mayor actividad mamaria, la hipotermia puede ser signo de hemorragia o de shock hipovolémico.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Peso: Después del parto la mujer pierde de 3 a 4 Kg. de peso debido a la acumulación de líquidos en el espacio intersticial (principalmente) y a los electrolitos acompañantes, a esto hay que añadirle el peso del producto y sus anexos.

Tegumentos: La hiperpigmentación cutánea relacionada con el aumento en la concentración de la hormona estimulante de los melanocitos relacionada también con los niveles estrógenos y progesterona, desaparecen durante el puerperio progresivamente al igual que la hiperhidrosis, el aumento de la secreción sebácea y el eritema palmar, lo que no sucede en las estrías gravidicas las cuales por acción mecánica de estimulación pueden perder su involución normal perdiendo con ello el equilibrio de la relación colágeno, sustancia fundamental y distensión por compresión.

Órgano de los sentidos: A grandes rasgos podemos decir que al quitarse progresivamente la hipertrofia de la hipófisis, llevarse a cabo la disminución de depósitos de iones localizados y perder progresivamente la hipersensibilidad olfativa y gustativa se vuelve al estado pregrávido sin elementos agregados.

Cardiovascular: El corazón pierde el desplazamiento hacia arriba al nacer el producto, con ello se devuelve el eléctrico normal, no existe por el peso normal, no existe por el peso normal de la mujer en el puerperio compresión de los grandes vasos, se favorece por tanto el retorno venoso central. Se normaliza la presión parcial de CO₂. Inmediatamente después del desprendimiento de la placenta disminuye la cuenta de plaquetas, la concentración de fibrinógeno plasmático comienza a disminuir durante el trabajo de parto y llega a su valor más bajo durante el primer día posparto. De ahí en adelante, aumenta la concentración de fibrinógeno plasmático hasta que llega a los valores previos al trabajo de parto aproximadamente del día 3 a 5 del puerperio.

Valores sanguíneos: La activación de los factores de la coagulación que acompaña el embarazo pueden proseguir durante un tiempo variable.

Otros cambios hemodinámicos son la elevación de las cuentas de leucocitos de 15000 a 20000 primordialmente por aumento del número de granulocitos, rara vez se encuentran eosinófilos y podrían estar disminuidos los linfocitos.

La pérdida de sangre promedia de 200 a 300 ml durante el parto vaginal y 500 a 700 ml en caso de operación cesárea. Como no ocurre destrucción rápida de eritrocitos después del parto, la disminución del número puede producirse gradualmente según la vida media de los mismos. Los valores de hemoglobina y hematocrito varían desde el principio del puerperio pero deben aproximarse a los valores previos al parto o a exceder a los mismos en el plazo de 2 a 6 semanas al aproximarse las concentraciones normales.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Conforme se excreta líquido extra celular sobreviene hemoconcentración con incremento concomitante del valor hematocrito.

Endocrino: Disminuye progresivamente el tamaño de la tiroides volviendo a niveles normales la concentración plasmática de yodo inorgánico y de proteínas fijadoras de tiroxina T4, tiroxina, triyodotironina. Se normaliza el tamaño de la suprarrenal disminuyendo el cortisol en plasma (concentración), disminuye la secreción de la aldosterona y la actividad de la renina y la angiotensina progresivamente.

Disminuye progresivamente la hiperplasia de las células beta de los islotes de langerhans existente en el embarazo y con ello la concentración de la insulina basal, los niveles de glucagón se normalizan.

Sistema nervioso central: Al normalizarse los niveles de estrógenos y progesterona se quita la somnolencia, las náuseas, el vómito y la inestabilidad neurovegetativa progresivamente.

Involución del cuerpo uterino: Inmediatamente después de la expulsión placentaria, el fondo del útero contraído está levemente por debajo del ombligo. El cuerpo uterino consiste entonces en su mayor parte de miometrio cubierto por serosa y tapizado por la decidua basal. Las paredes anterior y posterior, en cercana aposición mide cada una 4 a 5 cm. de espesor. Debido a que sus vasos están comprimidos por el miometrio contraído, el útero puerperal en secciones aparece isquémico cuando se le compara con el órgano gestante hiperémico púrpura-rojizo.

Después de los primeros días, el útero comienza a retraerse, de manera tal que en las próximas dos semanas siguientes ha descendido adentro de la cavidad de la pelvis verdadera. Recupera su tamaño previo no gestante en alrededor de 4 semanas. El útero del posparto inmediato pesa aproximadamente 1.000 g. Como consecuencia de la involución, una semana más tarde pese unos 500 g. para disminuir al final de la segunda semana a cerca de 300 g. y muy rápido después a 100 g o menos. La cantidad total de células musculares no disminuye de manera apreciable; en cambio, las células individuales disminuyen marcadamente de tamaño. La involución del esqueleto del tejido conectivo ocurre de manera igualmente rápida.

Debido a la separación de la placenta y las membranas que envuelven la capa esponjosa, la decidua basal permanece en el útero. La decidua que permanece tiene variaciones notables en el espesor, una apariencia dentada irregular y ésta infiltrada con sangre, especialmente en el sitio de la placenta. (Williams, 1998).

Regeneración del endometrio: Dentro de los 2 a 3 días posteriores al parto, la decidua remanente comienza a diferenciarse en dos capas. La capa superficial se vuelve necrótica y se transforma en los loquios. La capa basal adyacente al miometrio permanece intacta y es la fuente del nuevo endometrio. El endometrio

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

se origina a partir de la proliferación de los remanentes glandulares endometriales y el estroma del tejido conectivo interglandular.

La regeneración es rápida, excepto en el sitio de la placenta. En una semana aproximadamente, la superficie libre se recubre de epitelio, y el endometrio entero se recupera durante la tercera semana. Sharman (1953) identificó una restauración total del endometrio en todas las muestras de biopsia obtenidas desde el día 16 posparto en adelante.

La denomina endometritis, identificada histológicamente durante el puerperio es sólo parte del proceso reparativo normal. La menstruación reaparece en las mujeres que no amamantan a sus hijos, menos de 8 veces al día, en un plazo de 6 a 8 semanas después del nacimiento, esta es una descamación del endometrio no secretor. Por lo tanto, el primer o los primeros ciclos menstruales son anovulatorios. Cuando existe lactancia el endometrio se encuentra en reposo ya que no recibe estímulo hormonal u este suele ser insuficiente; es por ello que durante la lactancia por lo general no se presentan ciclo menstrual ni ovulatorio. Cerca del 40% de las mujeres que amamantan a sus hijos reaparece la menstruación en 6 semanas. El 45% la tienen ya al final de la 12ª. Semana y el 90% dentro de las 24 semanas que siguen del nacimiento.

La menstruación reaparece a las 12 semanas después del nacimiento en las mujeres que no amamantan a sus hijos "mínimo 8 veces al día para mantener el estímulo hormonal constante". Cerca del 50% ovulan dentro del primer ciclo, en tanto que el 80% que amamantan uno o más ciclos ovulatorios no tendrán ovulación.

Trompas uterinas: De un modo similar, es casi la mitad de las mujeres en posparto, las trompas de falopio, en 5 a 15 días, demostraron cambios inflamatorios microscópicos característicos de una salpingitis aguda. Esto, sin embargo, no es una infección, sino sólo parte del proceso de involución (Andrews, 1951). Dos semanas después del parto se encuentran en un estado hipoprogénico con atrofia y pérdida parcial de cilios. (Botero, 1999). (Williams, 1998).

Ovarios: En el puerperio inmediato persiste la anovulación, en el puerperio a término entre 40 a 80 días después del parto ocurre nuevamente la ovulación.

Involución del sitio placentario: De acuerdo con Williams (1931), la cicatrización completa del sitio placentario tiene lugar a las seis semanas. Este proceso es de gran importancia clínica ya que cuando es defectuoso, puede sobrevenir una hemorragia puerperal tardía. Inmediatamente después del parto, el sitio placentario es aproximadamente del tamaño de la palma de la mano, pero disminuye después con rapidez. Hacia el final de la segunda semana, tiene 3 a 4 cm. de diámetro.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Dentro de horas del parto, el sitio placentario consiste en numerosos vasos trombosados que sufren finalmente la típica organización de un trombo. (Williams 1931) explicó la involución del sitio placentario de la siguiente forma:

"La involución no se efectúa por la absorción in situ, si no más bien por un proceso de descamación, que se debe en gran parte al debilitamiento del sitio de implantación, por el crecimiento del tejido endometrial. Esto es parcialmente afectado por la extensión y el crecimiento desde bajo del endometrio, desde los bordes del sitio de la placenta y en parte por el desarrollo del tejido endometrial a partir de las glándulas y el estroma que resta en las profundidades de la decidua basal después de la separación placentaria. Esta descamación debe de ser vista como muy conservadora, y como una provisión sabia; de otra manera se podría una gran dificultad en las arterias obliteradas por tejido muerto y en el trombo organizado que, si permanece in situ, debería convertir una considerable parte de a mucosa uterina y miometrio subyacente en una masa de tejido cicatrizal".

Anderson y Davis (1968) concluyeron que en sitio de desprendimiento placentario se pone de manifiesto como consecuencia de una costra necrótica de tejidos superficiales infartados seguido de un proceso reparativo.

Cambios en los vasos uterinos: Un embarazo exitoso requiere un gran aumento en el flujo sanguíneo uterino. Para proporcionarlo, las arterias y las venas dentro del útero, y en especial en el sitio placentario, se agrandan notablemente, así como lo hacen los vasos de transporte hacia el útero y desde él. En el interior del útero, el crecimiento de los nuevos vasos proporciona el aumento marcado en el flujo de sangre. Después del parto, el calibre de los vasos extrauterinos disminuyen al mismo tamaño, o similar al estado previo al embarazo. En el interior del útero del puerperio, los vasos sanguíneos se obliteran por cambios hialinos, y los vasos que son más pequeños los remplazan. La reabsorción de los residuos hialinos se cumple por un proceso similar al que se observa en los ovarios después de la ovulación y la formación del cuerpo lúteo. No obstante, durante años pueden persistir vestigios menores.

Cambios en el cuello y en el segmento inferior: El borde cervical externo, el cual corresponde al orificio externo, por lo general está desgarrado, en especial lateralmente. La dilatación cervical se contrae con lentitud, y durante pocos días posteriores al trabajo de parto admite con facilidad la entrada de dos dedos. Hacia el final de la primera semana, ya se ha estrechado. A medida que el orificio se contrae, se engruesa el cuello y el canal se corrige.

No obstante, el momento de la involución completa, el orificio externo no recupera por completo su apariencia pregrávida. Permanece más amplio y de manera característica, las depresiones bilaterales en el sitio de los desgarros permanecen como cambios permanentes que caracterizan al cuello que ha parido.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El segmento inferior marcadamente adelgazado se contrae y se retrae pero no en forma tan enérgica como el cuerpo del útero. En el curso de unas pocas semanas, el segmento inferior se convierte de una estructura claramente evidente, lo bastante grande como para contener la mayor parte de la cabeza fetal, en un ítem uterino escasamente discernible ubicado entre el cuerpo uterino por arriba y el orificio interno del cuello por debajo.

Vagina o introito: Tempranamente en el puerperio, la vagina y el introito forman un pasaje de paredes lisas, espacioso, que gradualmente disminuye de tamaño pero que rara vez vuelve a las dimensiones de una nullipara. Las rugosidades reaparecen hacia la tercera semana. El himen está representado por diferentes pequeños apéndices de tejido, los cuales durante la cicatrización se convierten en las carúnculas mirtifórmes. La vagina por el paso del feto se encuentra edematosa, muy vascularizada, lisa y el tono muscular muy disminuido, recuperándose durante la tercera semana, se recomiendan los ejercicios de Kegell. (*Williams, 1998*), (*Botero, 1999*).

Peritoneo y pared abdominal: Los ligamentos anchos y redondos son mucho más laxos que cuando no hay gestación y necesitan un tiempo considerable para recuperarse del alargamiento y de la relajación que ocurre durante el embarazo.

Como resultado de la ruptura de las fibras elásticas en la piel y en la distensión prolongada causada por el útero gestante, las paredes abdominales permanecen blandas y flojas. El retorno al estado de normalidad para estas estructuras requieren varias semanas, aunque la recuperación puede ayudarse con ejercicios.

Excepto por las estrías plateadas, la pared abdominal generalmente recupera su apariencia anterior al embarazo, pero cuando los músculos permanecen atónicos, la pared abdominal también permanece laxa. Allí puede haber una marcada separación o distasis de los músculos rectos. En este caso, la pared abdominal en la vecindad de la línea media está formada solamente por peritoneo, la fascia adelgazada, la grasa subcutánea y la piel.

Cambios en el tracto urinario: La vejiga del puerperio tiene una capacidad aumentada y una insensibilidad relativa a la presión del líquido vesical. La sobredistensión, el vaciamiento incompleto y la excesiva orina residual son frecuentes. El efecto paralizante de la anestesia, especialmente la analgesia de conducción, y la función neural de la vejiga temporariamente alterada son sin duda factores contribuyentes. La orina residual y la bacteriuria en una vejiga traumatizada, junto con la pelvis renal y los uréteres dilatados, crean las condiciones óptimas para el desarrollo de una infección urinaria. Los uréteres y la pelvis renal dilatados vuelven a su estado pregestacional a partir de las 2 a 8 semanas después del parto.

Kerr-Wilson y col. (1984) estudiaron el efecto del trabajo de parto sobre la función de la vejiga del posparto con el empleo de técnicas urodinámicas. Concluyeron en que cuando se evitaban los trabajos de parto prolongados y se realizaba la cateterización prontamente para la distensión de la vejiga, no había evidencias de hipotonía vesical. Adolf y col. (1994) utilizaron la ultrasonografía para medir el volumen residual 3 días después del parto vaginal 539 mujeres consecutivas no seleccionadas. Sólo 12 (1,5%) presentaban volúmenes anormales y sólo 4 necesitaron cateterización vesical. La retención urinaria fué más frecuente después del parto instrumental o de la analgesia epidural. Las mismas mujeres fueron estudiadas nuevamente 4 años más tarde y un tercio había tenido dificultades de vaciado.

Viktrup y col. (1992) hicieron el seguimiento de 305 mujeres nulíparas durante el embarazo y el posparto; el 7% desarrolló incontinencia por esfuerzo después del parto. Factores obstétricos como duración de la segunda etapa del trabajo de parto, circunferencia de la cabeza del recién nacido, peso al nacer y episiotomía se asociaron con el desarrollo de incontinencia después del parto. El deterioro de la función muscular de la uretra o alrededor de ella durante el parto vaginal fué propuesto como mecanismo fisiopatológico de la incontinencia del puerperio.

La mayoría de las mujeres vuelven a la micción normal aproximadamente a los 3 meses posparto. "La atención cuidadosa de todas las mujeres en el posparto, con una pronta cateterización para aquellas que no pueden vaciar la vejiga, podrá prevenir la mayor parte de los problemas urinarios".

Mamas: Aumentan gradualmente de tamaño durante todo el embarazo bajo la influencia de los estrógenos (sistema ductal) la progesterona (alvéolos) y la somatomamotropina (lactógeno placentario), todas ellas secretadas por la placenta. Este proceso se acompaña de ingurgitación vascular que alcanza su máximo. Entre el segundo y cuarto día después del parto. (Beischer, 2000).

Endocrinología de la lactancia: Los mecanismos precisos humoral y neuronal involucrados en la lactancia son complejos. La progesterona, el estrógeno y el lactógeno placentario, así como la prolactina, el cortisol y la insulina parecen actuar en concierto para estimular el crecimiento y el desarrollo del aparato secretor de la leche de las glándulas mamarias (Poter, 1974). Con el parto, hay una caída abrupta y profunda en los niveles de progesterona sobre la producción de α -lactoalbúmina, actúa estimulando la lactosa sintetiza y finalmente aumenta la lactosa en la leche. El déficit de progesterona también permite actuar a la prolactina sin oposición en su estimulación de producción de α -lactoalbúmina.

La intensidad y la duración de la lactancia posterior se controla, en gran parte, por el estímulo repetitivo de la succión. La prolactina es esencial para la lactancia; la mujer con necrosis pituitaria extensiva, como ocurre en el síndrome de Sheehan,

no amamanta. Aunque la prolactina en el plasma cae después del parto a niveles más bajos que durante el embarazo, cada acto de succión desencadena una elevación en los niveles (McNeilly y col., 1983).

Presumiblemente, un estímulo a partir de la mama reduce la liberación de un factor inhibidor de la liberación de prolactina proveniente del hipotálamo; eso, a su vez, induce un aumento transitorio en la secreción de prolactina.

La neurohipófisis, de una manera pulsátil, segrega oxitocina. Esta estimula la expresión de la leche de una mama en periodo de lactancia al ocasionar la contracción de las células mioepiteliales del alvéolo y los pequeños conductos de la leche. La eyección de la leche, o "bajada de la leche", es un reflejo iniciado especialmente por la succión, que estimula la neurohipófisis para liberar oxitocina (McNeilly y col., 1983). Incluso podría ser provocado por el llanto de un lactante o inhibido por el susto o estrés.

En las mujeres que continúan con la lactancia pero que recuperan la ovulación, hay alteraciones agudas en la composición de la leche 5 a 6 días antes de la ovulación y 6 a 7 días después de ella (Hartmann y Prosser, 1984). Estos cambios son abruptos y se caracterizan por una concentración aumentada de sodio y cloro, junto con una disminución en la concentración de potasio, lactosa y glucosa. En las mujeres que se embarazan pero que continúan amamantando, la composición de la leche sufre alteraciones progresivas que sugieren una pérdida gradual de la actividad metabólica y secretora (Hartmann y Prosser, 1984).

Temperatura: Se pensó que la tumefacción de las mamas con leche, común en el tercero o cuarto día, era la responsable de la elevación de la temperatura. Este hecho, denominado "fiebre de la leche", fue considerado fisiológico. La fiebre puede ser el resultado de inflamación vascular y linfática extrema, pero no dura más de 24 horas. La presencia de fiebre en el puerperio implica una infección más probablemente en el tracto genitourinario hasta que se demuestre lo contrario.

Entuertos: En las primíparas, el útero del puerperio permanece tónicamente contracturado. En las multiparas en particular, el útero a menudo se contrae vigorosamente a intervalos y da origen a los entuertos. Ocasionalmente estos dolores son suficientemente intensos como para requerir la administración de un analgésicos. Los entuertos se manifiestan en especial cuando el lactante succiona, ya que desencadena un reflejo neuroendocrino el cual por vía medular estimula la liberación de oxitocina. (Danforth, 2000).

Por lo general disminuyen en intensidad y son leves hacia el tercer día posparto. Se recomienda el uso de inhibidores de Ca^{++} , ya que disminuye la cantidad de Ca^{++} que entra al músculo y se bloquea el efecto contráctil de la oxitocina y la alfa.

Loquios: Precozmente en el puerperio, la descamación del tejido decidua resulta en una descarga vaginal de cantidad variable; este material se denomina loquios. Microscópicamente, los loquios consisten en eritrocitos, fragmentos de decidua, células epiteliales y bacterias. Los microorganismos que se encuentran en los loquios están mezclados con los de la vagina y están presentes en la mayoría de los casos aun cuando la evacuación ha sido obtenida de la cavidad uterina. (Ahued, 2000).

Durante los primeros días después del parto, la sangre en los loquios es suficiente como para darles un color rojo lochia rubra. Después de 3 a 4 días, los loquios se vuelven progresivamente de un color más pálido lochia serosa.

Después de alrededor de 10 días, debido a una mezcla de leucocitos y a una cantidad reducida de líquido, los loquios toman un color blanco o blanco amarillento lochia alba.

- **Loquios rojos:** La descarga de color rojo oscuro se produce durante los dos o tres días del puerperio y contiene células epiteliales, leucocitos, eritrocitos, residuos de decidua, y ocasionalmente, meconio, lanugo y vérmix caseoso del feto.
- **Loquios serosos:** Aparecen desde el tercero hasta el décimo día, se caracterizan por color sonrosado y aspecto serosanguinolento, están compuestos por exudado seroso, residuos de decidua en degeneración, eritrocitos, moco cervical y numerosos microorganismos.
- **Loquios blancos:** Es la descarga final y esta compuesta primordialmente por leucocitos, grandes células decíduales mononucleares irregulares o redondas, fusiiformes, células epiteliales tanto planas como cilíndricas, grasas, moco cervical, cristales de colesterol y bacterias.

El número total de loquios expulsados es de 240 a 270 ml aproximadamente.

Es necesario valorar los loquios no sólo para identificar la presencia de hemorragia, sino también para valorar la involución uterina. Tipo, cantidad y consistencia de los loquios, señala el estado de salud del sitio de implantación de la placenta, y es necesario valorar los cambios progresivos a partir del color brillante hacia el color rojo oscuro y colores rosados a blanco amarillento-blanco transparente de la descarga final. Su pH es casi siempre alcalino y sólo al final del puerperio recupera su acidez normal.

Orina: El embarazo normal está asociado con un apreciable aumento en el agua extracelular, y la diuresis puerperal es una reversión fisiológica de este proceso. La diuresis regularmente ocurre entre el segundo y quinto día, aun cuando no

fueron infundidos vigorosamente líquidos intravenosos durante el trabajo de parto y el parto. El estímulo de retención de líquidos del embarazo inducido por el hiperestrogenismo y la elevada presión venosa en la mitad inferior del cuerpo se disipa después del parto, y la hipervolemia residual se pierde. En la preeclampsia, tanto la retención de líquido previa al parto como la diuresis posparto pueden estar muy aumentadas.

Ocasionalmente pueden encontrarse cantidades sustanciales de azúcar durante la primera semana del puerperio. El azúcar más probable es la lactosa, que no se detecta por las pruebas que utilizan glucosa oxidasa. Después del trabajo de parto prolongado puede identificarse cetonuria como consecuencia de la inanición. (Williams, 1998).

Sangre: Durante el trabajo de parto y después de él aparecen leucocitosis y trombocitosis algo marcadas. El recuento de leucocitos algunas veces alcanzan los 30.000/ml, con un aumento predominante de los granulocitos. Hay también linfopenia relativa y eosinopenia absoluta. Normalmente, en los primeros días después del parto la concentración de hemoglobina y hematocrito varían moderadamente. Si cae muy por debajo de los niveles presentes inmediatamente antes del trabajo de parto, se ha perdido una considerable cantidad de sangre. A la semana del parto, el volumen sanguíneo retorna aproximadamente a sus valores de no embarazo. (Robson y col. 1987) demostraron que el gasto cardíaco permanece elevado durante al menos 48 hrs. posparto. Esto se debe más probablemente al aumento de volumen de eyección proveniente del retorno venoso, ya que la frecuencia cardíaca disminuye al mismo tiempo. A las dos semanas, estas modificaciones retornan a los valores de no embarazo.

Los cambios en los factores de la coagulación de la sangre inducidos por el embarazo persisten en periodos variables durante el puerperio. La elevación del fibrinógeno plasmático y por lo tanto la velocidad de la sedimentación se mantienen al menos a través de la primera semana, y como consecuencia, la velocidad de la sedimentación normalmente elevada durante el embarazo permanece alta.

Pérdida de peso: Además de la pérdida de peso de aproximadamente 5 a 6 Kg. debido a la elevación uterina y a la pérdida normal de sangre, hay generalmente una disminución adicional de 2 a 3 Kg. a través de la diuresis. Chesley y col. (1959) demostraron una disminución en el tercer espacio de aproximadamente 2 L, o 2 Kg. durante la primera semana posparto.

De acuerdo con Schauburger y col. (1992), la mayor parte de las mujeres aproximan al peso comunicado por ellas antes del embarazo, 6 meses después del parto, pero aún retienen un excedente promedio de 1,4 Kg. (3 libras). Los factores que aumentan la pérdida de peso durante el puerperio incluyen el peso aumentado durante el embarazo, el hecho de ser primípara, el retorno temprano al

trabajo fuera de la casa y el hábito de no fumar. La lactancia, la edad o el estado civil no afectan la pérdida de peso. (Greene y col. 1988) analizaron los datos provenientes de un estudio colaborativo perinatal, y encontraron que un aumento de peso de más de 9 Kg. estaba asociado con la retención de ese peso después del parto. (Espinosa, 1999).

Depresión leve: Es bastante común que una madre muestre algún grado de depresión unos pocos días después del parto. La depresión transitoria, o melancolía posparto, probablemente se debe a una cantidad de factores. Los salientes en su génesis son:

1. La defervescencia emocional que sigue a la excitación y a los miedos que la mayoría de las mujeres experimentan durante el embarazo y el parto.
2. Los malestares del puerperio temprano.
3. La fatiga originada por la pérdida de sueño durante el trabajo de parto y el posparto en la mayoría de los ambientes hospitalarios.
4. La ansiedad sobre sus posibilidades de entender a su recién nacido después de dejar el hospital.
5. Los miedos que tiene la madre de volverse menos atractiva.

En la gran mayoría de los casos, no se necesita más tratamiento que previsión, reconocimiento y confianza.

Las alteraciones leves se autolimitan y generalmente remiten después de 2 a 3 días, aunque algunas veces persisten hasta 10 días. Si la melancolía posparto persiste, o se empeora, entonces se debe prestar atención cuidadosa para investigar los síntomas de la depresión, que puede requerir una consulta pronta.

Relaciones sexuales: Es importante que los miembros de la pareja se comuniquen sus sentimientos. Durante los dos primeros meses la reacción sexual suele ser más lenta y menos intensa, puede relacionarse con la transferencia de interés emocional hacia el hijo. Los cambios hormonales (esteroides sexuales bajos y aumento de prolactina), la lubricación vaginal más deficiente y la fatiga general. algunas parejas observarán laxitud importante de la vagina, en otros casos la reparación de episiotomía producirá un mejor ajuste. Se ha demostrado que a las seis semanas posteriores al alumbramiento el deseo sexual es elevado y la libido se incrementa. Por ello es preciso advertir sobre la anticoncepción, la lactancia no garantiza un periodo de anovulación, por lo cual las relaciones sexuales se pueden iniciar cuando hayan desaparecido las molestias perineales. (Botero, 1999). (Beischer, 2000).

2.2 TEORÍA DEL ESTRÉS.

En la vida de la persona se producen a menudo cambios en su entorno que conllevan a la necesidad de adaptación, lo que origina alteraciones en un sistema habitual de vida, ante el cambio o amenaza percibida por el organismo, éste pone en marcha una respuesta enérgica que si se prolonga puede producir efectos negativos en el organismo y conducir a la enfermedad, el sistema más afectado es el psicossocial emocional. La perspectiva holística de la salud reconoce al estrés como un factor principal en todos los estados de salud-enfermedad y tiene presente que cualquier cambio en cualquiera de las emociones (biológica, psicológica, social o espiritual) afectará en mayor o menor grado las restantes. (Tazón, 2000)

La enfermera deberá tener en cuenta que la enfermedad, que es una situación estresante o de sobrecarga, produce cambios importantes en la persona y será su función ayudarle a aprender a controlar las circunstancias a las cuales se debe de adaptar.

La palabra estrés, derivada del latín "stringere" que significa oprimir, apretar, atar, angustia.

Tras varias décadas de investigación, aún existe gran controversia acerca de la definición del estrés. Las distintas conceptualizaciones que se han propuesto podrían ser agrupadas en tres categorías:

- a) Estrés como estímulo, quienes lo conceptualizan de esta manera, lo definen como cualquier suceso que causa una alteración en los procesos homeostáticos que originan una respuesta desorganizada, éste suele definirse como un "cambio vital". Desde este punto de vista tanto los sucesos positivos como los negativos son considerados como muy estresantes. (Kozier, 1998).
- b) Estrés como respuesta, es la alteración causada por un estímulo nocivo o factores estresantes. Se centran en las reacciones más que en los sucesos, en éste sentido Selye definió el estrés como la "respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda que surja" (SAG) o el síndrome de estrés. También propuso que el organismo desarrolla un "síndrome de adaptación local" (SAL). Selye mantiene que tanto el (SAG) y el (SAL) también tiene 3 estados, la reacción de alarma, de resistencia y de agotamiento.

1. Reacción de alarma. La reacción inicial es la de alarma, que es la que alerta a las defensas corporales contra el factor estresante. Selye divide la fase en dos partes en shock y contrashock. Durante la fase de SHOCK, el factor estresante se puede percibir conciente o

inconscientemente, en cualquier caso el sistema nervioso autónomo actúa y libera grandes cantidades de epinefrina (adrenalina) y de cortisolona. La segunda parte es la e CONTRASHOCK, donde el organismo revierte los cambios producidos en la fase anterior.

2. Estado de resistencia. Es donde tiene lugar la adaptación al SAG, en otras palabras, el cuerpo intenta hacer frente al factor estresante y limitarlo a un área mínima para combatirlo.
 3. Estado de agotamiento. La adaptación lograda en el anterior estado no se puede mantener, esto significa que el método empleado se ha agotado, si no ha vencido al factor estresante, los efectos se pueden extender a todo el organismo, al final o se vuelve a la normalidad o bien a la muerte. Puede ser el resultado último. Que ocurra una u otra posibilidad depende de los recursos adaptativos del individuo, de la gravedad del factor y de la ayuda externa que se le facilite.
- c) El estrés como una transacción. Las teorías transaccionales se basan en la teoría de Lazarus que asegura que ni la teoría del estímulo ni la de la respuesta al estrés considera diferencias individuales. En contraste con Selye que se centra en las respuestas fisiológicas, Lazarus introduce los componentes o respuestas mentales o psicológicos al estrés. La teoría del estrés transaccional de Lazarus abarca una serie de reacciones cognoscitivas, afectivas y de adaptación que surgen de las interrelaciones entre persona y entorno. Estas son inseparables, cada uno influye y es influido por el otro. El estrés se define como una relación particular entre persona y entorno que aquella aprecia como algo impuesto, que excede sus recursos, y que pone en peligro su bienestar, la persona reacciona antes de los cambios que percibe en su entorno a través de la adaptación. La valoración cognoscitiva es un proceso que determina por que y hasta que punto una transacción particular a una serie de ellas entre la persona y el entorno resulta tan estresante.
- d) El modelo de Nuernberger, cree que existe un modelo de adaptación como respuesta más allá del mecanismo del SNA. Se llama Síndrome de inhibición general o respuesta pasiva. Para el funcionamiento relajado y saludable se representa por el equilibrio entre las dos partes del SNA. El estrés es respuesta defensiva o inhibición de la respuesta pasiva. Nuernberger afirma que la presencia del estímulo o la inhibición no constituye por sí mismo estrés. Éste se da cuando el estímulo no está equilibrado con la relajación o cuando la inhibición no lo está con la actividad. Este cree que el principal origen del estrés no es el entorno exterior; es el estado interno de la persona o su propia mente los factores emocionales y perceptivos que forman la personalidad básica. Define el estrés emocional como: el resultado de un proceso mental, un estado de

desequilibrio autónomo generado como reacción ante algún tipo de miedo, dolor o malestar. Esta percepción abarca una interpretación de estímulos sensoriales selectos, que se perfilan o estructuran a través de recuerdos de un dolor pasado, también implica con anticipación que ese dolor sucederá en el futuro como consecuencia de estímulos sensoriales presentes y de las condiciones ambientales, se mantiene por la indecisión, la incapacidad para enfrentarse al miedo.

- e) Una respuesta integral del organismo, incluyendo componentes intelectuales, conductuales, emocionales y fisiológicos, frente a un estímulo que es percibido como dañino o como una amenaza en los niveles concientes o inconscientes. La respuesta sirve como mecanismo de protección. Dicha respuesta es producida para permitir que el individuo se adapte o se ajuste a los estímulos nocivos o amenazantes y varía en intensidad. La respuesta cambia dependiendo del tipo, de la intensidad y duración del estímulo y es modificada dependiendo de las características de la persona. (Long, 1997).

2.2.1 Agentes estresantes.

Lo que causa el estrés, puede ser cualquier estímulo que el individuo percibe como reto, amenaza o demanda y que produce respuesta de tensión, cambio fisiológico o bioquímico. Los agentes estresantes a los que debemos enfrentarnos a lo largo de la vida son múltiples, pudiendo clasificarlos desde un punto de vista holístico en físicos (alteraciones genéticas, deficiencias nutricionales etc.); psicológicas, cognitivas, sociales (conflictos familiares, entorno agresivo, etc.) y espirituales (cuestionamiento de creencias morales, conflicto de valores etc.).

Los estresores pueden ser positivos o negativos. Los estresores negativos que constituyen amenaza (distrés), son con frecuencia más intensos y de mayor preocupación (pérdida de trabajo, separación etc.), acontecimientos positivos como el matrimonio, la promoción del trabajo, cambios de casa, vacaciones, implican similar respuesta de tensión (eutrés). Aunque algunas situaciones se consideran universalmente productoras de estrés (accidente, pérdida de un ser querido, etc.), la capacidad de otras para producir estrés depende del modo de que lo interprete la persona según la experiencia previa de acontecimientos similares y de su habilidad para enfrentarse a ellos. (Polit, 2000).

2.2.2 Manifestaciones del estrés.

2.2.2.1 Fisiológicas.

Estas manifestaciones pueden o no aparecer en un paciente con estrés, según su manera de percibir el suceso estresante y la efectividad de sus estrategias de superación.

- a) Dilatación de las pupilas para aumentar la percepción visual cuando hay una amenaza.
- b) sudoración (diaforesis) aumentada para controlar la elevada temperatura corporal debido al incremento del metabolismo.
- c) Palidez de piel debido a la constricción de los vasos periféricos, un efecto de la norepinefrina.
- d) Aumento del ritmo cardíaco, que da lugar a una aceleración del pulso para transportar nutrientes y derivados del metabolismo más eficazmente.
- e) Elevación de la presión sanguínea debido a:
 - ° Constricción de los vasos en reservorios sanguíneos, como la piel, riñones y órganos internos.
 - ° Aumento en la secreción de renina, como efecto de la norepinefrina.
 - ° Incremento en la retención de sodio e hídrica debido a la liberación de mineralocorticoides, que da lugar a un incremento en el volumen sanguíneo.
 - ° Aumento del gasto cardíaco.
- f) Aumenta el número de respiraciones y su profundidad debido a la dilatación de los bronquiolos, dando lugar a hiperventilación.
- g) Disminuye la producción de orina.
- h) Puede haber sequedad de la boca.
- i) Disminuye la perístasis intestinal, resultado estreñimiento y flatulencia.

- j) Aumenta la atención ante el peligro.
- k) Aumenta la tensión muscular como preparación de una rápida actividad motora o defensiva.
- l) El nivel de glucosa aumenta debido a liberación de glucocorticoides y la gluconeogénesis.
- m) Se produce letargo, laxitud mental e inactividad.
- n) Puede existir un funcionamiento fisiológico disminuido y pérdida del tono músculo-esquelético.

Todos los signos son resultado del aumento de la actividad del sistema nervioso simpático. (Kozier, 1998).

2.2.2.2 Psicológicas.

La ansiedad, es el resultado de aprensión, terror el pensamiento o la sensación de desamparo que tiene que ver con un miedo inminente o imprevisto a sí mismo o a las relaciones de importancia. Puede percibirse a niveles conscientes o inconscientes, se clasifica en cuatro niveles:

Ansiedad ligera que produce un estímulo leve que intensifica la percepción, el aprendizaje y las habilidades.

Ansiedad moderada que aumenta el estado de estímulo a un nivel en el que la persona refleja tensión, nerviosismo o preocupación, las habilidades perceptivas son reducidas, la atención se centra más en un aspecto particular de van situación que en las actividades periféricas.

Ansiedad severa que agota las energías del individuo y necesita intervención. La percepción se ve muy disminuida. La persona, incapaz de centrarse en lo que realmente está ocurriendo, se fija sólo en un detalle específico de la situación que genera la ansiedad.

Pánico es un nivel abrumador y terrible de ansiedad que lleva a la persona a perder el control, es menos frecuente que otros niveles. La percepción de una persona aterrizada se puede alterar hasta el punto del que los sucesos la distorsionan.

La irritabilidad, es un estado emocional que consiste en un sentimiento subjetivo de animosidad o gran malestar. Comúnmente se manifiesta en un tono de voz alterado y manifestaciones de abandonar alguna acción por otra, su expresión verbal se puede considerar por tanto un signo de disconformidad psicológica interna y una solicitud de ayuda para tratar el estrés percibido.

La comunicación verbal expresada de la irritabilidad es constructiva, la persona "irascible" previene una concentración emocional, las expresiones constructivas tienen tres elementos:

- Captación, es el acto por el que otra persona presta atención.
- Descripción, es el proceso de delimitar la fuente de irritabilidad de una persona.
- Identificación, es la acción de buscar una respuesta y un apoyo en los otros.

2.2.2.3 Cognoscitivas.

Estas manifestaciones son reacciones razonadas que incluyen problemas de solvencia, estructuración, autocontrol, supresión, fantasía y ruego.

- La solución del problema implica pensar en una situación de angustia, empleando pasos específicos para llegar a la solución.
- La estructuración, es el arreglo de una situación para que los sucesos de angustia no se produzcan.
- El autocontrol consiste en asumir una expresión facial que exprese una sensación de tener bajo control la situación, sin tener en cuenta cuál es esta.
- La supresión consiste en apartar de la mente consciente o voluntariamente un pensamiento o un sentimiento, esta reacción alivia temporalmente el estrés pero no resuelve el problema.
- La fantasía es similar a fingir, los anhelos y deseos insatisfechos se imaginan como satisfechos. Las fantasías pueden ser destructivas e improductivas cuando una persona abusa de ellas o se aparta de la realidad.

- La suplica suele incluir la identificación y descripción del problema, la sugerencia de soluciones y la búsqueda de apoyo y ayuda.

2.2.2.4 Verbales y motoras.

Las primeras manifestaciones del estrés pueden ser verbales o motoras. Estas incluyen el llanto, la risa, el grito las patadas, los golpes, los abrazos, etc.

- El llanto libera tensión en situaciones intensas como el dolor, la alegría o tristeza y cuando la situación no se puede manejar ya conscientemente, la gente suele llorar cuando nota que otro se preocupa, es beneficioso para liberar la tensión y se está seguido de la solución del problema, de otra forma no es provechoso.
- La risa también es una reacción que reduce la ansiedad y se puede llevar a una solución constructiva, una persona se puede reír de pequeños incidentes y de la manera en que ésta maneja la situación.
- El grito es una reacción al miedo o una intensa frustración e irritabilidad, gritar, igual que otras respuestas verbales, reduce la tensión pero puede ser dañina si la persona es capaz de controlarlo y llegar a la histeria.
- Golpear y patear son reacciones espontáneas ante las amenazas físicas, puede ser beneficiosos si van dirigidas hacia los objetos y si la persona u objeto no es dañado y que lleve en sí la técnica de superación razonada.
- Abrazar y tocar suelen ser respuestas de alegría, el dolor o los sucesos tristes, son un gesto de apoyo y calor, estas reacciones varían dependiendo las culturas y de los individuos de una cultura.

2.2.3 Factores que influyen en las manifestaciones del estrés.

El grado en el que un factor estresante afecta a un individuo depende de la naturaleza del factor estresante, su percepción, el número de factores estresantes simultáneos, la duración de la exposición a los mismos, las experiencias con un factor estresante comparable, la edad y la capacidad de apoyo de la gente.

- a) La naturaleza del factor estresante hace referencia a su magnitud con la que es identificada por la persona.

- b) La percepción del factor estresante (lo que un factor estresante significa para una persona) puede ser tan importante como la magnitud real del mismo, debido a que la percepción es un fenómeno subjetivo, existen grandes diferencias en como la gente considera un factor estresante.**
- c) El número de factores estresantes a los que una persona se enfrente al mismo tiempo puede afectar en gran manera a su reacción.**
- d) La duración de la exposición al factor estresante también influye en las manifestaciones del estrés. Por tanto. Si la duración del factor estresante la disposición del apoyo de la gente puede ayudar a la persona que se enfrenta al estrés a mantener la integridad física y psicológica. Ellos proporcionan un soporte emocional, con frecuencia ayudan a tomar una decisión y, a compartir la experiencia, pueden mitigar la intensidad de la reacción al estrés.**

2.2.4 Estresores psicosociales.

Al principio se pensaba que cualquier experiencia en la vida de las personas que provocaran un cambio en su vida y que supusiera un reajuste importante en su conducta debía de ser considerado como un acontecimiento vital estresante. Sin embargo, desde el comienzo surgieron reservas a la hora de aceptar ésta idea de que cualquier cambio es negativo, que somos tolerantes al mismo ya que el cambio es parte intrínseca de la vida biológica y social normal. Se trata de enfatizar que las consecuencias adversas no dependen del número de eventos ni de su magnitud si no fundamentalmente de su cualidad, por tanto se pueden definir a los acontecimientos vitales estresantes como aquellos eventos que requieren un ajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos como indeseables. Además de la indeseabilidad hay otras dimensiones de los eventos que también parecen contribuir a la predicción de trastornos, entre ellas destacan dos aspectos importantes:

- a) en primer lugar; la controlabilidad del evento, en el sentido de que haya evidencia a cerca de que son los eventos incontrolables los que se relacionan con una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos.**
- b) en segundo término, la esperabilidad de los acontecimientos también parece tener importancia a la hora de predecir problemas de salud. En este caso son los eventos inesperados, los que más se relacionan con distintas medidas de sintomatología. (Hombrados, 1997).**

2.2.5 El hospital y la hospitalización, como determinantes en el ámbito psicológico.

Tradicionalmente el entorno hospitalario ha sido estudiado de forma primordial como un sistema social, por los científicos sociales; pero no se ha llevado a cabo, sino hasta la época reciente, el análisis de las consecuencias psicológicas que supone para el paciente el acontecimiento de la hospitalización. Por otro lado, el profesional del área de la salud no ha reflejado casi nunca en la consideración de ese tema, esto probablemente reflejado por dos hechos. Primero, los miembros del profesional de la salud han desarrollado los mecanismos de defensa psicológicos, que les permite trabajar dentro de tal ambiente, pero al hacerlo así, se impiden a sí mismos el poder apreciar que en el ambiente hospitalario pueden darse reacciones psicológicamente determinadas, significativas clínicamente. Hay que añadir también, desafortunadamente hasta hoy, la preparación que recibe el profesional de la salud en sus años de formación le pudieran capacitar para tal valoración es muy poca. Por otra parte, dada la inexistencia en el equipo de salud de profesionales específicos para el diagnóstico de ese tipo de problemas y para el diseño de intervenciones correspondientes, es difícil que, aún existiendo lo mencionados mecanismos de defensa el profesional de salud pueda detectar tales problemas psicológicos.

En segundo lugar, y quizá como consecuencia de lo anterior, los profesionales de la salud no han comenzado a tomar en cuenta las reacciones psicológicas significativas que pueden ocurrir en el entorno hospitalario, hasta hace muy poco tiempo. Esto no quiere decir en lo absoluto, que los efectos resultantes últimos de la hospitalización, sobre todo con respecto a la enfermedad que lo motiva, no sean de saldo positivo; sólo quiere decir que, desafortunadamente, se producen unos efectos colaterales que en grado importante podrían evitarse que si se contara con un servicio adecuado de asistencia psicológica.

Desde la perspectiva "cultural" se puede hablar de una específica subcultura o cultura hospitalaria que queda establecida por el grupo profesional dominante y por el propio marco hospitalario, ya que en uno como en otro caso nos encontramos con normas, valores, creencias y símbolos, que son transmitidos de generación en generación; por un entrenamiento institucionalmente establecido dentro del sistema social general, y por la profesión médica, en particular, que se repiten expresados en la estructura física y social de los establecimientos hospitalarios. Sin olvidar que el entrenamiento clínico de los futuros profesionales de la medicina se recibe casi exclusivamente en los establecimientos hospitalarios.

El paciente al ser hospitalizado es sometido a cambios culturales no deseados ni comprendidos en el seno de un ordenamiento institucional muy nuevo que además se percibe como hostil: debe asumir nuevas normas, valores, creencias y símbolos que pueden ser incongruentes con lo que ha aprendido anteriormente; La

disparidad entre unos y otros puede conducir a respuestas comportamentales inapropiadas. Somos conscientes que en una cultura como la nuestra tales supuestos elementos culturales intrahospitalarios nos resultan familiares a todos, aún en caso de que, afortunadamente, nunca hayamos sido hospitalizados; Pero ése conocimiento teórico no implica más una Asunción potencial que, en más de una ocasión, problemática incluso la asunción real, una vez producida la situación de hecho. Por ejemplo, nuestro conocimiento teórico de tales elementos culturales puedan estar fuertemente influidos por la presentación social que los medios llevan acabo de la figura del personal de salud y de la vida hospitalaria, que muchas veces, como en el caso de la televisión, tiene como marco de referencia una organización hospitalaria diferente, y desde luego, producen una falsificación del juego social real.

En el ámbito social, el paciente hospitalizado tiene que llevar a la práctica el papel de enfermo y además aprender a representar el papel más específico de enfermo "hospitalizado". Es posible que las expectativas teóricas del papel de enfermo fueran conocidas en cuanto insertas en las estructuras del sistema social general. La ocupación de ese error constituye una real fuente de ansiedad por muchas razones que tiene que ver con su ejecución, pero también, por la ocupación, a considerarse sus ocupantes como "estigmatizados".

Los contactos de interacción en el seno del hospital, entre el personal e salud y el paciente, pueden servir como fuentes de estrés, tanto por razones de cantidad d como de cualidad. En el marco hospitalario sobre todo la calidad emocional de los contactos puede incluir una fuente específica de estrés, por su bajo nivel, por la distancia o incluso por su signo negativo expresado en hostilidad. La situación de dependencia en minoría de edad. Que la hospitalización introduce, constituye un elemento poderosamente estresante; evidentemente no cabe dejar de tomar en cuenta, para evaluar los efectos, los "recursos" que el individuo posea en la categoría psicológica. A nivel físico hay factores externos, como el propio entorno hospitalario con sus peculiares características (olores, ruido, aspectos arquitectónicos, etc.) y factores externos como la propia enfermedad, con las limitaciones y problemas corporales que plantea a la persona, todos ellos pueden contribuir al estrés.

En nuestros hospitales no cabe poner en práctica roles recreacionales para aliviar los factores estresantes que produce el ejercicio del rol del paciente hospitalizado, a un nivel social las redes de apoyo social funcionan en la familia, en la vecindad, y en el sitio de trabajo que podrían mitigar el impacto de los extrusores, se ven suprimidos por el hecho de la hospitalización implicando un factor adicional de estrés, precisamente por el rompimiento con todos esos marcos habituales que la hospitalización significa. En el ámbito físico el paciente carece de una situación saludable, se encuentra enfermo, de manera que no puede poner en marcha recursos físicos propios, factores internos, tampoco puede remodelar el cambio físico en el que se encuentra, tanto la pérdida de apoyo social y la necesidad de

solucionar la necesidad de solucionar los conflictos interpersonales tienen una relación bastante estrecha con el mantenimiento y restauración de la salud. La ruptura más dramática que tiene el paciente quizá se produce respecto a los roles familiares, la separación de la familia es una consecuencia obligada de la hospitalización cuyas consecuencias negativas están lejos de haber sido establecidas con la suficiente extensión. Sus efectos se producirán en el estado emocional, en la conducta intra hospitalaria del paciente, pero también en muy alto grado en la vida familiar misma que ha quedado fuera.

La segunda ruptura grave se reduce con respecto al marco laboral. El abandono de las rutinas laborales produce en el paciente hospitalizado muchas de las secuelas psicológicas que provoca en el individuo sano la situación de desempleo, pero que, en este caso, se ven agravadas por el sentimiento de incapacidad e impotencia que genera la enfermedad misma; en su caso, por la preocupación suplementaria de cómo se hará frente a los gastos generados por la enfermedad, hospitalización e intervenciones necesarias, si lo son. Sobre todo si el paciente hospitalizado no cuenta con ingresos fijos, la situación puede llegar a ser sumamente estresante, por cuanto la incapacidad para trabajar implica la desaparición o reducción de los ingresos económicos.

Cabe establecer que el ingreso de un enfermo al hospital tiene las siguientes consecuencias:

- a) Extrañamiento por inserción en un medio desconocido por pautas culturales diferentes. De hecho el mundo hospitalario constituye una subcultura propia que va a exigir del paciente, como en su día exigió del propio personal, un proceso de "aculturación",
- b) Situación de ignorancia que se suma a la ya existente respecto a la enfermedad, por desconocimiento de los procesos que han de tener lugar de las vías alternativas que los resultados de las pruebas diagnósticas pueden abrir, de los roles a asumir, etc. en la práctica el paciente desconoce casi todo, al menos en el momento del ingreso. La ignorancia del lenguaje propio del nuevo entorno es específica y muy importante.
- c) Exigencia de adaptación tanto al nuevo marco físico como el entorno psicosocial, y por tanto necesidad de un cambio de hábitos corporamentales personales.
- d) Pérdida de la intimidad y privacidad. El paciente es ingresado en un mundo que, por lo que al enfermo se refiere, no hay espacios ni tiempos privados. precisamente uno de los objetivos de la hospitalización es ese: poner al enfermo en una situación de completa disponibilidad en la accesibilidad para el equipo de salud.

- e) Pérdida de control de sus actividades cotidianas y de las decisiones habituales. El paciente pone literalmente su vida en manos de los demás en base de una supuesta confianza que, en un principio sólo se apoya en el reconocimiento social de la pericia profesional al margen de individualidades y de reconocimiento y aceptación personal del profesional de salud, por otro lado muchos de los hospitales tienen algunas características de instituciones totales. Significa que controlan o intentan controlar todos los aspectos de la vida del paciente. El hospital, es uno de los sitios en los que la persona pierde casi todo el control de su vida.
- f) Pérdida de la independencia y pase a una situación de dependencia. Como es evidente esta situación de dependiente correlaciona en alto grado con la imposibilidad de control sobre su propia vida que el paciente hospitalizado tiene. Al pasar ese control a manos de la personal y de la organización el enfermo se ve automáticamente en una situación de dependencia. La dependencia está igualmente en estrecha relación con el sometimiento al conjunto de rutinas del establecimiento.
- g) Devaluación de la persona, por cuanto desaparece la relación persona a persona que es usual en la consulta externa, y el paciente se ve convertido en un caso más en un número. Se trata de un proceso similar al que ocurre cuando se ingresa al ejército.
- h) Modificación del papel del enfermo por cuanto se modifica drásticamente la interacción del diálogo profesional de salud-enfermo al desaparecer el marco habitual en el que se produce. La sustitución de ese marco por el entorno del hospital hacen que cambie de forma importante los papeles de los dos protagonistas de la historia. A partir del momento de la hospitalización aunque sigan teniendo su papel en el reparto, la acción de l enfermo y personal de salud cambian para ajustarse a la entrada en escena de muchos personajes y cambio de escenario.
- i) Interrupción en el desempeño de los roles normales.
- j) Separación brusca del marco social habitual, especialmente de la familia y trabajo.

2.2.6 Acción psicosocial del hospital sobre el paciente.

El paciente recibe una reconsideración revaluada que viene implicada por la específica desvaloración. Es un incapaz o un menor de edad que está ahí para ser "curado" no para "curarse", es decir, para que "se hagan las cosas" y no "para

hacerlas". Esa especial consideración parece justificar la manipulación de la vida de los pacientes, sin preocuparse por sus deseos, mediante el control de su comportamiento, reestructuración de sus actividades de acuerdo con las necesidades de la organización, el tratamiento impersonal y el aislamiento del resto de la sociedad, que se intenta justificar sobre la base de una específica ética científica y profesional. El proceso de sometimiento del paciente utiliza fundamentalmente dos técnicas diferentes que son, un aprovechamiento y potenciación de las consecuencias propias de la hospitalización y son las siguientes:

1. Eliminación de la identidad. Es una técnica usual en las grandes organizaciones, sobre todo en aquellas más cercanas al tipo de institución total el paciente ha de dejar sus ropas usuales y ha de vestir un camión que el hospital ha diseñado para sus pacientes y que facilita su manipulación, también se pide que no lleve, o que entregue sus pertenencias personales, que son devueltas a sus familiares o guardadas en un lugar adecuado para serle devueltas cuando se marche. En esencia, se suprimen todos los aspectos de la identidad personal y de la individualidad del enfermo, al menos todo lo que se pueda. Como consecuencia se produce una notable reducción de la autoimagen del individuo y una especie de iniciación al mundo social del hospital.
2. Control de medios y recursos. El personal asume todo el control sobre medios y recursos incluyendo tanto los recursos físicos como los de información y conocimientos (tales como registros, resultados de pruebas y cualquier otra información médica). Como resultado, si el paciente desea utilizar un recurso debe pedirlo al personal del hospital, lo que reduce la autoimagen del paciente, degrada su autovaloración y aumenta su nivel de dependencia. Además, el paciente debe suponer que su petición puede verse denegada ya que el personal hospitalario superior a él. En la interacción y tiene el poder de rehusar. (Rodríguez, 1997).

2.2.7 Estrés, conflicto y ansiedad.

Que un suceso sea percibido como estresante, depende de la naturaleza a del suceso y de los recursos, las defensas psicológicas y mecanismos de afrontamiento de una persona. Todos involucran al ego, una abstracción conjunta del proceso por el que una persona percibe, piensa y actúa sobre los acontecimientos externos o impulsos internos.

Una persona cuyo ego funciona adecuadamente tiene un equilibrio adaptativo entre los mundos externos e internos, si el ego no funciona adecuadamente y el desequilibrio continúa durante el tiempo suficiente, la persona experimenta un estrés crónico.

Si el desequilibrio es externo, entre las presiones del mundo exterior y el ego de la persona o interno, entre los impulsos de la persona (impulsos agresivos, sexuales y dependientes) y la conciencia, el desequilibrio produce un conflicto. Los conflictos originados externamente. (Kaplan, 2000).

2.2.8 Estrés materno.

Los cambios en el cuerpo femenino y la avivación psíquica, por el temor de perder seducción y su relación con el embarazo, tales cambios se acompañan de conductas nuevas relativas a la protección de la salud materna: a suprimir bebidas alcohólicas, evitar fumar, y tomar ciertos medicamentos entre otras cosas. Además, aunado a las modificaciones hormonales se producen ciertos trastornos que los cónyuges califican como problemas imaginarios, lo cual podría aumentar el estrés de la embarazada.

El marco financiero y temporal también cambian, los numerosos gastos causados por la gestación no son cubiertos por el seguro social o por las cajas del seguro, la incertidumbre pesa sobre el desarrollo futuro de la carrera profesional y dicha inquietud sobre el porvenir aumenta el estrés a medida que todo parece relacionarse con la fecha del parto. ¿Qué pasará después de ese día? muchas mujeres lo ignoran, si algunas han estudiado sobre la reproducción en la preparatoria o universidad, si siguieron cursos de iniciación para futuras madres, la mayoría jamás ha estudiado la maternidad.

En los países occidentales donde la familia se reduce cada vez más ala pareja de cónyuges, la convivencia con personas de mayor edad no existe ya, para iniciar a la joven madre. Los temores pueden terminar por quedarse permanentemente en la embarazada tales como el temor a abortar, el temor a tener un hijo con malformaciones o con alguna enfermedad, temor a percibir los dolores del trabajo de parto, en fin. Temor de convertirse en madre.

El feto es vulnerable y reacciona a estímulos como las drogas o al estrés materno. Existen estudios realizados con animales y demuestran que el estrés materno durante el embarazo afecta a la conducta posterior; efectos similares se conocen en seres humanos. Las hormonas maternas atraviesan la barrera placentaria y producen efectos secundarios en el feto, si la madre está estresada los corticosteroides y otras hormonas pueden afectar el sistema cardiovascular del feto cuya presión sanguínea es sensible a estímulos externos. Se ha descrito una

cierta correlación entre las respuestas anatómicas de la mujer y el neonato, las mujeres con niveles altos de estrés suelen, tener hijos hiperactivos e irritables, con trastornos de sueño, bajo peso al nacer y que comen poco. (Goldman, 1996)

2.2.9 Adaptación al estrés.

La adaptación es la base de la homeostasis y la resistencia al estrés, adaptar, por tanto, significa modificar para percibir lo nuevo o las condiciones distintas, la adaptación es la característica de todas las cosas vivas, es la diferencia entre los organismos vivos y los objetos inanimados.

La adaptación humana se produce de tres modos interrelacionados: fisiológica, psicológica y sociocultural.

1. Modo fisiológico. La adaptación fisiológica o biológica se produce como respuesta a las demandas incrementadas o alteradas que tienen lugar en el cuerpo y como resultado de los cambios físicos compensatorios (por ejemplo un mayor tamaño y fuerza muscular tras un ejercicio prolongado, la capacidad incrementada del corazón y los pulmones después del ejercicio).
2. Modo psicológico. La adaptación psicológica implica un cambio en la actitud y el comportamiento, por ejemplo, las estrategias de superación hacia situaciones emocionalmente estresantes. Los ejemplos incluyen el cambio de patrón de vida, usar la resolución de problemas en la forma de decisiones en vez de respuestas no constructivas.
3. Modo sociocultural. La adaptación sociocultural abarca cambios en el comportamiento de la persona de acuerdo con las normas, convicciones y creencias de varios grupos, como familia, sociedad, grupo étnico, profesional y económico.

2.2.10 Características de las respuestas adaptativas

Todas estas reacciones, tanto la fisiológica como la psicológica o sociocultural tiene características comunes y estas son:

- Todas las respuestas adaptativas son intentos de mantener un equilibrio orgánico.

- La adaptación es una respuesta total de todo el cuerpo o el organismo.
- Todas las reacciones tienen límites, principalmente las orgánicas.
- La adaptabilidad varía según la persona, el individuo físicamente sano tiene mayores recursos para acomodarse en momentos de estrés que una persona enferma o débil.
- Las respuestas adaptativas son egocéntricas y molestas, el estrés y las respuestas de adaptación emplean energía del organismo y agotan los recursos físicos y psicológicos.

El modo en que una persona percibe y responde ante los factores estresantes es altamente individual. La vulnerabilidad ante estos factores está estrechamente relacionada con el aprendizaje previo a nivel de desarrollo, los sucesos vitales, la salud y los métodos de superación.

2.3 EL ESTRÉS Y LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE NEUMAN.

El estrés es digno de tomarse en cuenta en todos los procesos de salud-enfermedad. El estrés es un hecho natural que se encuentra condicionado sociohistóricamente, es decir, se ve directamente influenciado por las situaciones presentes en una sociedad históricamente determinada, cuyas características esenciales están dadas por la forma en la cual el ser humano se produce y reproduce, luego entonces el ser humano adquiere gustos, hábitos, creencias, etc. (Rojas, 1998) .

Por lo tanto el contexto social en el que se desarrolla el individuo es determinante en el modo en que se perciben los factores estresantes y la reacción ante ellos, no todos perciben igual y con la misma intensidad. Aunado a ello surge el estrés hospitalario que se puede atenuar mediante el otorgamiento de una atención integral.

Ante la exposición a factores estresantes pueden existir alteraciones físicas o psíquicas.

La teoría de Neuman se propone como un elemento para hacer frente al estrés más eficazmente, en especial a pacientes que cuentan con factores estresantes múltiples y complejos.

El paciente es visualizado como un sistema (compuesto por tres variables biológica, psicológica y social), existiendo factores estresantes en cada uno de los componentes del sistema.

Neuman contempla a la disciplina de la Enfermería como un componente esencial en el sentido en que se relaciona con todas las variables que influyen sobre las respuestas del individuo al estrés, el resultado de esta interacción puede ser positivo favoreciendo la incorporación del paciente a un estado de salud o bien negativo desembocando en un proceso mórbido.

El actuar de Enfermería consiste en obtener una base completa y comprensible de datos a partir de la cual se pueden detectar desviaciones del bienestar y con ello incorporar intervenciones que consisten en detectar los factores estresantes cuando todavía no se ha producido una reacción pero se conoce el grado de riesgo, permite implementar intervenciones tras la aparición de síntomas producidos por estrés y finalmente también fortalecer la resistencia a los factores estresantes que se hace efectiva cuando se previene la recurrencia a la reacción.

Para el logro de estos objetivos es imprescindible establecer mediante una negociación con el paciente los cambios deseados para corregir las desviaciones, incitando a su vez al paciente a involucrarse en su recuperación, realizando enfermera-paciente esfuerzos coordinados. (Marriner, 2001) .

2.3.1 Teoría de Neuman.

Betty Neuman nació en 1924. La doctora Neuman realizó su formación básica en enfermería, en la escuela de enfermería del Peoples Hospital (hoy hospital general) de Akron, China en 1947, ejerció diversos trabajos en el área clínica, así mismo, ejerció la docencia clínica en el hoy USG, Medical Center de los Angeles en los ámbitos de la medicina quirúrgica, las enfermedades contagiosas y los cuidados intensivos. Siguió cursos de sanidad pública y toxología en la Universidad de California, completo sus estudios superiores en enfermería en 1957, en 1966 obtuvo el título superior de salud mental por la Public Health Consultation de UCLA. En 1985 finalizó el doctorado de Psicología clínica en la Pacific Western University.

Neuman elaboró, impartió y depuró un programa de salud mental comunitaria para enfermeras posgraduadas en UCLA. A fines de la década de 1960, Neuman elaboró su primer modelo explícito de docencia y prácticas de enfermería en consultas de salud mental, antes de diseñar su modelo de los sistemas. Este modelo destinado a la práctica y docencia, es citado en el primer libro que público Neuman en 1971.

2.3.2 Fuentes teóricas.

El modelo de los sistemas de Neuman tiene cierta similitud con la teoría de Gestalt, la cual mantiene que el proceso homeostático es aquel por el que un organismo mantiene su equilibrio y como consecuencia su salud en un entorno de condiciones cambiantes. El planteamiento de Gestalt considera, al individuo como una función del binomio organismo-entorno y considera la conducta como un reflejo de la relación con ese entorno.

El modelo también se deriva del pensamiento filosófico de Pierre Teilhard Chardin y Bernard Marx. La filosofía marxista sugiere que las propiedades de las partes están determinadas en cierta medida por conjuntos mayores dentro de sistemas organizados dinámicamente, también utiliza la definición de Hans Selye de estrés, considerado como respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que se le exige. El estrés eleva la necesidad de reajuste. Esta demanda inespecífica y requiere de adaptación a un problema, sea cual sea su naturaleza. La esencia del estrés es, por tanto, la demanda no específica de actividad. Los factores que contribuyen al estrés son los estímulos que producen tensión y pueden provocar un desequilibrio.

El modelo de Neuman refleja también la teoría general de los sistemas, esta teoría establece que todos los elementos interaccionan dentro de una organización compleja, valiéndose del modelo de Coplan sobre los niveles de prevención, Neuman relaciona estos niveles con la enfermería del siguiente modo:

Prevención primaria: consiste en contrarrestar los factores estresantes del entorno que pueden ser perjudiciales antes de que aparezca la enfermedad.

Prevención secundaria: trata de reducir el efecto real o posible de los factores estresantes mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad.

Prevención terciaria: esta intenta reducir los efectos de los factores estresantes que perviven tras el tratamiento.

2.3.3 Principales conceptos y definiciones.

Los conceptos principales que se identifican en el modelo se mencionan a continuación.

Aproximación integral al paciente: el modelo de Neuman es un método de sistemas abierto y dinámico, dirigido al cuidado del paciente y desarrollado con el fin de ofrecer un enfoque unificador con el fin de definir los problemas de enfermería y comprender mejor al paciente en su interacción con el entorno. El paciente puede ser una persona, familia, grupo, comunidad o un tema de interés.

Noción integral: los pacientes se consideran como un todo cuyas partes se encuentran en un proceso de interacción dinámica. El modelo completa todas las variables que afectan de modo simultáneo al sistema del paciente: fisiológicas, sociológicas, de desarrollo y espirituales.

Sistema abierto: sistema abierto es cuando sus elementos intercambian energía de información dentro de una organización compleja. El estrés y la reacción que suscita son dos de los componentes básicos de un sistema abierto.

Entorno: está constituido por el conjunto de fuerzas internas y externas que influyen en el paciente y reciben influencia de este en un momento dado.

Entorno creado: es la movilización inconsciente por el paciente de todas las variables del sistema para lograr la integración, la estabilidad y la integridad del sistema.

Contenido: está formado por las cinco variables del ser humano. (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales) en interacción con el entorno y que constituyen el sistema completo del paciente.

Estructura básica: está formada por todas las variables como factores de supervivencia comunes a todo ser humano, así como las características únicas de cada individuo.

Proceso o función: se define como "el intercambio de energía e información" con el entorno y la interacción de las partes y subpartes del sistema del ser humano. Un sistema vivo tiende hacia la plenitud, la estabilidad y negentropía.

Entradas y salidas: se define como la materia, energía e información que se intercambia entre el hombre y entorno, que entra y sale del sistema en un momento dado.

Retroalimentación: proceso dentro del cual la materia, la energía y la información, como un elemento de salida del sistema, provoca una respuesta en forma de acción correctora que cambia, mejora o estabiliza el sistema.

Negentropía: proceso de utilización de la energía que ayuda a encaminar el sistema hacia la estabilidad y bienestar.

Entropía: proceso de agotamiento de la energía y desorganización que lleva al sistema hacia la enfermedad o una posible muerte.

Estabilidad: estado que se logra cuando el paciente o un sistema logran superar los factores estresantes y que le permite mantener un nivel adecuado de salud.
Equilibrio funcional que conserva la integridad de un sistema.

Factores estresantes: son las fuerzas del entorno que pueden alterar la estabilidad del sistema.

1. **Fuerzas intrapersonales:** que se producen dentro del individuo ejemplo: (respuestas condicionadas).
2. **Fuerzas interpersonales:** que surgen en uno o más individuos ejemplo: (las expectativas de un cierto rol).
3. **Fuerzas extrapersonales:** que tienen lugar fuera del individuo ejemplo: (circunstancias financieras).

Los factores estresantes son "estímulos" que pueden traspasar las líneas de defensa del paciente, flexibles y normales; el resultado de una interacción con un factor de tensión puede ser positivo o negativo.

Bienestar: se produce cuando las partes del sistema del paciente interactúan en armonía para ello han de satisfacerse las necesidades del sistema.

Enfermedad: falta de armonía entre las partes del sistema, reflejo de la no satisfacción de las necesidades.

Línea normal de defensa: simboliza un estado de estabilidad del individuo, sistema o situación, que se produce tras la adaptación a los factores estresores y que se mantiene durante un tiempo considerándolo normal.

Líneas flexibles de defensa: esta línea es dinámica y pueden cambiar rápidamente en tiempo breve. Se puede considerar como un amortiguador de protección que evita que los factores estresantes rompan la línea continua de defensa.

Líneas de resistencia: representan los recursos que ayudan al paciente a defenderse del factor estresante, ejemplo: sistema inmune del organismo.

Grado de reacción: es el nivel de inestabilidad del sistema derivado de la invasión de la línea normal de defensa por un factor estresante.

Prevención como intervención: las intervenciones son acciones premeditadas que persiguen ayudar al paciente conservar o alcanzar la estabilidad del sistema. Se puede producir antes o después de que las líneas protectoras de defensa y resistencia sean invadidas durante las fases de reacción y reconstitución. Neuman es partidaria de la intervención precoz cuando se sospecha o detecta un factor

estresante. Neuman identifica tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria.

1. **Prevención primaria:** se adopta cuando se sospecha o detecta un factor estresante. Todavía no se ha producido la reacción pero se conoce el grado de riesgo.
2. **Prevención secundaria:** supone intervenciones o tratamientos iniciados tras la aparición de síntomas producidos por el estrés. En ella se emplearían los refuerzos internos y externos del paciente para estabilizar el sistema, reforzar las líneas internas de resistencia, reducir la reacción y aumentar los factores de resistencia.
3. **Prevención terciaria:** se produce después de la etapa de tratamiento activo o prevención secundaria. Se centra en los reajustes encaminados a conseguir la estabilidad óptima del sistema del paciente. El objetivo principal es fortalecer la resistencia frente a los factores estresantes y reducir estos para prevenir la recurrencia de la reacción o la regresión ejemplo: evitar, los factores estresantes que se saben peligrosos para el paciente.

Reconstitución: estado de adaptación a los factores estresantes del entorno interno y externo. En la reconstitución intervienen factores interpersonales, intrapersonales, extrapersonales y del entorno, todos ellos relacionados con las variables.

2.3.4 Supuestos principales.

Enfermería: contempla esta disciplina como una <<profesión especial en el sentido que se relaciona con todas las variables que influyen sobre la respuesta del individuo al estrés>>

Persona: según Neuman el concepto de persona es el de paciente/ sistema del paciente ya se trate de un individuo, familia, grupo, comunidad o entidad social. El sistema del paciente es un conjunto dinámico de relaciones establecidas entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

Salud: se concibe como un continuo que va del bienestar a la enfermedad, cuya naturaleza es dinámica. El bienestar óptimo es indicio que se han satisfecho las necesidades del sistema. En cada momento el paciente se encuentra en un estado dinámico y gradual de bienestar o enfermedad.

Entorno: conjunto de todos los factores internos y externos que rodean al hombre / paciente interactúan con él. Dentro de este concepto adquieren particular importancia los factores estresantes (intrapersonales, interpersonales y extrapersonales) que se definen como las fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden modificarlo. Neuman la existencia de 3 clases de entorno.

1. Externo: es interpersonal o extrapersonal y sus interacciones se produce fuera del paciente.
2. Creado: es sobre todo interpersonal.
3. Externo: el paciente lo desarrolla de forma subconsciente.

Los entornos internos y externos se superponen entre sí y están contenidos con el entorno creado, hace intervenir a todas las variables implicadas para mantener la estabilidad del sistema. El entorno creado se somete a un ajuste permanente para aumentar o disminuir el bienestar del paciente. (Marriner, 1999).

2.3.5 Afirmaciones teóricas.

Son las relaciones que se establecen entre los conceptos esenciales de un modelo. Neuman describe a la enfermera como una participante activa junto con el paciente que está relacionada con las variables que influyen en la respuesta de la persona a los factores estresantes. El paciente se encuentra en relación recíproca con el entorno, en el sentido de "interacciona con el adaptándose o ajustándolo a el mismo".

Neuman vincula los cuatro conceptos esenciales que manejan persona, entorno, salud, y enfermería en sus afirmaciones sobre su prevención primaria, secundaria, y terciaria.

2.3.6 Supuestos básicos del modelo de los sistemas de Neuman.

1. Aunque cada paciente visto como sistema del paciente, es único, todos los sistemas se componen de factores conocidos o características innatas comunes.

2. Existen muchos factores estresantes del entorno, conocidos, desconocidos, y universales, que se diferencian uno del otro por su capacidad de perturbar el nivel de estabilidad habitual del paciente a la línea normal de defensa. Las interrelaciones particulares de las variables del paciente en un momento dado pueden influir con el grado de protección que le ofrezca la línea flexible de defensa frente a una posible reacción a un sólo o varios factores estresantes.
3. Cada paciente individual/sistema del paciente genera una gama de respuestas normales al entorno llamado línea normal de defensa o bienestar habitual. Esta línea normal de defensa se puede utilizar como patrón para medir la desviación de la salud.
4. Cuando el efecto amortiguador o línea flexible deja de proteger al paciente/sistema del paciente frente a un factor estresante del entorno, dicho factor invade la línea de defensa normal. Las interrelaciones de las variables determinan la naturaleza y grado de reacción del sistema o la posible reacción al factor estresante.
5. El paciente se encuentra en un estado de bienestar enfermedad, es un conjunto dinámico de interrelaciones de variables (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales).
6. Dentro de cada sistema del paciente están presentes de forma implícita factores, conocidos como líneas de resistencia, que sirven para estabilizar y devolver al paciente un bienestar habitual o posiblemente un nivel mayor de estabilidad tras una reacción frente a un factor estresante del entorno.
7. La prevención primaria. Está relacionada con el nivel general de conocimiento aplicado a una valoración del paciente para identificar y reducir o mitigar los factores de riesgos posibles o reales, asociados con los factores estresantes del entorno. Incluye el objetivo de promover la salud.
8. Prevención secundaria. Se relaciona con la sintomatología que aparece tras una reacción a los factores estresantes, con la clasificación apropiada de las prioridades de la intervención y con el tratamiento destinado a reducir sus efectos nocivos.
9. Prevención terciaria. Se refiere a los procesos de ajuste que tiene lugar al inicio de la reconstitución, y los factores del mantenimiento empujan cíclicamente al paciente hacia la prevención primaria.

10. El paciente como sistema desarrolla un intercambio de energía constante y dinámico con el entorno.

2.3.7 Ejercicio profesional.

La perspectiva del modelo de los sistemas lo hacen especialmente aplicables a pacientes que sufren factores estresantes multidimensionales y complejos.

Neuman ha desarrollado varios instrumentos que facilitan la aplicación del modelo. Entre ellos se incluye un sistema de valoración/intervención, que pretende ayudar a las enfermeras a recabar y sintetizar los datos del paciente.

El plan proceso de Enfermería consta de tres etapas:

- a) El diagnóstico de enfermería: consiste en obtener una base completa y comprensible de datos a partir de la cual se pueden detectar desviaciones del bienestar.
- b) Objetivos: se establecen mediante negociación con el paciente sobre los cambios deseados para corregir las desviaciones.
- c) Resultados: se determinan con las intervenciones de enfermería empleando uno o más de los tres niveles de prevención.

2.4 APLICACIÓN DEL MODELO DE NEUMAN A TRAVÉS DE LAS PERCEPCIONES.

Percibir es interpretar desde la perspectiva de cada uno y que la propia perspectiva está determinada por la propia experiencia, personalidad, estado afectivo, deseos y cultura. Todo ello nos lleva a relativizar la información aportada por el paciente, que no hará otra cosa más que expresar lo que percibe. La información procedente de familiares y amigos será muy importante para completar la del paciente. Además de la comunicación verbal tendremos que estar muy pendientes de la comunicación no verbal del paciente, puesto que también nos aportará información y además muy valiosa.

De este modo entendemos lo que nos dicen no sólo por lo que oímos (comunicación verbal) sino también por lo que vemos, es decir, gestos, movimientos, etc; (comunicación no verbal). En profesiones como la de Enfermería no basta sólo con lo que dice el paciente, habrá que estar pendiente de sus gestos faciales y corporales para entender lo que dice. Del mismo modo el profesional emitirá sus mensajes por vía verbal y no verbal. (Sanders, 2000).

Así como la información del paciente es relativizable, sus emociones no pueden cuestionarse. Si se siente muy triste, no importa que las razones que de sean insuficientes y no nos permitan entender lo que le sucede. Si dice que está sufriendo, no hay motivos para dudar de ello.

En los casos donde ambos mensajes no concuerden se creará confusión. Por ejemplo, decir buenos días con voz dulce, pero con gesto rígido y tosco creará confusión.

De lo anterior surge el desarrollo de una atención integral, incorporando una visión que permita explorar e incorporar el significado psicológico de los hechos, sentimientos y conductas en las intervenciones de Enfermería. (Marriner, 2001).

Para que éste fenómeno psíquico "percepciones" sea fluido surge la necesidad de fortalecer el desarrollo de actividades afectivas, refiriéndonos no únicamente al otorgamiento de contacto físico, sino todas aquellas acciones no manuales que vallan encaminadas a incorporar al paciente a un estado de salud.

El desarrollo de actividades afectivas incluye desarrollar diversas actividades tales como brindar un ambiente de cordialidad y confianza, prestar apoyo al cliente y a su familia, proporcionar al cliente hospitalizado algún medio para conservar su identidad (dirigirse a él por su nombre), incitar a la paciente a que participe en el plan de cuidados ya que la pérdida de la posibilidad de determinar su propio destino puede ser muy estresante, dar tiempo a la paciente al para que exprese sus sentimientos y preocupaciones, ser sensibles a las situaciones específicas o a las experiencias que incrementen el estrés de los clientes, brindar información confiable a la paciente y familiares acerca de sus inquietudes, brindar una mejor área física para su atención, dar información y solicitar el consentimiento de los procedimientos que se le realizarán, brindar un trato especializado, hacer sentir a nuestra paciente que estamos dispuestos a brindarles nuestro apoyo, contacto físico, una palabra de aliento, comprensión, ternura, etc; apoyando su necesidad de pertinencia a un grupo.

El desarrollar actividades afectivas y manuales redundará en el otorgamiento de una atención integral creando relaciones de empatía entre el personal de Enfermería y la paciente, persiguiendo simultáneamente el objetivo de identificar prontamente todos aquellos factores generadores de estrés que alteran el sistema de la persona, implementando medidas potencialmente eficaces para eliminar, atenuar o aprender a crear resistencia para no causar reacción en el mismo, evitar episodios más graves, desviar pensamientos menos positivos en esta etapa de transición donde las pacientes son muy vulnerables a padecer algún trastorno psicológico posterior al parto.

La paciente tiene creencias sobre salud y enfermedad que tal vez no se ajuste a la realidad, (resultado del contexto social en el que se desarrolla). Enfermería trata

de informarlos adecuadamente y educarlos, no obstante no podemos olvidar que los pacientes tratarán de entender desde lo que conocen y que los escasos conocimientos en el área de la salud les llevará a percibir las situaciones de salud-enfermedad de forma distorsionada.

El paciente se encuentra en un ambiente totalmente nuevo para el y sin saber que hacer, además de los factores estresantes que se encuentran latentes (producto de sus condiciones de vida) y se enfrenta a uno más.

Otro de los beneficios de brindar una atención integral es fomentar la interdependencia, como resultado de ello se fomenta la autonomía del paciente mediante esfuerzos coordinados dirigidos a la resolución conjunta del problema de forma activa, a su vez promoviendo una cultura hacia el autocuidado para conseguir y preservar la salud, esta labor se puede comenzar en el hospital con todo ello se tendrá una percepción de mayor control, que revertirá en una mejor evolución y con un menor costo. (Tazón, 2000).

Debemos recordar que la percepción guía nuestra conducta. Percibir la situación de una manera concreta nos llevará a actuar en consecuencia, no podemos olvidar que percibir es un proceso subjetivo. Por eso, sería estupendo detectar nuestros errores al percibir.

2.4.1 Percepciones.

De lo anterior percibir es un fenómeno psicológico que consiste en interpretar y dar sentido a las sensaciones. La percepción es un proceso psicológico, no sólo vemos sino que entendemos lo que vemos y lo que interpretamos, la interpretación que damos a la sensación depende de varios factores, pero fundamentalmente de nuestra experiencia, nuestra forma de percibir en gran medida es aprendida por lo cual es resultado de nuestra experiencia, ante un mismo hecho todos lo interpretamos de diferente manera.

Todos intentamos entender lo que vemos desde lo que conocemos y puesto que no tenemos el mismo conocimiento (misma experiencia), lo interpretamos de diferente modo, percibimos de diferente manera la misma realidad.

Dentro de la percepción juega un papel importante la memoria, sin memoria no habría que comparar, no habría referencias y por lo tanto no habría percepciones, son dos procesos que interactúan e influyen mutuamente.

La memoria influye en nuestra forma de percibir, al percibir comparamos con lo que tenemos almacenado en la memoria y completamos información que falta con información del esquema que disponemos, la experiencia de dos personas es

distinta, por eso la comparan con esquemas que contienen información distinta, esto explica que percibimos de diferente forma una misma realidad.

Todos intentamos entender lo que vemos desde lo que conocemos y puesto que no tenemos el mismo conocimiento, la misma experiencia, percibimos de diferente modo la misma realidad.

Mientras más conocimientos tengamos de un área, más se ajustará nuestra percepción a la realidad. A medida que aumenten nuestros conocimientos en el área de salud, seremos capaces de percibir situaciones de enfermedad de modo más acertado, con el tiempo comprobaremos que muchas de las equivocaciones de las pacientes en la percepción de situaciones relacionadas con la salud y la enfermedad pueden entenderse desde su conocimiento en ese campo.

Los sentidos (vista, oído, tacto, olfato, gusto y cinestesia) son <<nuestras ventanas>> al mundo exterior. Gracias a los sentidos recogemos información del mundo que nos rodea, esta información se envía a las zonas de la corteza cerebral que se encarga de asociarla e integrarla. Todo lo que entra por cada uno de los sentidos se almacena en una memoria que dura unos milisegundos, llamada memoria sensorial. Se desconoce su localización unos proponen que está en los órganos de los sentidos, mientras que otros piensan que se hallan en las áreas de la sensación, toda la información que llega a la memoria sensorial no es procesada. Gracias a la atención, que selecciona a partir de esas sensaciones de los distintos sentidos. (Tazón, 2000).

Percibir es interpretar un estímulo desde la experiencia y prisma de cada uno. Por ello, un mismo estímulo nunca es percibido igual por dos personas distintas.

Sería imposible procesar toda la información que entra por nuestros sentidos. Por ello necesitamos un filtro, la atención, que se encargara de separar lo que nos interesa de lo que no, y fijarnos sólo en lo que nos interesa, además de mantener la atención en algo voluntariamente algunos estímulos logran nuestra atención aunque no lo queramos (atención involuntario).

Las sensaciones de cada uno de los sentidos, una vez seleccionados, se integran y se interpretan teniendo en cuenta los esquemas de que disponemos, es decir, percibimos. Conocemos la mayoría de las cosas a través de distintas fuentes: una comida por su sabor, olor, y aspecto. La información que poseemos de cada objeto está integrada alrededor de ese concepto, de manera que a veces sólo con oler u oír, somos capaces de identificar a personas o cosas.

De este modo entendemos lo que nos dicen no sólo por lo que oímos (comunicación verbal) sino también por lo que vemos, es decir, gestos, movimientos, etc., (comunicación no verbal). Profesiones como la de enfermería no basta sólo con lo que dice el paciente, habrá que estar pendiente de sus gestos

faciales y corporales para entender los que dice. Del mismo modo, el profesional emitirá sus mensajes por vía verbal y no verbal. (Sanders, 2000).

A menudo se nos ha dado comprobar que las explicaciones que demos a la paciente, no la tranquilizará como cabría esperar. A pesar de ello, toda información adecuada ayudará a percibir la situación de manera más ajustada.

Conductas no verbales y su significado, refiriéndonos al aspecto físico (vestido y arreglo personal) refleja estatus socioeconómico, imagen de su función en el mundo, actitud, aptitud física y mental, capacidad de cuidar el aspecto (capacidad de autocuidados físicos o emocionales, importancia que se da a sí mismo), salud general o enfermedad.

Postura y lenguaje corporal (posición, gestos y tensión muscular; postura abierta (músculos largos y extendidos sugiere relajación, comodidad, disposición a revelar información. Postura contraída (extremidades cruzadas o cerca del cuerpo), sugiere ansiedad o actitud defensiva. El cambio de posición (de abierta a contraída) o la tensión de los músculos sugieren incomodidad con el tema que se maneja. Algunos gestos reveladores: asentir o disentir con movimientos de la cabeza (acuerdo/aceptación o desacuerdo), agitar la mano (ansiedad), señalar con el dedo (ira, localización de un síntoma), cerrar los puños (ansiedad, incomodidad, ira).

Expresión facial (por ejemplo sonrisa, sueño fruncido o bostezo) indica estado de alerta, interés, relajación, ansiedad, temor, ira.

Voz (tono, intensidad, rapidez, timbre y pausa), la ansiedad a menudo se acompaña de habla fuerte y rápida. El habla lenta y monótona con pausas frecuentes, puede indicar depresión. (Sanders, 2000).

2.5 LA ATENCIÓN INTEGRAL COMO IMPULSORA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Se ha hablado del beneficio de brindar una atención integral, a través de la interacción enfermera-paciente se crea un ambiente de empatía favoreciendo la confianza, incitando a los pacientes a revelar información personal que podría influir en su estado físico, en su capacidad para afrontar un proceso de enfermedad, o una alteración en su capacidad de sus esferas que determina la desviación del bienestar, a su vez se hace sentir al paciente que la enfermera se interesa por su bienestar, esto llevará consigo a la planeación y participación conjunta donde el paciente se esfuerce por alcanzar su propia salud y mantenerla, favoreciendo su autoestima, autodeterminación y favorecer conductas asertivas.

por otra parte Neuman propone la realización de esfuerzos coordinados dirigidos a la resolución conjunta del estrés.

Se ha hablado sobre la necesidad de alcanzar la salud y mantenerla siendo para ello una plataforma el proceso enseñanza-aprendizaje, específicamente el área de educación para la salud.

El aprendizaje es un proceso de comunicación especial en el cual se deben lograr cambios de conducta deseados. El objetivo de toda enseñanza es el aprendizaje, aprender implica más que una simple exposición de la información, se trata de un proceso de asimilación, en el que la nueva información promueva un cambio permanente de conducta, adquiriendo otra concepción donde ambos se hagan educadores y educandos. (Frias, 2002).

En función de las necesidades y característica del grupo, la educación para la salud se centra en la promoción de la salud a través del aprendizaje con el fin de aumentar la calidad de vida, igualmente irán orientadas a la prevención de la enfermedad identificando y corrigiendo hábitos no saludables en sanos, siendo para ello un momento idóneo la hospitalización, implicando al paciente para que sea parte activa de su propio cambio (Riopelle, 1993).

Cuando se trabaja con los pacientes debe concretarse el cambio positivo y evitar algo negativo.

El autoestima facilita un autoconcepto más positivo a través de un proceso de enseñanza aprendizaje mutuo y reflexivo, las personas desarrollan capacidades para definir sus problemas y necesidades, todo ello ayuda a construir y modificar el conocimiento basándose en las interacciones que se producen entre las interacciones del grupo. (Alcover, 1999).

Las muestras de afecto tienen gran influencia en el refuerzo de la autoestima y la insitación a la coparticipación que lleva implícitas las ventajas de incorporarse más prontamente a un estado de salud y preservarla.

El hombre autónomo no puede seguir manteniendo una relación tan dependiente en un área tan dependiente de la vida humana como es la salud.

La promoción de la salud exige un esfuerzo colectivo, una implicación directa de todos los ciudadanos. Desde el nuevo paradigma, orientado claramente hacia la promoción, la salud es la resultante de una compleja red de interacciones, en la cual se entrecruzan factores personales, económicos, sociales, medioambientales, etc., imposible de abordar sin el concurso de todos.

Modificar las condiciones del medio para hacerlo más favorables a la salud, promover estilos de vida saludables, mejorar las vidas personales, tanto biológicas

como psicológicas y reorientar los servicios sanitarios hacia una atención integral, constituye las grandes finalidades y las grandes áreas de trabajo de la promoción de la salud. En la puesta en marcha de estos objetivos la educación para la salud puede y debe representar un importante papel al construir, un elemento nuclear para construir una participación activa y responsable de la población en el logro de estas metas. (Carta de Ottawa, 1988).

El hombre autónomo no puede seguir manteniendo una relación tan dependiente en un área tan importante de la vida humana como es la salud. La educación para la salud tiene que dotarle de los conocimientos y herramientas suficientes para que la persona sepa y pueda cuidar de sí misma y de los que la rodean, siendo conscientes que uno de los elementos básicos del autocuidado es pedir ayuda cuando se necesita.

Para que estas necesidades puedan ser cubiertas, es necesario actuar a tres niveles:

Nivel institucional. Sensibilizando a las instancias gubernamentales y administrativas para que adopten políticas saludables en las distintas esferas de la actividad pública: trabajo, economía, industria, comunicación social, urbanismo, medio ambiente, cultura, etc.

La educación para la salud representaría un importante papel al facilitar a los ciudadanos el conocimiento y la toma de conciencia de los factores que condicionan la salud, aspecto que les permitiría incidir en las decisiones políticas, bien directamente a través de sus representantes y asociaciones, bien de forma indirecta creando estados de opinión sobre la adecuación o inadecuación de una determinada política sanitaria.

Nivel ambiental. En éste nivel la intervención debe ir dirigida a crear entornos favorables a la salud. Para ello es imprescindible reforzar la acción comunitaria, para que la población tome parte activa en la construcción y defensa de su medio: potenciado valores, modelos y estilos de vida para la salud; y estimular aquellas ofertas que constituyan opciones saludables. Ya todos hemos hecho nuestra la fase (se trata de hacer que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir).

Nivel personal. Se trata de lograr que cada persona individualmente sea capaz de ir adoptando un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la actividad de autocuidarse. Para ello hay que adoptar a las personas de los recursos conceptuales e instrumentales que le permitan conocer sus necesidades de salud, saber que hacer para darle respuesta, capacitarlos para que puedan hacerlo y motivarlos para que lo hagan.

La educación formal es tan sólo una parte del proceso educativo global, en la que la educación informal, representa hoy un poderoso papel. El enfoque de educación para la salud que venimos desarrollando, es impensable fuera del marco de los ámbitos educativos básicos, como son la familia, la escuela y el medio.

Educación para la participación y la solidaridad, favorecer la autoestima y la autodeterminación, desarrollar el pensamiento crítico, potenciar las habilidades de comunicación, favorecer las conductas asertivas, etc., son elementos imprescindibles para la educación para la salud, que deben ser adquiridos a lo largo de todo el progreso de socialización y desarrollo. (López, 1995).

La familia, a pesar de los profundos cambios que se han operado en los últimos tiempos en la estructura y dinámica familiar, sigue siendo el núcleo primario de socialización y cuidados. En ella se cubren las necesidades básicas de sus miembros, como son la alimentación, aseo, seguridad, afecto, etc., se proyectan valores y pautas de comportamiento, relacionados entre otros aspectos con la salud y su atención, etc. La familia consciente o inconscientemente es uno de los principales agentes de educación para la salud.

Del papel de la escuela como educadora y promotora de salud se reconoce que en la actualidad existe un amplio movimiento mundial para introducir la educación para la salud en los programas oficiales, en ella se pretende que la enseñanza sea un instrumento que capacite a la persona para una inserción activa y transformadora en su medio.

Junto a la familia y la escuela hay un tercer ámbito que esta adquiriendo cada día más importancia como elemento educador, nos referimos al medio ambiente, y de manera muy especial a los medios de comunicación social.

Hoy sabemos que el medio puede ser tanto o más educador que la propia escuela. La potencialidad que la televisión, la informática, los cómics, las pandillas, grupos de iguales, etc. Tienen en la determinación de estilos de vida es impresionante, los patrones alimentarios, el empleo del tiempo de ocio, el tipo de relaciones que se establecen, etc., están en gran medida determinados por los modelos y valores que estos medios presentan, de ahí la importancia de los mismos en cualquier intervención en promoción y educación para la salud que pretenden modificar estilos y condiciones de vida. (Puig, 1987).

Constitución de un ámbito educativo propio. Se trata de realizar una labor de educación ante necesidades educativas específicas, que no tienen sentido abordarlas en la formación general, como son:

1. el aprender a cuidarse y/o a cuidar a otros en situaciones especiales, como son infancia, la maternidad, la vejez, la enfermedad, la invalidez, el trabajo, etc., exige una comunicación específica y hasta cierto punto coyuntural, pues aunque toda la población debería tener una mínima cultura sobre estos asuntos, el conocimiento,

las actividades y las habilidades concretas que son necesarias para poder hacer frente a cualquiera de esas situaciones hay que adquirirlas en el momento que se está inmerso en ellas, pues es entonces cuando el aprendizaje se vuelve auténticamente significativo, cuando los mensajes van a tener eco, cuando se está en condiciones de aprovechar al máximo todos los recursos formativos.

2. Todo esto plantea la necesidad de estructurar la educación para la salud en un proceso de educación permanente que, comenzando en la familia y escuela, encuentre su continuidad tanto en ámbitos educativos especiales (servicios sanitarios, centros de trabajo, grupos de autoayuda, asociaciones ciudadanas, etc.) como en los contextos educativos informales (ambiente, medios de comunicación, familia, etc).

La conceptualización de la educación para la salud hay que entenderla como un fenómeno socioevolutivo condicionada tanto por el desarrollo científico de las ciencias de la salud y de la educación, como por el contexto sociocultural donde esa conceptualización se produce. (López, 1998).

Al hablar de modificaciones de comportamiento en salud nos referimos al cambio de una conducta que se considera nociva o perniciosa para la salud, hecho que cobra su verdadera dimensión si se tiene en cuenta que los factores relacionados con los problemas de salud o de morbilidad están estrechamente ligados a los estilos de vida (Salleras 1988).

2.6 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS POSTERIORES AL PARTO.

2.6.1 Por que te sientes abrumada después del parto.

Los primeros días después del parto alrededor de ese maravilloso capullo de alegría, giran montañas de ropa, regueros, pañales costosos, pechos botando de leche, cansancio, tensión, celos, probablemente sensación de pánico, esto es un periodo de locura para todos. (www.BebesHoy.com).

Los trastornos psicológicos posteriores al parto y la sensación de incapacidad son comunes. La paternidad no es un decreto de felicidad tan inmediata como parir. Puede ser que el amor de madre no brote enseguida que pares un hijo. Cualesquiera que sean tus sentimientos discútelos honestamente y trata de que todos se involucren lo más posible en la situación.

Ahora que eres madre de una criatura que demande la atención las 24 hrs. quizás no estés segura de cómo alimentarlo, asearlo, etc., talvez te sientas culpable de que te molesta que alguien te esté demandando tanto, incluso tratándose de tú

propio hijo. También tu compañero demande atención y puede parecer un poco celoso del bebé. Puede que te sientas desalentada, ansiosa, ñoña, y en algunos casos histérica. Hablar con alguien que te apoye y te entienda te ayudará bastante, y si no es así busca ayuda con el personal profesional de la salud.

2.6.2 Trastornos psicológicos posparto.

Alrededor del 80% de las mujeres presentan trastornos psicológicos posteriores al parto. (Iliaca, 2000).

- ° Tristeza.
- ° Depresión.
- ° Psicosis.

Los trastornos psicológicos posteriores al parto, pueden afectar a mujeres que están felizmente casadas, o que están en permanente conflictos con su pareja. Puede afectar a mujeres que tienen muchas ganas de quedar embarazadas y en aquellas que quedaron embarazadas de un hijo no deseado. Puede tratarse de mujeres que vienen de familias estables, que las contienen, sin antecedentes de problemas mentales o mujeres con familias disfuncionales que tuvieron episodios de depresión. Le puede pasar a cualquier mujer.

Desafortunadamente, los trastornos psicológicos posteriores al parto no han sido comprendidos y por ende mal diagnosticados por mucho tiempo tanto por las madres como por la comunidad médica.

Vivimos en una sociedad que no tolera los sentimientos maternos de miedo, ambivalencia y bronca. A veces la expresión de estos sentimientos se interpreta como inapropiada o fuera de control.

Las mujeres tratan de superar sus expectativas como madres y cuando no lo logran, se sienten incómodas, culpables y angustiadas. No piden ayuda por que no quieren ser consideradas "malas madres".

2.6.3 Clasificación de los trastornos psicológicos posteriores al parto.

- a) Melancolía o tristeza posparto.

Muchas mujeres padecen cierta tristeza y ganas de llorar después del parto. Esta melancolía dura aproximadamente de tres a siete días. Es relativamente suave y se va sin tener que implementar algún tratamiento, ya que es considerada una etapa después de dar a luz. (www.univision.com).

Los signos y síntomas suelen ser leves los cuales desaparecen en unos cuantos días después del parto y se consideran normales y se denomina tristeza posparto, en la cual predomina la tristeza, cansancio, sentimientos de culpa por quizá no atender al bebé o estar con el y sobre todo llanto, que más bien parece ser causado por dificultad en interpretar lo que quiere el bebé, conocer por que llora o duerme tanto y sentirse abrumada porque todos opinan acerca de lo que debes hacer. En conclusión, es más bien un estado de confusión aunado con cansancio físico y probablemente muchos sentimientos encontrados como: rabia, amor, alegría, tristeza, y más, lo importante es saber que esto suele ocurrir y puede durar desde 3-15 días aproximadamente.

b) Depresión posparto.

En términos clínicos más formales "trastorno depresivo mayor", las madres experimentan igualmente tristeza como la primera clasificación. El cuadro persiste y se profundiza durante más de dos semanas, hasta un año aproximadamente, se tiene que implementar algún tratamiento, la mayoría de las pacientes responde mejor a la combinación de medicamentos antidepressivos, psicoterapia y soporte familiar. (www.Consalud.com).

c) Psicosis depresiva.

Esta última clasificación es la más fuerte y menos común, 1 de cada 1000 mujeres la padece, de acuerdo a la organización Words of hope and Healing. Las mujeres que la padecen experimentan una condición severa de depresión que requiere tratamiento médico. (www.adam.com).

2.6.4 Etiopatogenia.

Se han considerado como factores causativos de esta entidad morbosa los siguientes factores:

- a) Biológico (hormonal).**
- b) Genético.**
- c) Social o ambiental.**

a) Factores biológicos.

Los científicos creen que el trastorno depresivo mayor es causado por un desbalance de neurotransmisores: químicos naturales que permiten a las células del cerebro entre sí. Los dos neurotransmisores más intrínsecamente relacionados en la depresión son la serotonina y la norepinefrina. Otros agentes químicos del cuerpo llamadas hormonas también pueden estar alterados. Por ejemplo: en las personas deprimidas aumenta marcadamente la secreción de la hormona cortisol, la cual es producida por la glándula adrenal en respuesta al estrés o temor, los investigadores estudian las hormonas en un esfuerzo por explicar por que la depresión es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Otros profesionales de la salud consideran que los cambios hormonales que se producen durante el embarazo y después del parto son los responsables de estos trastornos, el estrógeno, la progesterona son hormonas reproductivas femeninas que se incrementan considerablemente durante la gestación y luego disminuyen de la misma manera después del parto. Estos cambios aparentemente son los que dan lugar a los trastornos psicológicos posteriores al parto. Cuanto antes se detecten estos cambios o trastornos, más fácil será sobrellevarlos y recuperarse. (www.bbmagazine.com).

b) Factores genéticos.

Estudios de familias han demostrado que las familias de personas que padecen depresión son dos o tres veces más propensas a sufrir depresión que la población general. De modo que la depresión, así como la diabetes o la hipertensión, puede pasarse de una generación a otra. Aproximadamente, la mitad de las personas que han tenido un episodio de depresión sufrirán un segundo episodio, luego de dos episodios sin tratamiento, las probabilidades de tener un tercer episodio (es decir, llegar a la depresión recurrente) son mayores aún, y después de tres episodios, las probabilidades de un cuarto episodio son de un 90%.

c) Factores ambientales.

Se cree que los cambios ambientales importantes, como la pérdida de alguien querido, un cambio de empleo o mudarse, falta de redes de apoyo, conflictos con la pareja, nivel socioeconómico, aceleran la aparición de algún trastorno psicológico, en personas susceptibles. Algunos factores psicosociales, tales como las diferencias en la manera como algunas personas manejen las emociones o el estrés, también son objeto de examen para establecer si son o no un factor determinante en la vulnerabilidad de la depresión. (www.narsad.org).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Al primero se le da mayor importancia, es decir, a los cambios bruscos (incremento o decremento) de hormonas como estrógenos, progesterona, y gonadotropinas; sin embargo en otros estudios se ha encontrado sólo elevación del estradiol y disminución de la prolactina, mientras el resto de hormonas permanece a concentraciones normales. La teoría de la "supersensibilidad" de los receptores de dopamina se manifiesta al haber supresión brusca de estrógenos en el puerperio. Murray y Col, relacionan las elevaciones de hormonas sexuales esteroideas con influencia en el hipotálamo para liberar neurotransmisores dopaminérgicos, que son los causantes de los síntomas psicóticos al actuar sobre el sistema límbico y ganglios basales. Entre los factores psicosociales se listan reacción anómala a las nuevas responsabilidades, síndrome de debilidad emocional hiperestésico, psicosis subyacente y ausencia de ayuda conyugal o familiar.

2.6.5 Cuadro clínico.

Es de tipo polimórfico y varía de las formas leves a las graves, se deben de experimentar por lo menos 5 de los siguientes síntomas, los cuales se deben incluir casi todos los días y todo el día.

- Estado de ánimo depresivo persistente, incluyendo sentimientos de tristeza y vacío y ganas de llorar constantemente.
- Pérdida del interés o placer en actividades o pensamientos que antes disfrutaba, incluyendo el sexo.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimiento de culpa, de no valer nada y de impotencia.
- Insomnio, despertar temprano por la mañana o dormir en exceso.
- Pérdida del apetito acompañada de pérdida de peso, o comer en exceso acompañado con aumento de peso. (www.Pampers.com).
- Disminución de la energía, fatiga y sensación de estar en cámara lenta. (astenia y adinamia).
- Intranquilidad e irritabilidad.
- Dificultad para concentrarse, para recordar, y para tomar decisiones.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- Síntomas físicos persistentes, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos o dolor crónico, hiperventilación, boca seca, diarrea, cólicos, dolores musculares, etc. que no responden a tratamiento médico y para los cuáles se puede encontrar una causa física.
- Incapacidad para dormir o dormir mucho aunque el bebé este despierto.
- Preocupación extrema o falta de preocupación por el bebé. (www.bbmagazine.com).
- Sentirse incapaz de cuidar a su hijo o de quererlo.
- Ira hacia el bebé, su esposo o familia.
- Ansiedad y ataques de pánico.
- Tristeza o sentimientos de desesperanza.
- Temor de haber dañado al bebé.
- Letargo o fatiga excesiva. (www.puertoricoclub.com)
- Tensión e irritabilidad.
 - Tristeza posparto, la duración de éstos síntomas no va más allá de dos semanas.
 - Depresión posparto, la duración de éstos síntomas es de más de 15 días hasta un año aproximadamente. (www.Consalud.com).
 - Psicosis posparto, puede aparecer en cualquier momento, sumándose a los síntomas antes mencionados los siguientes:
 - Delirios y alucinaciones, auditivas y visuales
 - Pensamientos suicidas

2.6.6 Factores de riesgo.

Según los especialistas, estos cuadros depresivos se relacionan con factores de tipo psicológico y social.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- Como enfrentarse a situaciones adversas en el periodo anterior al parto los conflictos conyugales, problemas con los padres, el apoyo social insuficiente, y ambivalencia acerca del embarazo, estas situaciones de la vida post-natal pueden generar depresiones ligadas a dificultades con la lactancia o problemas de salud con el recién nacido.
- Mujeres que han sufrido depresión en el embarazo, en algún momento de su vida o que tiene antecedentes familiares en tal sentido.
- Madres que dan a luz por primera vez, falta de experiencia y falta de familiarización con la maternidad.
- Madres solteras, separadas o viudas, carentes en general de una red de apoyo. (Botero, 2000).
- Situaciones estresantes durante el embarazo, trabajo de parto, puerperio o en cualquier otro momento de la vida.
- Madres con embarazos no deseados o difíciles. (Iliaca, 2000).

2.6.7 Diagnóstico diferencial.

Se deberán descartar algunos trastornos orgánicos como la eclampsia, síndrome de Hellp, hipotiroidismo, u otro trastorno endócrino; y síndrome de supresión a alguna droga. (Danforth, 2000)

2.6.8 Diagnóstico y tratamiento.

No más de 1/3 de las mujeres se trata estos trastornos, ya que en general no se atreven a confesar lo que les sucede, la mayoría de los casos pueden ser tratados exitosamente con una combinación de psicoterapia, cambios en el estilo de vida y medicamentos antidepressivos.

La enfermedad leve sólo requerirá apoyo psicosocial, médico y familiar, evitación de privaciones de sueño y cuidados, así como la atención del recién nacido.

Se evaluará la condición psicológica en su chequeo posparto. desafortunadamente esta sita ocurre de 2 a 6 semanas después del parto, cuando los síntomas de la DPP pueden ya haberse desarrollado. Existen tratamientos psicofarmacológicos disponibles, así como también numerosos grupos de soporte

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

y auto ayuda los cuales pueden ser un recurso incalculable durante este tiempo difícil y confuso.

Se ha propuesto diversos tipos de intervención prenatal, en un intento por prevenir que se manifiesten los trastornos posparto. Su propósito es proporcionar una transición menos traumática hacia la maternidad, dedicando una amplia variedad de esfuerzo para prevenir los episodios de tristeza, depresivos y emocionales. Estos pueden incluir cursos prenatales, orientados a enseñar destrezas para padres y a confiar en la ayuda del personal de apoyo, incluyendo el esposo, miembros de la familia, amigos y vecinos. Se alienta a las futuras madres a expresar verbalmente sus temores y ansiedades mucho antes de la llegada del bebé y a continuar esas charlas aún después del parto. Este tipo de enfoque educativo, que presta especial atención al aspecto psicosocial, es muy prometedor. Además el buscar tratamiento en un episodio temprano pueda ayudar a que la enfermedad no se vuelva más severa o crónica. .

2.6.9 Función de los medicamentos antidepresivos

Los agentes químicos producidos y almacenados en el cerebro envían mensajes entre las células del cerebro "neuronas". Estos agentes químicos, llamados "neurotransmisores" son liberados por las neuronas que envían señales, los neurotransmisores cruzan el espacio entre las neuronas "sinapsis", y llevan señales a la neurona que recibe señales. Actúan adhiriéndose a moléculas especiales "receptores", en la superficie de las células de recepción de las señales. Cada neurotransmisor tiene su propio receptor especial. Luego de que libera un neurotransmisor de una neurona, la neurona reabsorbe neurotransmisor (recaptación). Cuando se bloque la recaptación, se aumenta la cantidad de neurotransmisores en la sinapsis. Se cree cuando el suministro de norepinefrina o de serotonina (dos neurotransmisores importantes) es muy bajo, se pueden producir síntomas de depresión. Los medicamentos antidepresivos que bloquean la reabsorción de neurotransmisores por la neurona de envío de señal pueden aumentar efectivamente la cantidad de serotonina o de norepinefrina, que hay disponible en la sinapsis.

En general los medicamentos antidepresivos funcionan aumentando la cantidad de serotonina o de norepinefrina, o ambas, que hay disponibles en la sinapsis. Hay cuatro clases de medicamentos antidepresivos:

- ° Antidepresivos tricíclicos (TCA). Los antidepresivos de esta clase aumentan la cantidad de norepinefrina y de serotonina a diferentes niveles en la brecha sináptica disminuyendo la velocidad a que las neuronas los reabsorben, ejemplo: imipramina, amitriptilina, desipramina, y nortriptilina.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- Inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOI). Funcionan disminuyendo el ritmo de la degradación natural de la norepinefrina y de la serotonina, de este modo les permite empapar las neuronas por períodos de tiempo más largos ejemplos: fenelcina, isocarboxácida y tranilcipromida.
- Inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (CCRI). Funcionan específicamente bloqueando la reabsorción de serotonina. Ejemplo: fluoxetina, sertralina, paroxetina. (Danforth, 2000).
- Nueva generación de antidepresivos, venlafaxina, se conoce como un inhibidor de recaptación de serotonina y norepinefrina, inhibe la reabsorción de serotonina, al igual que los antidepresivos tricíclicos, inhibe también la reabsorción de norepinefrina.
- Nefazodona: se conoce como un receptor antagonístico de serotonina-2 (S-HT₂), funciona en dos lugares sinápticos para aumentar la cantidad disponible de serotonina. Como afecta sólo principalmente un solo neurotransmisor, causa menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa.

2.6.10 Efectos secundarios potenciales de los medicamentos antidepresivos.

Los efectos secundarios son el resultado de los efectos en neurotransmisores y receptores que no están implicados en la causa de la depresión: sedación, aturdimiento, sensación de estar medicado, resequedad de la boca, visión borrosa, estreñimiento, dificultad al orinar, aumento de peso y disfunción sexual. (www.narsad.org).

2.6.11 Repercusiones de los trastornos psicológicos posteriores al parto.

La psiquiatra Carmen López, jefa de la unidad de salud mental del ministerio de salud en Chile. Asegura que estos trastornos afectan no sólo las funciones vitales de una madre que tiene que recuperarse después del parto, si no que además puede producir problemas irreparables en el proceso de vinculación temprana con el hijo. La doctora señala que, un principio, los problemas se pueden expresar en una serie de trastornos neurofisiológicos del recién nacido, que se alimente, o duerma mal, producto de la falta de calidez y de la ausencia de esta estrecha compenetración entre madre e hijo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cuando una mujer está deprimida, pierde su capacidad para reconocer las señales de su hijo, y a su vez, tampoco es capaz de recibir esa especie de gratificación que el recién nacido le dirige, en el futuro se puede afectar la relación no sólo con la madre, sino también con la sociedad. (www.mujeramujer.cl).

2.6.12 Prevención.

Existen tres formas de prevención: detectar precozmente el trastorno, tratarlo rápidamente y evitar sus consecuencias. (www.Geosalud.com).

- No intente ser una supermujer. El tener un hijo que puede exigir dedicación exclusiva de forma que durante su embarazo intente reducir sus compromisos (si trabaja, asegúrese de que se alimenta de forma suficiente).
- Hacer algo para ti misma cada día, mereces un descanso por tu maternidad.
- Hacer que tu pareja se involucre, por ejemplo detalles como acompañar a la mujer a las sesiones médicas, a las sesiones de ecografía e ingresar a la sala de expulsión durante el nacimiento de tu hijo pues esto te ayudará a que tu pareja asuma responsabilidades.
- Fortalecer el diálogo con tu pareja es fundamental para eliminar los temores y preocupaciones que la maternidad y la paternidad puedan provocar.
- Hacer amistad con otras parejas que estén esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente. Entre otras cosas, esto para compartir sus experiencias.
- Siempre es mejor estar preparados por anticipado, por lo que es aconsejable asistir a cursos pre-parto para conocer lo que conlleva este proceso, y de ser posible has que tu pareja te acompañe.
- Desarrolla un sistema de soporte para ti misma, buscando información sobre el tema, asistencia y centros de ayuda. (www.Univision.com).
- Una vez que el bebé haya nacido:
- Aprovecha cualquier oportunidad para descansar. Aprende a echar cabeceadas o pequeñas siestas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- Es bueno compartir tus tensiones con tu pareja, pues el también estará experimentando muchas emociones encontradas y si desconoce el origen de tu tristeza, se le hará difícil comprenderte.
- Con la maternidad tus seres queridos serán tus grandes aliados, esto no significa que no seas capaz de asumir tu rol de madre, deja que tus amigos traigan tu comida, o invita a tu hermana o madre a cuidar al bebé mientras descansas.
- Cada vez que te sientas abrumada, animate a pedir ayuda antes de esperar a que los demás te la ofrezcan, pues tienen la necesidad de exigir cariño de las personas que te rodean de apoyo, contacto físico, ternura y deseo de conversar con la pareja, familiares y amigos.
- Alimentate adecuadamente. Las ensaladas, los vegetales frescos, una fruta y los cereales son alimentos muy adecuados para este momento y que además no necesitan de mucha cocina.
- Encuentre tiempo para disfrutar de su pareja. Intente conseguir una niñera y salgan juntos a cenar, al cine o las actividades que le gusta realizar.
- Intente intimar con su pareja, incluso aunque todavía no le apetezca tener relaciones sexuales completas, un beso, un abrazo o una caricia o un mimo pueden ser bastante reconfortables hasta que regrese el deseo sexual por completo.
- No sea muy crítica consigo misma ni con su pareja. La vida se hace bastante dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad de ambos puede conducir a discusiones frecuentes que debilitarán su relación en una etapa en la que debería ser más fuerte.
- Retome su rutina habitual.
- Limitar las visitas una vez nacido el bebé, ya que esto puede causar un gran agotamiento.
- Comprometerse a realizar ejercicios sencillos.
- Salir de compras y relajarte.
- Favorecer a que tu bebé adopte un horario de sueño.

Finalmente a pesar de que algún trastorno psicológico posterior al parto ya este instaurado, cuando se le diagnostique, no se desespere el apoyo, el consejo y la

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

medicación marcarán la diferencia y acelerarán su recuperación.
(www.Geosalud.com).

3. JUSTIFICACIÓN.

El poder conocer la realidad que vive dentro de la práctica de los profesionales de salud, dará las bases sobre las cuales se determinen las prácticas que se consideren beneficiosas, al mismo tiempo ayudará a determinar pertinencia de contenidos para la atención integral del paciente al conocer la relación que existe entre el desarrollo de trastornos psicológicos posteriores al parto y el otorgamiento de actividades afectivas en el contexto social de un ser humano, lo cual no tan sólo se expresará dentro de la atención.

Considerándose, que es necesario que todos aquellos que participan en el bienestar del paciente lo visualicen no como un objeto invadido por múltiples procedimientos sino como un ser humano con repercusiones "psicológicas" causadas por estrés hospitalario y el contexto en el cual se desarrolla, biológicas por inestabilidad de la enfermedad y sociales porque tal vez necesite lograr una integración a la sociedad en la que se ve inmersa con ciertos generadores específicos de estrés, adquiriendo relevancia el brindar una atención integral. Por ello es necesario profundizar en los procesos que vive la paciente y así determinar alternativas coherentes a las necesidades específicas de la misma.

4. OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer si las expresiones de afecto son atenuantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto en mujeres que son atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el grado de importancia que tienen las expresiones de afecto para las mujeres que cursan con trabajo de parto.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2. Favorecer las muestras de afecto en esta etapa de transición (trabajo de parto).
3. Identificar la presencia de expresiones de trastornos psicológicos posteriores al parto en pacientes con embarazo de término.
4. Disminuir el riesgo de aparición de trastornos psicológicos posteriores al parto.

5 HIPÓTESIS.

H1: Las expresiones de afecto son atenuantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto en mujeres atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

H0: Las expresiones de afecto no son atenuantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto en mujeres atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

6 METODOLOGÍA.

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

6.1.1 Por el conocimiento que tiene el investigador del fenómeno a estudiar:

Abierto.

6.1.2 Por la participación del investigador:

Observacional.

6.1.3 Por el tiempo en que se estudian los eventos:

Prospectivo.

6.1.4 Por el periodo de recolección de datos.

Transversal.

6.2 POBLACIÓN.

La población de interés para este estudio, fue constituida por mujeres con embarazo de término, que fueron atendidas dentro del área de Tococirugía, aleatoriamente, ya sea por Médicos o Licenciados en Enfermería y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

6.2.1 Tamaño de la muestra.

El tipo de muestra fué no probabilístico, determinado de manera causal y por conveniencia en base a la cantidad de pacientes que acudieron a ser atendidas en el área de Tococirugía dentro del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México (N=36) en el mes de marzo del 2003 y que cubrían con los requisitos de la investigación.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

6.3.1 Criterios de inclusión:

Pacientes con embarazo de término que fueron atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

6.3.2 Criterios de exclusión:

Pacientes con embarazo de término que fueron atendidas parcialmente en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del instituto de Salud del Estado de México.

Pacientes consideradas de acuerdo a edad gestacional no de término que fueron atendidas total o parcialmente en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Pacientes en las que la resolución del embarazo sea vía abdominal y que fueron atendidas en el del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del instituto de salud del Estado de México.

6.3.3 Criterios de eliminación:

Pacientes con embarazo de término que fueron atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, que no deseen participar en la investigación.

6.4 VARIABLES.

6.4.1 Variables independientes:

Las expresiones de afecto hacia las pacientes posparto.

6.4.2 Variables dependientes:

Presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto.

6.5 INDICADORES.

6.5.1 Indicadores socio-demográficos:

Edad (madre).
Edad (padre).
Escolaridad (madre).
Escolaridad (padre).
Nivel socioeconómico.
Estado civil.

6.5.2 Indicadores de percepción de calidad de atención:

**Indicadores intrapersonales.
Indicadores interpersonales.
Indicadores extrapersonales.**

6.5.3 Indicadores de factores de riesgo que condicionan los trastornos psicológicos posteriores al parto:

**Respuestas verbales.
Respuestas no verbales.**

6.5.4 Indicadores de la escala de Hamilton: depresión

**Ánimo deprimido
Sentimientos de culpa.
Suicidio.
Insomnio inicial.
Insomnio medio.
Insomnio terminal.
Trabajo y actividades.
Retardo.
Agitación.
Ansiedad psíquica.
Ansiedad somática.
Somático gastrointestinal.
Somático general.
Genital.
Hipocondriasis.
Insight.
Pérdida de peso.
Duración de estos síntomas, número de gestas y profesional que brindó atención.**

6.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

6.6.1 Observación.

Para la realización de la reciente investigación se observó a la población femenina de pacientes con embarazo de término, lo que nos permitió inferir posibles elementos de las expresiones de afecto como determinantes en la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto, lo cual fué determinado con la aplicación de los instrumentos dentro de las instalaciones del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

6.6.2 Entrevista.

La primera hoja del instrumento comprende los aspectos de autorización de participación de la investigación y ficha de identificación de la paciente, la segunda parte se relaciona a la percepción de calidad en la atención por parte del paciente que consta de 12 ítems de respuesta, cabe aclarar que no se valoraron las muestras de afecto como tal ya que todos los profesionales de salud afirmarían que brindaron una atención integral y el porcentaje de trastornos psicológicos posteriores al parto tal vez no tendría congruencia con los resultados finales, por lo cual consideramos más precisa la percepción de calidad de atención expresada por la paciente, la tercera parte se denomina factores de riesgo que condicionan los trastornos psicológicos posteriores al parto, incluyendo respuestas verbales y no verbales con 16 ítems, dicho instrumento de valoración fué elaborado por los autores de este estudio, la entrevista se realizó en el área de hospitalización a las 36 participantes en la etapa de puerperio inmediato.

Y por último se aplicó la escala de Hamilton para la depresión, con 18 ítems (anexo) que incluye los signos y síntomas cuyo resultado de 15 puntos o mayor, señala un trastorno psicológico, se incorporó un ítem donde se clasifica el tiempo de duración de esta sintomatología, y profesional que atendió a la paciente, se realizó una primera visita domiciliaria a las 36 pacientes, 17 días después de efectuarse la primera parte de la entrevista para detectar quién había experimentado tristeza posparto y quién cursaba con depresión, se les canalizó a un centro de ayuda para implementar un tratamiento y finalmente se hizo una segunda visita domiciliaria 20 días después de la visita anterior para verificar si la sintomatología presentada con anterioridad, se había revertido, continuaba o bien se atenuaban o agrebaban otros síntomas.

6.7 PROCESAMIENTO DE DATOS.

Una vez recopilados todos los datos, se procedió a estructurar una base de datos en el programa Excel, a fin de realizar el análisis estadístico, para posteriormente elaborar cuadros y gráficas y porcentajes, que permitieron realizar la interpretación de los mismos.

6.8 VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los resultados fueron validados mediante la aplicación de una prueba piloto realizada en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, donde se constató el grado de complejidad del instrumento, obteniéndose de los mismos un adecuado entendimiento.

6.9 RECURSOS

6.9.1 Recursos humanos

Lic. Raúl Rutilo Gómez López
Director de Tesis
P.S.S. Israel Adrián Barrios Custodio
P.S.S. Verónica Rubio de López
Realizadores de la Investigación.

6.9.2 Recursos materiales:

Material de Oficina, computadora, disquetes y hojas blancas.

6.9.3 Recursos financieros:

Parte fueron dadas por la E.N.E.O. - U.N.A.M. (apoyo académico y administrativo) y el resto fué proporcionado por el investigador.

7. DESCRIPCION DE RESULTADOS

Cuadro No. 1
EDAD DE LA MADRE

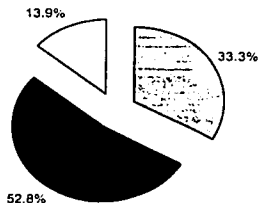
Tamaño de la muestra

36

Edad de la madre	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
15 a 22 años	12	33.3	33.3
23 a 30 años	19	52.8	52.8
31 a 38 años	5	13.9	13.9
Total	36	100.0	100.0

Fuente: 36 encuestas aplicadas a pacientes posparto atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Gráfica No. 1
Edad de la madre



□ 15 a 22 años ■ 23 a 30 años □ 31 a 38 años

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Del total de la población de pacientes posparto, el grupo de edad entre 23 a 30 años representa el 52.8 %; seguida por el grupo entre 15 a 22 años representando el 33.3 % y por último el grupo entre 31 a 38 años con el 13.9 %.

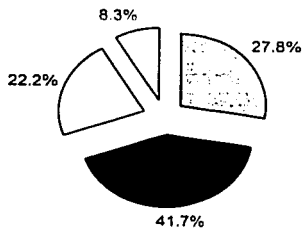
**Cuadro No.2
EDAD DEL PADRE**

Tamaño de la muestra **36**

Edad del padre	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
15 a 22 años	10	27.8	27.8
23 a 30 años	15	41.7	41.7
31 a 38 años	8	22.2	22.2
38 ó más	3	8.3	8.3
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 2
Edad del padre**



15 a 22 años
 23 a 30 años
 31 a 38 años
 38 ó más

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Del total de la población de pacientes posparto, el grupo de edad de su pareja se encuentra entre 23 a 30 años con el 41.7 %; posteriormente de 15 a 22 años representa el 27.8 %; seguida del grupo entre 31 a 38 años con el 22.2 % y finalmente el grupo de 38 años ó más que corresponde al 8.3 %.

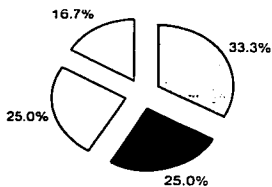
**Cuadro No.3
ESCOLARIDAD DE LA MADRE**

Tamaño de la muestra 36

Escolaridad de la madre	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Secundaria	12	33.3	33.3
Nivel medio superior o más	9	25.0	25.0
Primaria completa	9	25.0	25.0
Primaria incompleta	6	16.7	16.7
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No.3
Escolaridad de la madre**



- Secundaria
- Nivel medio superior o más
- Primaria completa
- Primaria incompleta

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Del total de la población femenina entrevistada un 33.3 % estudió la secundaria; continuando con el 25.0 % que estudió el nivel medio superior o más; de igual manera el 25.0 % concluyó la primaria y para finalizar un 16.7 % no concluyó la primaria.

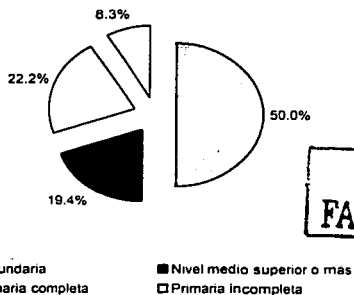
**Cuadro No.4
ESCOLARIDAD DEL PADRE**

Tamaño de la muestra 36

Escolaridad del padre	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Secundaria	18	50.0	50.0
Nivel medio superior o más	7	19.4	19.4
Primaria completa	8	22.2	22.2
Primaria incompleta	3	8.3	8.3
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 4
Escolaridad del padre**



Descripción:

Del total de la población posparto, su pareja cuenta con escolaridad secundaria el 50.0 %; seguida con 22.2 % con primaria completa; continuando con un 19.4 % que estudio el nivel medio superior o más; finalmente el 8.3 % que no concluyo la primaria.

**Cuadro No.5
NIVEL SOCIOECONOMICO**

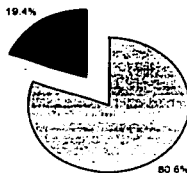
Tamaño de la muestra

36

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado
Bajo	29	80.6	80.6
Medio y alto	7	19.4	19.4
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Cuadro No. 5
Nivel socioeconómico**



□ Bajo ■ Medio y alto

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Del total de la población de pacientes posparto, el nivel socioeconómico con categoría baja, representa un 80.6 %; mientras que el nivel medio y alto, representa el 19.4 %.

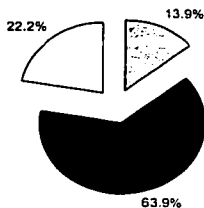
**Cuadro No.6
ESTADO CIVIL**

Tamaño de la muestra 36

Estado Civil	Frecuencia	Porciento	Porcentaje Validado
Soltera	5	13.9	13.9
Union Libre	23	63.9	63.9
Casada	8	22.2	22.2
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 6
Estado Civil**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

□ Soltera ■ Union Libre □ Casada

Con respecto al estado civil un 63.9 % se encuentran en unión libre; posteriormente el 22.2 % se encuentran casadas y finalmente un 13.9 % son solteras.

Cuadro No.7

ACERCA DE TUS INQUIETUDES DE EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO LO APRENDISTE DE

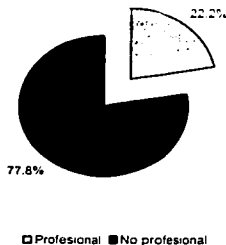
Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado
Profesional	8	22.2	22.2
No profesional	28	77.8	77.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 7

Acerca de tus inquietudes de embarazo, trabajo de parto y puerperio lo aprendiste de



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Descripción:

Con respecto a inquietudes de embarazo, trabajo de parto y puerperio el 77.8 % lo aprendió de no profesionales y el 22.2 % de profesionales.

Cuadro No.8

A TU LLEGADA AL HOSPITAL, EL PERSONAL SE MOSTRÓ PARA CONTIGO

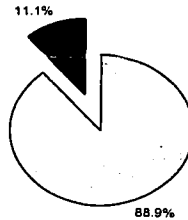
Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Interesado	32	88.9	88.9
No interesado	4	11.1	11.1
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro # 1

Gráfica No.8

A tu llegada al hospital, el personal se mostró para contigo



□ Interesado ■ No interesado

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Descripción:

Respecto a la llegada del paciente al hospital el 88.9 % afirma que el personal se mostró interesado mientras que el 11.1 % considera que el personal se mostró no interesado.

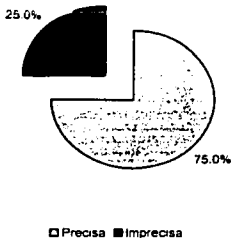
Cuadro No.9
LA INFORMACIÓN QUE RECIBISTE TÚ Y TUS FAMILIARES CON RESPECTO A TU HOSPITALIZACIÓN FUE

Tamaño de la muestra **36**

	Frecuencia	Porciento	Porcentaje Validado
Precisa	27	75.0	75.0
Imprecisa	9	25.0	25.0
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No.9
La información que recibiste tú y tus familiares con respecto a tu hospitalización fue



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Descripción:

De acuerdo a la información que recibió el paciente y sus familiares con respecto a su hospitalización el 75% considera que fué precisa y el 25% afirma que es imprecisa.

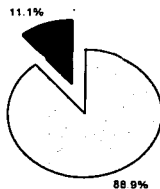
Cuadro No.10
EL PERSONAL QUE SE ENCUENTRA DENTRO DEL ÁREA DE LABOR SE ACERCÓ A TI DE MANERA

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Interesada	32	88.9	88.9
No interesada	4	11.1	11.1
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 10
El personal que se encuentra dentro del área de labor se acercó a ti de manera



□ Interesada ■ No interesada

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Descripción:

Se observa que el 88.9% considera que el personal que se encuentra dentro del área de labor se acercó de manera interesada y el 11.1% lo hizo de manera no interesada.

Cuadro No.11

LA ATENCIÓN QUE SE TE BRINDÓ EN EL ÁREA DE LABOR FUE

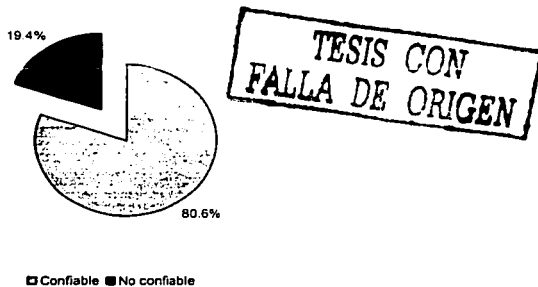
Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Confiable	29	80.6	80.6
No confiable	7	19.4	19.4
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 11

La atención que se te brindó en el área de labor fue



Descripción:

Respecto a la atención que se brindó a las pacientes en área de labor el 80.6% considera que fue confiable mientras que el 19.4% la considera no confiable.

Cuadro No.12

CONSIDERAS QUE LOS PROCEDIMIENTOS RELIZADOS FUERON

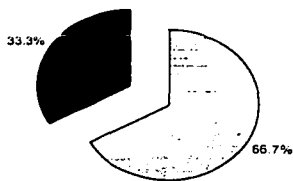
Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Competentes	24	66.7	66.7
No competentes	12	33.3	33.3
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 12

Consideras que los procedimientos realizados fueron



□ Competentes ■ No competentes

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Del total de la población posparto el 66.7% considera que los procedimientos realizados fueron competentes y el 33.3% los considera no competentes.

Cuadro No.13

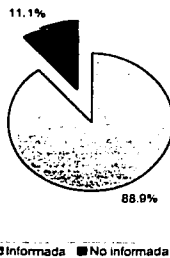
ACERCA DE TUS INQUIETUDES, LA ORIENTACIÓN QUE SE TE BRINDÓ, HACE QUE TÚ TE SIENTAS

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Informada	32	88.9	88.9
No informada	4	11.1	11.1
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 13
Acerca de tus inquietudes, la orientación que se te brindó, hace que tú te sientas



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Descripción:

Acerca de las inquietudes, al brindarles orientación el 88.9% se sintió informada y el 11.1% de las pacientes se sintió no informada.

Cuadro No.14

AL RECIBIR LA INFORMACION EN EL ÁREA DE LABOR TE SENTISTE

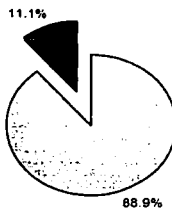
Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Segura	32	88.9	88.9
Insegura	4	11.1	11.1
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 14

Al recibir la información en el área de labor te sentiste



■ Segura ■ Insegura

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

De acuerdo a la información que recibieron las pacientes en área de labor el 88.9% se sintieron seguras y el 11.1% inseguras.

Cuadro No.15

LOS PROFESIONALES QUE TE ATENDIERON LO HICIERON DE FORMA

Tamaño de la muestra

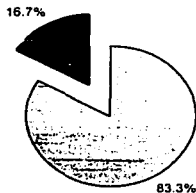
36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Responsable	30	83.3	83.3
Irresponsable	6	16.7	16.7
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 15

Los profesionales que te atendieron lo hicieron de forma



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

■ Responsable ■ Irresponsable

Descripción:

El 83.3 % considera que los profesionales las atendieron de forma responsable y el 16.7% de forma irresponsable

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Cuadro No.16

COMO CONSIDERAS LA ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL

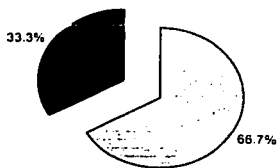
Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Organizada	24	66.7	66.7
Desorganizada	12	33.3	33.3
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 16

Como consideras la atención por parte del personal



□ Organizada ■ Desorganizada

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Un 66.7% considera que la atención por parte del personal fue organizada y el 33.3% la consideran desorganizada

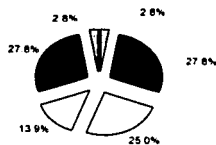
**Cuadro No.17
CUALES FACTORES CONSIDERAS QUE TE TENIAN NERVIOSA ANTES DE ENTRAR AL HOSPITAL**

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ninguno	1	2.8	2.8
Desconocimiento del trabajo de parto y condiciones del producto	10	27.8	27.8
Gastos médicos	9	25.0	25.0
Calidad de atención	5	13.9	13.9
Probables complicaciones	10	27.8	27.8
Otros	1	2.8	2.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 17
Cuales factores consideras que te tenían nerviosa antes de entrar al hospital**



- Ninguno
- Desconocimiento del trabajo de parto y condiciones del producto
- Gastos médicos
- Calidad de atención
- Probables complicaciones
- Otros

Descripción:

Con respecto a los factores que tenían nerviosas a las pacientes antes de entrar al hospital un 27.8% considera el desconocimiento del trabajo de parto y condiciones del producto; el 27.8% mencionó las probables complicaciones; seguido del 25% que menciona los gastos médicos; continuando con el 13.9% menciona la calidad de atención; posteriormente el 2.8% que menciona otros factores y finalmente el 2.8% que no considera ningún factor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 18

CUALES FACTORES DENTRO DEL HOSPITAL AUMENTARON TU NERVIOSISMO

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado
Ninguno	1	2.8	2.8
Trato Impersonal	4	11.1	11.1
Diferencias entre criterios médicos	2	5.6	5.6
Complicaciones del trabajo de parto y producto	1	2.8	2.8
Área física sucia y en malas condiciones	7	19.4	19.4
Numerosos tactos vaginales realizados por uno o varios profesionales de la salud	9	25.0	25.0
Atención no personalizada	7	19.4	19.4
Otros	5	13.9	13.9
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 18
Cuales factores dentro del hospital aumentaron tu nerviosismo



- Ninguno
- Trato impersonal
- Diferencias entre criterios médicos
- Complicaciones del trabajo de parto y producto
- Área física sucia y en malas condiciones
- Numerosos tactos vaginales realizados por uno o varios profesionales de la salud
- Atención no personalizada
- Otros

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

De acuerdo a los factores dentro del que aumentaron el nerviosismo de las pacientes, un 25% hace mención a numerosos tactos vaginales; mientras el 19.4% menciona el área física sucia y en malas condiciones, de igual forma un 19.4% menciona la atención no personalizada; continuando con otros factores que representa un 13.9%; seguida con el trato impersonal con un 11.1%; por otra parte el 5.6% hace mención a diferencias entre criterios médicos y finalmente el 2.8% refiere las complicaciones del trabajo de parto, producto y ningún factor.

Cuadro No.19
NÚMERO DE GESTAS

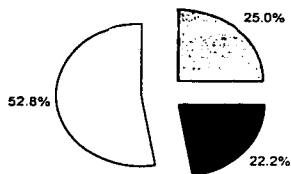
Tamaño de la muestra

36

Número de gestas	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Una	9	25.0	25.0
Dos	8	22.2	22.2
Más de dos	19	52.8	52.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 19
Número de gestas



■ Una ■ Dos □ Más de dos

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

El 52.8% del total de la población ha tenido más de dos gestas; el 25.0% sólo una gesta y por último el 22.2% ha tenido dos gestas.

Cuadro No.20
PARTOS ANTERIORES

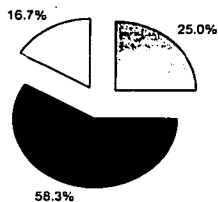
Tamaño de la muestra

36

Partos anteriores	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
No ha tenido	9	25.0	25.0
Sin complicaciones	21	58.3	58.3
Con complicaciones	6	16.7	16.7
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 20
Partos anteriores



□ No ha tenido ■ Sin complicaciones □ Con complicaciones

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Los partos anteriores del total de la población en un 58.3% sucedieron sin complicaciones; el 25.0% representa a la población sin partos anteriores y para finalizar el 16.7% de los partos fueron sin complicaciones.

**Cuadro No.21
SUS HIJOS ANTERIORES SON SANOS**

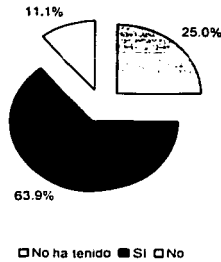
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
No ha tenido	9	25.0	25.0
Sí	23	63.9	63.9
No	4	11.1	11.1
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 21
Sus hijos anteriores son sanos**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Del total de la población el 63.9% ha tenido hijos sanos; continuando con el 25% que no ha tenido hijos y por último el 11.1% ha tenido hijos no sanos.

Cuadro No.22
FECHA DE ÚLTIMO PARTO, CESÁREA O ABORTO

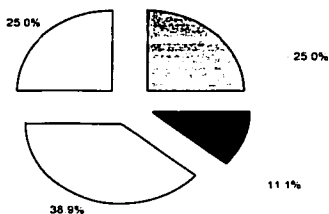
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ninguna gesta anterior	9	25.0	25.0
Un año o menos	4	11.1	11.1
Dos años	14	38.9	38.9
Tres años o más	9	25.0	25.0
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 22
Fecha de último parto, cesárea o aborto



Ninguna gesta anterior
 Un año o menos
 Dos años
 Tres años o más

Descripción:

De acuerdo a la fecha de último parto, cesárea o aborto un 38.9% tiene un tiempo de dos años; continuando con un 25% con tiempo de tres años o más; con el mismo porcentaje se encuentran las mujeres que no han tenido alguna gesta anterior y para finalizar el 11.1% tiene tiempo de un año o menos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No.23
**DURANTE LOS EMBARAZOS ANTERIORES PADECIÓ TRASTORNOS PSICOLÓGICOS
 DURANTE Y POSTERIORES AL PARTO**

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado
No ha tenido embarazos anteriores	9	25.0	25.0
Si	15	41.7	41.7
No	12	33.3	33.3
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 23
 Durante los embarazos anteriores padeció trastornos psicológicos durante y posteriores al parto



Descripción:

Las mujeres que forman el 41.7% si ha padecido trastornos psicológicos en embarazos anteriores representando al 33.3% el no padecimiento de trastornos psicológicos en embarazos anteriores y finalmente el 25% no ha tenido embarazos anteriores.

TESIS
FALLA DE ORIGEN

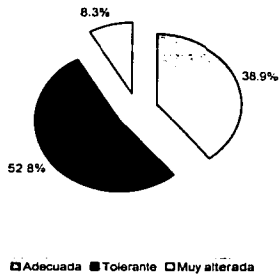
Cuadro No.24
ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO (MUJER)

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Adecuada	14	38.9	38.9
Tolerante	19	52.8	52.8
Muy alterada	3	8.3	8.3
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 24
Actitud frente al embarazo (mujer)



Descripción:

De acuerdo a la actitud frente al embarazo de la mujer, se encontró que un 52.8% fué tolerante, siguiendo con un 38.9% con actitud adecuada y finalmente el 8.3% con actitud muy alterada.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No.25
ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO (PADRE)

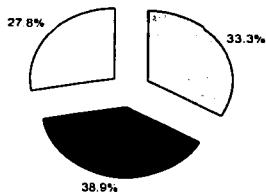
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Adecuada	12	33.3	33.3
Tolerante	14	38.9	38.9
Muy alterada	10	27.8	27.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 25
Actitud frente al embarazo (padre)



■ Adecuada ■ Tolerante □ Muy alterada

Descripción:

Con respecto a la actitud frente al embarazo por parte del padre se encontró que en un 38.9% fue tolerante; 33.3% adecuada y el 27.8% muy alterada.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No.26
ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO DE FAMILIARES Y AMIGOS

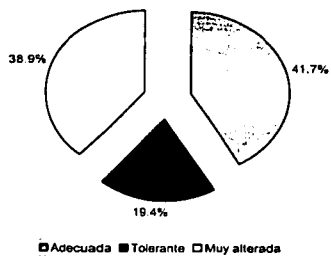
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Adecuada	15	41.7	41.7
Tolerante	7	19.4	19.4
Muy alterada	14	38.9	38.9
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 26
Actitud frente al embarazo de familiares y amigos



Descripción:

De acuerdo a la actitud frente al embarazo de familiares y amigos se encontró que un 41.7% es adecuada; continuando con un 38.9% muy alterada y finalmente con un 19.4% con actitud tolerante.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No.27

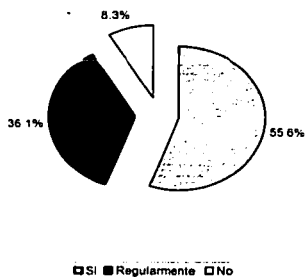
PERCEPCIÓN DE APOYO DURANTE EL EMBARAZO POR PARTE DE PAREJA Y FAMILIARES

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Porciento	Porcentaje Validado
Si	20	55.6	55.6
Regularmente	13	36.1	36.1
No	3	8.3	8.3
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 27
Percepción de apoyo durante el embarazo por parte de pareja y familiares

**Descripción:**

En relación a percepción de apoyo durante el embarazo por parte de pareja y familiares se ubica en un 55.6% que afirma que percibió apoyo; mientras que claramente un 36.1% considera que el apoyo fue regniera apoyo y finalmente el 8.3% niega apoyo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

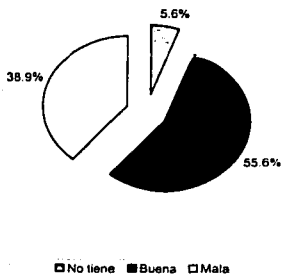
**Cuadro No.28
RELACIÓN CON PAREJA**

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Porciento	Porcentaje Validado
No tiene	2	5.6	5.6
Buena	20	55.6	55.6
Mala	14	38.9	38.9
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 28
Relación con pareja**



Descripción:

Del total de la población de pacientes posparto el 55.6% afirma que la relación con su pareja es buena; mientras que el 38.9% la considera mala y por último el 5.6% no tiene pareja.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

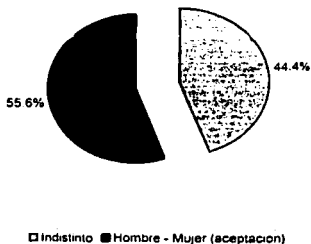
Cuadro No.29
SEXO DESEADO DEL PRODUCTO

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Indistinto	16	44.4	44.4
Hombre - Mujer (aceptación)	20	55.6	55.6
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 29
Sexo deseado del producto



Descripción:

En relación al sexo deseado del producto, el 55.6% tenía preferencias, pero si el sexo fué contrario a lo que deseaban hubo una actitud de aceptación y finalmente el 44.4% el sexo le era indistinto.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No.30

PADECIÓ TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL EMBARAZO ACTUAL

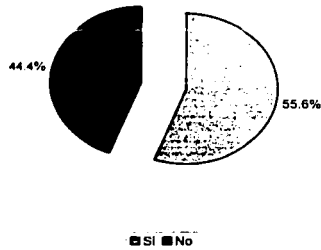
Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Si	20	55.6	55.6
No	16	44.4	44.4
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 30

Padeció trastornos psicológicos en el embarazo actual



Descripción:

En relación al padecimiento de trastornos psicológicos en el embarazo actual el 55.6% afirma que si los padeció y por último el 44.4% los niega.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

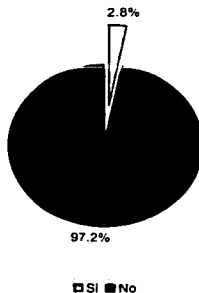
Cuadro No.31
ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Si	1	2.8	2.8
No	35	97.2	97.2
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 31
 Antecedentes familiares de trastornos psicológicos



Descripción:

Respecto a los trastornos psicológicos el 97.2% no tiene antecedentes familiares y para finalizar el 2.8% cuenta con antecedentes familiares.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

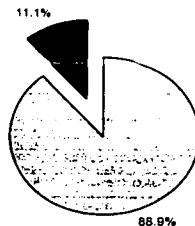
Cuadro No. 32
ARREGLO PERSONAL Y VESTIDO

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ropa limpia pulcra y en buen estado	32	88.9	88.9
Ropa sucia y en mal estado	4	11.1	11.1
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 32
Arreglo personal y vestido



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Ropa limpia pulcra y en buen estado
 Ropa sucia y en mal estado

Descripción:

En lo que respecta al arreglo personal y vestido se observó que un 88.9% porta ropa limpia, pulcra y en buen estado y por último un 11.1% viste con ropa sucia y en mal estado.

Cuadro No.33
POSTURA Y LENGUAJE CORPORAL

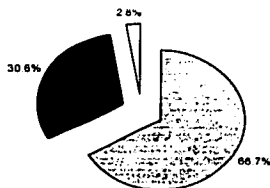
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Postura abierta (músculos largos y extendidos)	24	66.7	66.7
Postura contraída, extremidades cruzadas o cerca del cuerpo	11	30.6	30.6
Cambio de posición de abierta a contraída o tensión de músculos	1	2.8	2.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 33
Postura y lenguaje corporal



- Postura abierta (músculos largos y extendidos)
- Postura contraída, extremidades cruzadas o cerca del cuerpo
- Cambio de posición de abierta a contraída o tensión de músculos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Respecto a postura y lenguaje corporal se encontró que un 66.7% muestra postura abierta; posteriormente un 30.6% con postura contraída y finalmente un 2.8% manifiesta cambios de posición abierta a contraída y tensión muscular.

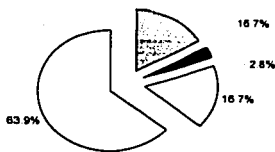
Cuadro No.34
MOVIMIENTOS

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Asentir o disentir con movimientos de la cabeza	6	16.7	16.7
Agitar la mano	1	2.8	2.8
Movimientos constantes de las extremidades	6	16.7	16.7
Se mantiene relajada y sentada	23	63.9	63.9
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 34
Movimientos



- Asentir o disentir con movimientos de la cabeza
- Agitar la mano
- Movimientos constantes de las extremidades
- Se mantiene relajada y sentada

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

En relación a movimientos, se encontró que un 66.9% de las pacientes se mantiene relajada y sentada; siguiendo con un 16.7% que realiza movimientos constantes de las extremidades; un 16.7% que asiente o disiente con movimientos de la cabeza; finalmente el 2.8% agita la mano

Cuadro No.35
ÁNIMO DEPRIMIDO

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ausente	4	11.1	11.1
Lo indica sólo si se le pregunta	1	2.8	2.8
Lo indica d emanera espontánea	8	22.2	22.2
Lo comunica por expresión facial, postura, voz y llanto	21	58.3	58.3
Expresión verbal y no verbal	2	5.6	5.6
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No.35
 Ánimo deprimido



- Ausente
- Lo indica sólo si se le pregunta
- Lo indica d emanera espontánea
- Lo comunica por expresión facial, postura, voz y llanto
- Expresión verbal y no verbal

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Respecto al ánimo deprimido se encontró que un 58.3% lo comunica con expresión facial, postura, voz y llanto; mientras que el 22.2% lo indica de manera espontánea; continuando con un 11.1% en las que el ánimo deprimido se encuentra ausente; siguiendo con el 5.6% que lo expresa verbal y no verbalmente; finalizando con el 2.8% que lo indica sólo si se le pregunta.

Cuadro No.36
SENTIMIENTO DE CULPA

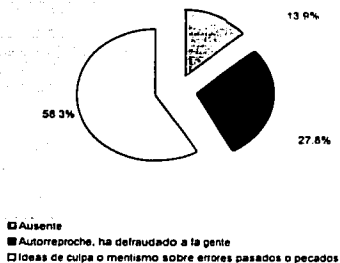
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ausente	5	13.9	13.9
Autorreproche, ha defraudado a la gente	10	27.8	27.8
Ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados	21	58.3	58.3
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 36
Sentimiento de culpa



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

En relación al sentimiento de culpa del total de pacientes posparto se encontró que el 58.3% tiene ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados; mientras que el 27.8% tiene sentimientos de autorreproche, que ha defraudado a la gente; por último el 13.9% no experimenta estos sentimientos.

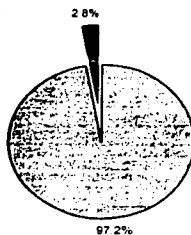
Cuadro No.37
SUICIDIO

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ausente	35	97.2	97.2
Desea estar muerto o piensa en una posible muerte	1	2.8	2.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 37
Suicidio



□ Ausente ■ Desea estar muerto o piensa en una posible muerte

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Respecto a pensamientos suicidas, se encontró que en un 97.2% afirma que están ausentes; mientras que el 2.8% tiene pensamientos suicidas.

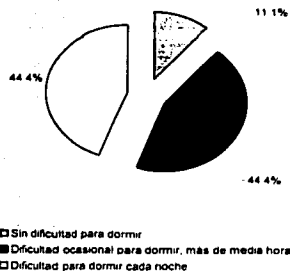
Cuadro No.38
INSOMNIO INICIAL

Tamaño de la muestra **36**

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Sin dificultad para dormir	4	11.1	11.1
Dificultad ocasional para dormir, más de media hora	16	44.4	44.4
Dificultad para dormir cada noche	16	44.4	44.4
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 38
Insomnio Inicial



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Respecto al insomnio inicial un 44.4% afirma que tiene dificultad para dormirse cada noche; mientras que el otro 44.6% manifiesta dificultad ocasional para dormirse, más de media hora y por último el 11.1% no presenta dificultad para dormirse.

Cuadro No.39
INSOMNIO MEDIO

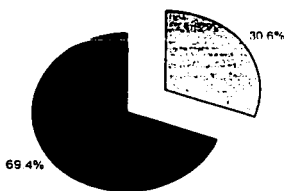
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Porciento	Porcentaje Validado
Sin dificultad	11	30.6	30.6
Inquieto y alterado por la noche	25	69.4	69.4
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 39
 Insomnio medio



**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

■ Sin dificultad ■ Inquieto y alterado por la noche

Descripción:

En relación al insomnio medio el 69.4% de las mujeres manifiestan que se encuentran inquietas y alteradas por la noche; finalmente el 30.6% no tiene dificultad alguna.

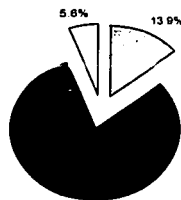
**Cuadro No.40
INSOMNIO TERMINAL**

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Sin dificultad	5	13.9	13.9
Se despierta en la madrugada y se vuelve a dormir	29	80.6	80.6
Incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama	2	5.6	5.6
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 40
Insomnio terminal**



- Sin dificultad
- Se despierta en la madrugada y se vuelve a dormir
- Incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

En lo que respecta al insomnio terminal; se encontró que un 80.6% se despierta por la madrugada y se vuelve a dormir; continuando con el 13.9% que no tiene dificultad alguna, finalizando con el 5.6% que es incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama.

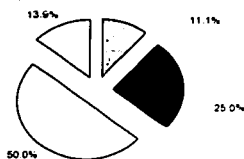
Cuadro No.41
TRABAJO Y ACTIVIDADES

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Sin dificultad	4	11.1	11.1
Incapacidad relacionada con las actividades, trabajo	9	25.0	25.0
Pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo	18	50.0	50.0
Reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad	5	13.9	13.9
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No.41
 Trabajo y actividades



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- Sin dificultad
- Incapacidad relacionada con las actividades, trabajo
- Pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo
- Reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad

Descripción:

Respecto al trabajo y actividades un 50% experimenta pérdida de interés en la actividad, pasatiempo y trabajo; mientras que el 25% se siente incapaz de realizar actividades y trabajo; continuando con el 13.9% que afirma que ha reducido el tiempo dedicado a las actividades y menor productividad por último un 11.1% menciona no tener dificultad al respecto.

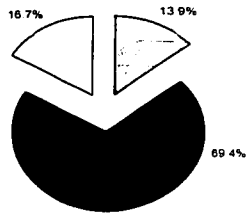
Cuadro No.42
RETARDO

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Habla y pensamientos normales	5	13.9	13.9
Ligero retardo	25	69.4	69.4
Retraso obvio en la entrevista	6	16.7	16.7
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 42
Retardo



■ Habla y pensamientos normales ■ Ligero retardo
□ Retraso obvio en la entrevista

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Respecto al retardo en el habla y pensamiento un 69.4% tiene un ligero retardo; continuando con el 16.7% que expresa un retardo obvio en la entrevista; finalizando con un 13.9% en donde ambos son normales.

Cuadro No.43

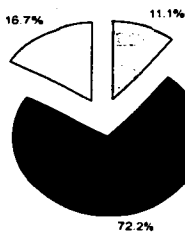
AGITACIÓN

Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ninguna	4	11.1	11.1
Intranquilidad	26	72.2	72.2
Juega con las manos, cabellos, etc.	6	16.7	16.7
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 43
Agitación

□ Ninguna ■ Intranquilidad □ Juega con las manos, cabellos, etc.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

En lo que respecta a la agitación un 72.2% se encuentra intranquila, mientras el 16.7% juega con las manos, cabellos, etc. y un 11.1% no presenta este problema.

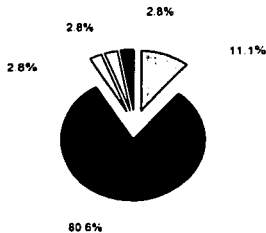
Cuadro No.44
ANSIEDAD PSÍQUICA

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado
Sin dificultad	4	11.1	11.1
Tensión e irritabilidad subjetivas	29	80.6	80.6
Se preocupa por detalles	1	2.8	2.8
Actitud aprehensiva aparente en el rostro y habla	1	2.8	2.8
Expresa sus temores sin que se lo preguntes	1	2.8	2.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 44
Ansiedad psíquica



- Sin dificultad
- Tensión e irritabilidad subjetivas
- Se preocupa por detalles
- Actitud aprehensiva aparente en el rostro y habla
- Expresa sus temores sin que se lo preguntes

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Descripción:

Respecto a la ansiedad psíquica un 80.6% de las mujeres se muestran tensas e irritables; un 11.1% no tiene dificultad; un 2.8% expresa sus temores sin que les pregunten; siguiendo con un 2.8% que muestra actitud aprehensiva y otro 2.8% se preocupa por detalles.

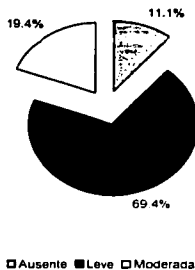
Cuadro No.45
ANSIEDAD SOMÁTICA

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ausente	4	11.1	11.1
Leve	25	69.4	69.4
Moderada	7	19.4	19.4
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 45
Ansiedad somática



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Respecto a la ansiedad somática el 69.4% de las pacientes posparto expresa leve ansiedad; un 19.4% expresa ansiedad moderada y un 11.4% afirma que se encuentra ausente la ansiedad.

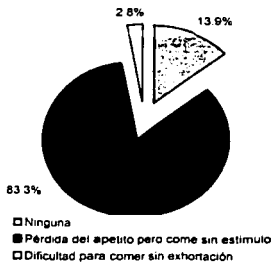
Cuadro No.46
SOMÁTICO GASTROINTESTINAL

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ninguna	5	13.9	13.9
Pérdida del apetito pero come sin estímulo	30	83.3	83.3
Dificultad para comer sin exhortación	1	2.8	2.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 46
Somático gastrointestinal



Descripción:

Del total de pacientes posparto el 83.3% refiere pérdida del apetito, pero come sin estímulo; un 13.9% no tiene ninguna alteración y un 2.8% manifiesta dificultad para comer sin exhortación.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No.47
SOMÁTICO GENERAL

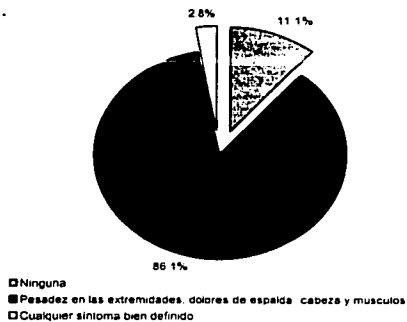
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Porciento	Porcentaje Validado
Ninguna	4	11.1	11.1
Pesadez en las extremidades, dolores de espalda, cabeza y músculos	31	86.1	86.1
Cualquier síntoma bien definido	1	2.8	2.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 47
 Somático general



Descripción:

El 86.1% del total de la población refiere pesadez en las extremidades, dolores de espalda, cabeza y musculares; mientras el 11.1% niega alteraciones y finalmente el 2.8% manifiesta que estos síntomas son bien definidos.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

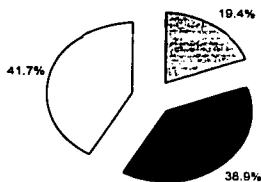
Cuadro No.48
GENITAL (ALTERACIONES MENSTRUALES Y DISMINUCIÓN DEL LÍBIDO)

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Ninguna	7	19.4	19.4
Leve	14	38.9	38.9
Severo	15	41.7	41.7
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 48
 Genital



□ Ninguna ■ Leve ◻ Severo

Descripción:

Respecto a las alteraciones menstruales y disminución del líbido un 41.7% manifiesta alteraciones severas; un 38.9% refiere a leves alteraciones y el 19.4% no tiene alteraciones.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

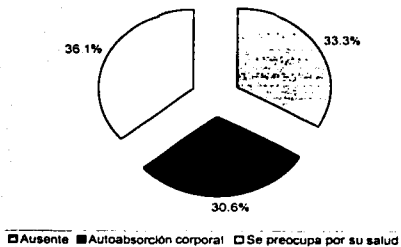
Cuadro No.49
HIPOCONDRIASIS

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado
Ausente	12	33.3	33.3
Autoabsorción corporal	11	30.6	30.6
Se preocupa por su salud	13	36.1	36.1
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 49
Hipocondriasis



Descripción:

Respecto a hipocondriasis un 36.1% se preocupa por su salud; un 33.3% no tiene alteraciones; finalmente el 30.6% manifiesta autoabsorción corporal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No.50

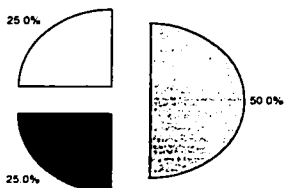
INSIGHT

Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado
Reconoce estar deprimido y enfermo	18	50.0	50.0
Reconoce estar enfermo y lo atribuye al clima, virus, etc.	9	25.0	25.0
Niega por completo estar enfermo	9	25.0	25.0
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No.50
Insight

- Reconoce estar deprimido y enfermo
- Reconoce estar enfermo y lo atribuye al clima, virus, etc.
- Niega por completo estar enfermo

Descripción:

Del total de la población posparto un 50% reconoce estar deprimido y enfermo; el 25% niega por completo estar enfermo y el otro 25% reconoce estar enfermo y lo atribuye al clima, virus, etc.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

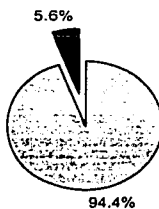
Cuadro No.51
PÉRDIDA DE PESO

Tamaño de la muestra 36

	Frecuencia	Por ciento	Porcentaje Validado
Pérdida de peso ligera y dudosa	34	94,4	94,4
Pérdida de peso obvia y dudosa	2	5,6	5,6
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 51
Pérdida de peso



- Pérdida de peso ligera y dudosa
- Pérdida de peso obvia y dudosa

Descripción:

Respecto a la pérdida de peso el 94,4% experimenta pérdida de peso ligera y dudosa mientras que el 5,6% experimenta pérdida de peso obvia o severa.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 52
DURACIÓN DE ESTOS SÍNTOMAS Y SIGNOS

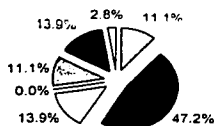
Tamaño de la muestra

36

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado
No aparecieron (LEO)	4	11.1	11.1
Menos de dos semanas (LEO)	17	47.2	47.2
Dos semanas o más (LEO)	5	13.9	13.9
Pensamientos suicidas (LEO)	0	0.0	0.0
No aparecieron (Médico)	0	0.0	0.0
Menos de dos semanas (Médico)	4	11.1	11.1
Dos semanas o más (Médico)	5	13.9	13.9
Pensamientos suicidas (Médico)	1	2.8	2.8
Total	36	100.0	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 52
Duración de éstos signos y síntomas



- No aparecieron (LEO)
- Dos semanas o más (LEO)
- No aparecieron (Médico)
- Dos semanas o más (Médico)
- Menos de dos semanas (LEO)
- Pensamientos suicidas (LEO)
- Menos de dos semanas (Médico)
- Pensamientos suicidas (Médico)

Descripción:

El LEO atendió a 26 pacientes, en un 47.2% se presentó tristeza posparto, en un 13.9% se presentó depresión posparto y finalmente un 11.1% de las pacientes no presentó ninguna alteración, los médicos atendieron a un total de 10 pacientes de las cuales un 13.9% presentó depresión, un 11.1% experimentó tristeza posparto y un 2.8% presentó psicosis.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Hette Flynn, psicóloga clínica, de acuerdo a su investigación realizada (2001), afirma que cerca del 80% de las mujeres, presentan trastornos psicológicos posteriores al parto, un 60 a 65% aproximadamente, experimenta tristeza posparto, mientras que del 10 al 15% presenta depresión posparto. (www.Consalud.com).

Un estudio realizado en Texas (2000) en el Harrist Methodist Hospital, encontró que la psicosis posparto, ocurre en uno de cada mil partos (www.adam.com).

Los resultados arrojados en la investigación aquí presentada, afirman que un 88.9% del total de la muestra, presentó esos trastornos en cualquiera de sus tres estadíos, es 58.3% de las pacientes desarrollo tristeza posparto, que se refiera a la presencia de sintomatología de una forma leve y con un periodo menor de 14 días, el 27.8% presentó depresión, en éste episodio, la sintomatología es más acentuada y con una duración mayor de 14 días, y finalmente un 2.8% presentó psicosis donde se agrega a la sintomatología, alucinaciones visuales, auditivas y pensamientos suicidas (cuadro No. 52). Se concluye que la población que demanda asistencia, es más vulnerable a desarrollar esos trastornos psicológicos en relación a estudios realizados en otras poblaciones con condiciones diferentes de vida.

De lo anterior, el número de los pacientes que presentó tristeza posparto se redujo de un 2 a 7%, el número de pacientes que presentó depresión se elevó de 12 a 17% y finalmente la psicosis se presentó en uno de los 36 partos analizados, elevándose considerablemente el riesgo, (cuadro No. 52) lo anterior apunala que los transtornos psicológicos posteriores al parto se suelen presentar en sus formas más graves.

En Chile, el Psiquiatra Enrique Jadresic, ha estudiado en profundidad estas alteraciones psíquicas posteriores al parto, sus investigaciones afirman que las pacientes primigestas son más vulnerables, personas que han sufrido periodos depresivos anteriormente o en el embarazo actual, aquellas mujeres que cuentan con antecedentes familiares y las mujeres que cuentan con múltiples factores de tipo biológico psicológico y social. (www.demujeramujer.cl).

En nuestra investigación se destaca que la mayor parte de la población atendida pertenece al grupo de pacientes multigestas con un 75%, mientras que las pacientes primigestas equivalen a un 25% (cuadro No. 19), por lo tanto las pacientes multigestas son un factor de riesgo para presentar una alteración psicológica posterior al parto. Las pacientes que han sufrido periodos depresivos anteriormente pertenecen a un 41.7% y las que han sufrido alteraciones psicológicas en el embarazo actual pertenecen a un 55.6%, lo que denota que en

estas pacientes se puede elevar el riesgo. También se encontró que una paciente contó con un antecedente familiar y esa misma paciente desarrollo psicosis posparto, 2.8% (cuadro No. 52), lo que representa una directa relación entre antecedentes familiares y desarrollo de algún trastorno.

En relación a la calidad de atención percibida en la paciente para elaboración de estas preguntas se hace referencia a la teoría de Neuman donde se considera a la persona o paciente como un sistema (noción integral) que tiene implícita todos los componentes del ser humano y la interrelación con el entorno constituye el sistema completo del paciente (concepto), la paciente se encuentra en un ambiente totalmente nuevo incluyendo todos aquellos profesionales de salud, propiciando entre la interacción personal de salud-paciente, lo ideal es que de esta interacción surja una relación de armonía en todas las partes del sistema (bienestar), un ambiente de empatía generará un menor grado de tensión o bien un ambiente de apatía generará un mayor grado de tensión, simultáneamente ambos serán generadores específicos o no de estrés, y como consecuencia, incidirán directamente en la atenuación o aceleración del curso de los trastornos psicológicos posteriores al parto.

En general las pacientes percibieron una calidad de atención, brindando una atención integral, desarrollando actividades manuales y adquiriendo relevancia el desarrollo de actividades afectivas, el desarrollo de actividades afectivas incluye desarrollar diversas actividades tales como brindar un ambiente de cordialidad y confianza, prestar apoyo al cliente y a su familia, proporcionar al cliente hospitalizado algún medio para conservar su identidad (dirigirse a él por su nombre), incitar a la paciente a que participe en el plan de cuidados ya que la pérdida de la posibilidad de determinar su propio destino puede ser muy estresante, dar tiempo a la paciente al para que exprese sus sentimientos y preocupaciones, ser sensibles a las situaciones específicas o a las experiencias que incrementen el estrés de los clientes, brindar información confiable a la paciente y familiares acerca de sus inquietudes, brindar una mejor área física para su atención, dar información y solicitar el consentimiento de los procedimientos que se le realizarán, brindar un trato especializado, hacer sentir a nuestra paciente que estamos dispuestos a brindarles nuestro apoyo, contacto físico, una palabra de aliento, comprensión, ternura, etc; apoyando su necesidad de pertinencia a un grupo, en esta etapa de transición, las pacientes se encuentran vulnerables emocionalmente y es aquí donde adquieren importancia estas actividades.

Las pacientes que afirman, que a su llegada al hospital, el personal se mostró interesado representan un 88.9% (cuadro No. 8).

La información que recibieron las pacientes y familiares con respecto a su hospitalización fue considerada precisa en un 75 % (cuadro No.9).

Las pacientes consideran que el personal que se encuentra en el área de labor se acercó a ellas de manera interesada en un 88.9% (cuadro No. 10). Se considera que la atención que se brindó en el área de labor en un 80.6% (cuadro No. 11) fue confiable.

Se afirma que los procedimientos realizados fueron competentes en un 68.67% (cuadro No. 12).

La orientación que se le brindó a las pacientes acerca de sus inquietudes, hace que ellas se sientan informadas en un 88.9% (cuadro No.13).

Al recibir la información en sala de labor las pacientes se sintieron seguras en un 88.9% (cuadro No. 14).

Un 83.3% (cuadro No. 15) de las pacientes considera que los profesionales que la atendieron lo hicieron de forma responsable.

Las mujeres consideran que la información que se les proporcionó se realizó en forma organizada en un 66.75% (cuadro No. 16).

Los factores dentro del hospital que aumentaron el nerviosismo de las pacientes en un 25% hacen referencia a múltiples tactos vaginales, mientras el 19.4% menciona el área sucia y en malas condiciones (cuadro No. 18), lo cual haciendo referencia a la teoría de Neuman se puede resolver aplicando un nivel de prevención.

En la parte de la entrevista correspondiente a factores de riesgo que condicionan los trastornos psicológicos posteriores al parto, se retoman aspectos de la teoría de Neuman, tomando al ser humano con todas sus variables y su relación con su entorno (producto de sus condiciones de vida, que deja ver la situación de pobreza, jóvenes y adolescentes que se convierten en padres, el bajo nivel de escolaridad, y carencia de redes de apoyo, falta de planificación familiar, complicaciones en embarazos anteriores, las mujeres han tenido mujeres no sanas, periodos intergenésicos menores a dos años, actitud alterada frente al embarazo de padre, madre, familiares y amigos, relación conflictiva con la pareja, desconocimiento del trabajo de parto y condiciones del producto, etc.) ambos constituyen el sistema completo del paciente, el cual se puede ver afectado ya que la población se ve inmersa dentro de múltiples y diversos factores biopsicosociales que se encuentran latentes y son generadores de estrés, la persona trata de adaptarse a la exposición de ellos (línea normal de defensa), pero puede crearse una reacción provocando un nivel de inestabilidad alterando la integridad del sistema.

Neuman contempla la profesión de enfermería que al relacionarse con la paciente pueda obtener una base completa de datos, a partir de la cual se puede detectar

desviaciones del bienestar, se intentan establecer objetivos mediante la negociación con la paciente, donde ambas partes participan, y con ello se plantean intervenciones encaminadas a alcanzar la estabilidad del sistema, cabe mencionar que el periodo de hospitalización es una etapa crucial para obtener una base de información en relación a los estilos de vida que se consideran potencialmente nocivos para el ser humano también en ésta etapa se puede comenzar la educación para la salud, pero todavía hay mucho que hacer en materia de educación para la salud dirigida específicamente a la comunidad pues generalmente todos estos factores específicos de estrés se puede modificar promoviendo estilos de vida saludables, la revelación de esta información y el inicio de una participación se debe en gran medida a el otorgamiento de una atención integral que lleva implícita la creación de relaciones empáticas.

Respecto al grupo de edad que demanda atención el mayor porcentaje se encuentra dentro del rango de edad de 23 a 30 años en un 52.8% seguido del rango de edad de 15 a 22 años en un 33.3% (cuadro No. 1), encontrándose así que el grupo de edad de 23 a 30 años seguido con el grupo de edad de 15 a 22 años son un factor de riesgo para enfrentar un embarazo y por lo tanto se incrementa la posibilidad de experimentar un trastorno psicológico posterior al parto.

Del total de la población de pacientes posparto el grupo de edades o parejas se encuentra en un rango de 23 a 30 años en un 41.7%, continuando con el grupo de edad de 15 a 22 años que representa un 27.8% (cuadro No.2) lo que indica que la disparidad en cuanto a edad es muy similar en las parejas.

Relativo a la escolaridad de la madre un 25% concluyó la primaria, un 16.7% no concluyó la primaria (cuadro No.3); la escolaridad del padre en un 22.2% concluyó la primaria y un 8.3% no concluyó la primaria (cuadro No.4). lo anterior señala los rezagos que hay en materia de educación que se vería ver influenciada, por el bajo nivel socioeconómico 80.6% (cuadro No. 5) al que pertenece esta población.

El estado civil que prevalece en esta muestra es unión libre con un 63.9% (cuadro No.6).

Acerca de las inquietudes de embarazo, trabajo de parto y puerperio un 77.8% (cuadro No.7) lo aprendió de no profesionales, lo cual refleja el déficit de autocuidado (falta de control prenatal) y la influencia de la educación informal como son los amigos, familiares, etc.

Respecto a los factores que generan estrés antes de entrar al hospital, un 27.8% considero el desconocimiento de trabajo de parto y condiciones del producto y otro 27.8% (cuadro No.17) considera posibles complicaciones, el conocimiento erróneo de un acontecimiento es generador de estrés.

En un 16.7% (cuadro No.20) de las mujeres, sus partos han cursado con complicaciones.

Los hijos anteriores de las pacientes en un 11.1% (cuadro No. 21) no son sanos.

De acuerdo a la fecha de último parto, cesárea o aborto en un 58.3% se presenta un periodo intergenésico corto, de dos años y un 11.1% (cuadro No. 22) presenta un periodo intergenésico de un año o menos, lo cual resalta la falta de planificación familiar.

Con respecto a la actitud frente al embarazo de la mujer un 52.8% asume una actitud tolerante y un 8.3% (cuadro no.24) se encuentra muy alterada, lo cual resalta la circunstancia de hijos no planeados o deseados.

Relativo a la actitud del hombre sobre el embarazo, un 38.3% asume una actitud tolerante y un 27.8% (cuadro No. 25) destaca una actitud muy alterada, lo que se señala que en los hombres repercutió el embarazo en una forma más negativa.

En relación a la percepción de apoyo durante el embarazo por parte de pareja y familiares un 36.1% la considera regularmente y un 8.3% (cuadro No.27) no percibió apoyo, lo cual resalta la falta de redes de apoyo.

Respecto a la relación con la pareja, un 38.9% (cuadro No.28) la considera mala y un 5.6% no tiene pareja, lo cual vuelve a resaltar la carencia de redes de apoyo y la presencia de relaciones conflictivas.

En relación al sexo deseado del producto un 55.6% (cuadro No.29) tiene preferencias pero si el sexo del producto fué contrario al que deseaban hubo una actitud de aceptación.

En cuanto a las respuestas no verbales el encuestador al observar hace los registros pertinentes de acuerdo a las percepciones, debe de haber una relación en lo que el paciente dice y en lo que se observó, al otorgar una atención integral, se crean relaciones empáticas basadas en la confianza lo que se traduce en la disposición de la paciente a revelar información.

En relación al arreglo personal o vestido un 88.9% (cuadro no. 32) porta ropa limpia y pulcra y en buen estado, lo cual puede reflejar capacidad de autocuidado físico y emocionales.

Un 66.7% de las pacientes tienden a presentar una postura abierta (músculos largos y extendidos), lo que sugiere una relajación, comodidad, disposición a revelar información, un 30.6% (cuadro No.33) adquiere una postura contraída, extremidades cruzadas o cerca del cuerpo, sugiere ansiedad o actitud defensiva.

Relativo a los movimientos un 63.9% (cuadro No.34) se mantiene relajada y sentada lo que indica relajación y comodidad.

La etapa final de la entrevista, comprende la aplicación de la escala de Hamilton donde se exploran los signos y síntomas que son indicativos de un trastorno psicológico posterior al parto, en general esta escala se aplica a pacientes que cursa con depresión pero también se puede adecuar para pacientes que cursan con cualquiera de los tres estadios de trastornos psicológicos posteriores al parto respetando el como se obtiene la calificación y además incorporando la duración de signos y síntomas para realizar la clasificación.

La sintomatología que más se presentó fue la siguiente:

En un 58.3% (cuadro No. 35) ánimo deprimido que las pacientes lo comunican con expresión facial, postura voz y llanto, un 58.3% (cuadro No. 36) tiene ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados, un 97.2% (cuadro No. 37) afirma que los pensamientos suicidas se encuentran ausentes, en relación al insomnio medio un 69.4% (cuadro No. 39) las mujeres manifiestan que se encuentran alteradas e inquietas por la noche, en lo que respecta a insomnio terminal, un 80.6% (cuadro No. 40) se despierta por la madrugada y se vuelve a dormir; respecto al trabajo y actividades un 50% (cuadro No. 41) experimenta pérdida de interés en la actividad, pasatiempo y trabajo, en relación al retardo, en el habla y pensamiento un 69.4% (cuadro No. 42) tiene un ligero retardo, un 72.2% (cuadro No. 43) de las mujeres se encuentra intranquila, respecto a la ansiedad psíquica un 80.6% (cuadro No. 44) se muestran tensas e irritables, de acuerdo a la ansiedad somática el 69.4% (cuadro No. 45) las pacientes posparto expresan leve ansiedad, del total de las pacientes posparto un 83.3% (cuadro No. 46) refiere pérdida de apetito, pero come sin estímulo, en relación al rubro de somático general, un 86.1% (cuadro No. 47) refiere pesadez en las extremidades, dolores de espalda, cabeza y musculares, respecto al rubro de genital un 41.7% (cuadro No. 48) manifiesta alteraciones sexuales y disminución del libido de manera severa, en relación al rubro de insight, un 50% (cuadro No. 50) reconoce estar deprimido y enfermo, respecto a pérdida de peso, el 94.4% experimenta pérdida de peso ligera y dudosa.

En relación a la duración de esta sintomatología y la persona que brindó atención se encontró que el LEO atendió un total de 26 (72%) pacientes, un 47.2% cursó con tristeza posparto, un 13.9% experimentó depresión posparto, un 11.1% no presentó ninguna sintomatología, mediante los médicos atendieron un total de 10 (28%) pacientes de las cuales un 13.9% presentó depresión posparto, el 11.1% cursó con tristeza posparto y finalmente un 2.8% experimentó psicosis posparto. El número de pacientes atendidas por el LEO fue mayor, por lo cual cabría pensar que al llevar a cabo una atención integral donde adquiere relevancia el desarrollo de actividades afectivas, los resultados se traducen en que la mayoría de las pacientes sólo presentó tristeza posparto, en comparación con el número

disminuido de pacientes atendidas por los médicos, ya que del total de pacientes que atendieron, la mayoría presentó depresión y una paciente presentó psicosis, lo cual podría concluir la falta de una atención integral, ya que su formación es distinta y solo adquiere relevancia en el desarrollo de actividades manuales, contemplando al ser humano meramente con un enfoque biológico, lo que nos podría hacer comprobar que las muestras de afecto (dentro de la atención integral), actúan como atenuantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto, ya que la muestra para ambas partes fue la misma.

Con base en lo anterior, sugerimos el acertado actuar del personal de salud. Hoy en día vivimos dentro de una sociedad con características específicas tales como pobreza, determinada zona geográfica, mala alimentación, hacinamiento, promiscuidad, carencias en el acceso a servicios intra y extradomiciliarios, desempleo, contaminación, falta de acceso a la educación, ritmo de vida acelerado, inseguridad, profundas desigualdades económicas, etc; estas condiciones determinan como, de que, con que frecuencia y gravedad se enferma la gente.

La salud no es algo estático se encuentra en constante desequilibrio está determinada por las características de la sociedad en la que nos desarrollamos, al comprender este enfoque visualizaremos al paciente con una perspectiva holística, reconociendo a los estados de salud-enfermedad como un sistema compuesto por tres esferas (biológica, psicológica y social) teniendo bien presente que cualquier alteración que surja de la interacción de estas esferas afectará en mayor o menor grado las restantes, el individuo al sufrir algún desequilibrio en cualquiera de sus esferas lo somatiza mediante una expresión biológica, que no necesariamente es causada por alguna patología en sí, ya que es imposible separar las influencias psicológicas y sociales de una persona.

Enfermería y los demás miembros del equipo de salud deberán apartarse de una orientación centrada en la patología, asumiendo una visión que permita explorar e incorporar el significado psicológico y social de los hechos, sentimientos y conductas en las intervenciones de Enfermería.

La salud no es un estado absoluto que se obtenga sin esfuerzo, debe ser cultivada y protegida para su permanencia; siendo una plataforma para ello el proceso enseñanza-aprendizaje específicamente educación para la salud, con ello promoviendo una cultura dirigida al autocuidado incitando al individuo a realizar una coparticipación activa en base a realizar esfuerzos coordinados dirigidos a la resolución conjunta del problema y a su vez generar entre ambos una base completa de información para detectar todos aquellos estilos de vida que se consideren nocivos y estar dispuestos a realizar cambios de conducta en pro del alcance y conservación de la salud.

El personal de Enfermería y los demás profesionales del equipo de salud dentro de su praxis cotidiana interactúan con todos los elementos que tienen una relación con la atención integral de una paciente, lo cual le permite observar situaciones desfavorables para el mismo, realizando prácticas las cuales en ocasiones no son adecuadas y por lo mismo tienen una repercusión en el paciente, al no identificar y por ende planear intervenciones de Enfermería eficaces y por otro lado el presupuesto destinado para el desarrollo de una atención integral del paciente se ve incrementado al realizar actividades descontextualizadas y parciales, por lo tanto hablamos de un ciclo vicioso de necesidad de atención.

Se debe involucrar al sujeto con sus peculiares características biopsicosociales adquiridas de sus condiciones de vida, de tal forma que ellos tienen sus propios conceptos de salud y enfermedad, que quizá no se ajusten a la realidad, tratan de entender estos conceptos a partir de lo que conocen y tal vez sea muy complejo incidir en una modificación integral del sujeto (pensar, sentir y accionar).

El personal de Enfermería tiene una participación importante en el proceso de educación para la salud, brindando una atención integral (resaltando el desarrollo de actividades afectivas), se genera un ambiente de empatía, entre la enfermera y paciente, que favorece la empatía y las relaciones basadas en la confianza, lo cual alienta a los pacientes a revelar información personal que podía influir en su estado físico o en su capacidad para afrontar un problema de salud, la confianza permite a los pacientes sentir que la enfermera se interesa por su bienestar y a la vez llevará a la planeación de intervenciones terapéuticas eficaces.

Para tal objetivo nos debemos centrar en el logro de un trabajo cooperativo con los otros profesionales de salud y a su vez con el paciente o comunidad, evitando que el paciente asuma el papel de enfermo "hospitalizado", no creando una relación de dependencia más sin embargo promoviendo que los individuos se involucren y estén dispuestos a alcanzar su salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo, por su disposición a cambiar sus ideas, sentimientos y conductas, éste proceso se hace efectivo cuando se induce al individuo a vivir una vida más sana, se evitan episodios más graves de cualquier proceso mórbido, se produce el desarrollo de una cultura hacia el autocuidado, se detectan acertadamente las causas de la alteración de la salud, se desarrollan medidas eficaces para tales objetivos, etc.

De lo anterior planteado surge la necesidad de elaborar un arduo trabajo en cuanto a sensibilización y concientización de los otros miembros del equipo de salud hasta lograr que brinden una atención integral a cada uno de los individuos, a fin de lograr cambios positivos en pro del bienestar del ser humano, en ésta etapa de transición.

9. CONCLUSIONES

La población estudiada se ve inmersa dentro de múltiples factores biopsicosociales (producto de sus condiciones de vida) los cuales se encuentran latentes, aunado a ello el estrés que se genera durante la hospitalización debido en gran parte a la falta del otorgamiento de una atención integral, en esta etapa donde comienza el embarazo, trabajo de parto y puerperio, las pacientes se encuentran muy vulnerables emocionalmente, las características antes mencionadas intervienen potencialmente para destacar el curso o severidad de los trastornos psicológicos posteriores al parto.

La investigación realizada, cumplió con su objetivo ya que se valoró la calidad de atención que las pacientes percibieron por parte del personal que le atendió, en general el personal de Enfermería debido a su formación adquiere un enfoque holístico por ende otorga una atención integral desarrollando actividades manuales y adquiriendo importancia el desarrollo de actividades afectivas (no únicamente el contacto físico sino todas aquellas actividades que van encaminadas a la incorporación del paciente a un estado de completa salud).

La investigación en el tiempo que se realizó facilitaba llevar a cabo una atención integral, ya que los ingresos eran muy reducidos, el personal de salud al ser evaluados en forma escrita por la paciente, no se enteraron de que serían valorados. El personal de Enfermería en su mayoría actuaron de forma adecuada otorgando una atención de forma integral, el resto, no otorgó una atención integral, refiriéndonos principalmente al personal médico.

El personal médico adquiere un enfoque meramente biológico, centrado únicamente en la patología, visualizando al paciente como un objeto invadido por múltiples procedimientos, no considerando necesario el desarrollo de actividades afectivas, por lo tanto no se satisfacen las necesidades de todos los componentes.

En general se conocen las actividades específicas de la población, pero desafortunadamente al llevar a cabo la práctica, dista mucho de las necesidades reales de la población.

Mediante el desarrollo de la investigación se constató que las pacientes atendidas por el LEO, desarrollaron trastornos psicológicos posteriores al parto en su forma más leve, el porcentaje de pacientes que desarrollaron una alteración más severa es reducido, a bien algunas pacientes no presentaron ninguna alteración.

Por otra parte las pacientes atendidas por los médicos en una mayor porcentaje desarrollaron trastornos psicológicos posteriores al parto en sus formas más severas.

Por lo tanto es evidente la relación que existe entre el otorgamiento de una atención integral, que lleva implícito el desarrollo de actividades afectivas en la atenuación de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto, la falta de otorgamiento de una atención integral incide directamente en forma negativa para el desarrollo de estos trastornos.

La hipótesis aprueba las muestras de afecto como atenuantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto en mujeres atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

De tal forma sería excelente la sensibilización y concientización de todos aquellos que se involucren en la atención del paciente, dando lo mejor de sí; persiguiendo el objetivo de lograr cambios positivos en pro de una excelente atención en cada instante de la profesión.

10. RECOMENDACIONES

Se clasificarán de la siguiente manera:

Administrativas.

- o Mejorar la organización y el funcionamiento del servicio de Ginecología y Obstetricia a través de la concientización de la importancia del acertado actuar del personal de salud con cada uno de los pacientes, lo cuál redundará en el logro de una atención integral.

Docentes.

- o Para comenzar el trabajo de sensibilización y concientización se deberá iniciar desde las aulas de clase en donde los alumnos valoren la importancia del desarrollo de otras actividades que no sean las manuales.
- o Dentro de la institución se deberá fomentar el desarrollo de pláticas informales y cursos estructurados, elaboración de carteles, desplegados informativos relacionados a las cuestiones afectivas que estén colocados en lugares estratégicos, para que en todo momento estos sean percibidos.
- o Fomentar la orientación formal e informal por parte del personal de Enfermería hacia los pacientes y sus familiares en todo lo que respecta a lo que cederá en la unidad tocoquirúrgica y en la etapa posparto.
- o Difundir la importancia de el desarrollo de actividades afectivas, a partir del inicio del embarazo y más aún en la etapa del puerperio, tanto a las mujeres, como a pareja y familiares, por medio de variados recursos tales como, elaboración de trípticos, pláticas estructuradas e informales, proyección de una cinta de video, etc.
- o Brindar información a las pacientes acerca de los trastornos psicológicos posteriores al parto, que sea de un lenguaje sencillo y coloquial, mediante la elaboración de un tríptico, pláticas informal o formal, etc; esto les brindará un sistema de autoapoyo brindando información sobre el tema, asistencia y centros de ayuda para que comprendan lo que les sucede.

Investigación.

- o Seguir construyendo el conocimiento de la disciplina de la Enfermería a través de investigaciones de la realidad que se vive dentro del ámbito laboral donde ésta se desarrolla.

Técnicas.

- o Difundir un manual de procedimientos específicos para el área de Ginecología y Obstetricia, lo que permitirá tener parámetros de atención integral para todos los pacientes. Rescatando uno de los elementos claves: el desarrollo de actividades afectivas dentro de la atención, lo cual redundará en situaciones empáticas que mejorarán paulatinamente la atención y el trato que se tiene para con el paciente.

11. GLOSARIO

ADAPTACIÓN: Cualquier cambio, función o hábitos de un organismo para sobrevivir en un nuevo ambiente. Psiquiatría- cambios que experimenta un individuo y que le permite alcanzar un ajuste. Adaptación.

ANSIEDAD: Sentimiento de angustia, duda o tensión, que está relacionado con una invitación o un hecho imaginario, o irreal, que se traduce, en algunas ocasiones en taquicardia, palpitaciones, sudación, alteración de la de la respiración y aún, parálisis.

CONSTRICCIÓN: Contracción o estrechez. Acortamiento.

EDEMA: Acumulación excesiva de líquido en los espacios tisulares debido a un aumento de la trasudación de líquido a partir de los capilares sanguíneos. Edematoso.

ENDOMETRIO: Revestimiento interno, mucoso, del útero.

ESTÍMULO: Incitamiento a obrar o actuar.

ESTREÑIMIENTO: Retención de materia fecal por causa orgánica y psicológica.

FLATULENCIA: Presencia de un exceso de gas dentro del estómago y el conjunto intestinal.

GÉNESIS: Sfijo para las palabras con el significado de origen, o generación, de algo o alguien. Desarrollo de una cosa o tipo específico.

HEMATÓCRITO: Pequeña centrifuga empleada para separar las células sanguíneas en el análisis clínico. Tubo de centrifuga en el que se separan las células sanguíneas.

HEMODINÁMICA: Estudio de la manera en la que las propiedades físicas de la sangre y su circulación, a través de los vasos, afectan el flujo y la presión sanguínea.

HEMOGLOBINA: Pigmento respiratorio de los eritrocitos que tienen la propiedad reversible de tomar oxígeno (oxihemoglobina HbO₂) o de liberarlo (Hemoglobina reducida, Hb), dependiendo principalmente, de la presión del oxígeno existente en el medio en el que lo rodea. Proteína sanguínea. Peso molecular promedio es alrededor de 67000.

HIPEREMIA: Aumento de la sangre en determinada región, la cual tiene como resultado la distensión de los vasos sanguíneos. La hiperemia puede ser pasiva o

activa, cuando se debe a la dilatación de los vasos sanguíneos o pasiva, cuando el drenaje se obstaculiza. Hiperémico.

HIPERPIGMENTACIÓN: Pigmentación excesiva de cualquier cosa u órgano.

HIPERPLASIA: formación excesiva de tejido; aumento en el tamaño de un tejido u órgano debido a un aumento en el número de las células.

HIPERVENTILACIÓN: Respiración exajeradamente rápida y profunda. Respiración excesiva debido a la ansiedad, que produce hipocpnia y síntomas de mareo, parestesis y espasmo carpopedal.

HIPERTROFIA: Aumento en el tamaño de un órgano, independientemente del crecimiento natural, debido a un aumento en el volúmen en sus células constituyentes; por lo general connota el aumento coexistente de la capacidad funcional.

HIPOTONÍA: Disminución de la tonicidad de la tensión normal; especialmente en la disminución de la presión intraocular o del tono muscular.

HOLÍSTICO: Integración en su totalidad.

INCONTINENCIA: Incapacidad para controlar las evacuaciones naturales, las heces o la orina, específicamente. La evacuación involuntaria producidas por causas orgánicas.

INJURGITACIÓN: Retorno de líquido, fluidos o alimentos por el tubo digestivo hasta su expulsión.

INVOLUCIÓN: Cambio retrógrado para volver a sus condición normal, que sufren ciertos órganos después de haber llevado acabo sus funciones. Periodo de regresión o proceso de declinación que ocurre en la constitución humana después de la vida media.

LAXITUD: Falta o pérdida de tono, tensión o firmeza. Falta de presión o exactitud.

LETARGO: Somnolencia patológica o estupor, torpeza mental.

LÍBIDO: Deseo sexual. Suma total de todas las fuerzas instintivas; energia psiquica o impulso asociado, por lo general, con el instinto sexual, es decir, con el placer y la busqueda de un objeto amoroso.

MIOMETRIO: Estructura muscular uterina.

MORBILIDAD: Hecho o estado de encontrarse enfermo, relación entre el número de individuos enfermos y la población total de una comunidad.

NULÍPARA: Mujer que nunca a parido un hijo. Nulipariedad.

PATOGENIA: Capacidad de producir enfermedad.

PERISTALSIS: Onda progresiva de contracción que se observa en tubos o conductos que tienen fibras musculares longitudinales o transversas. Movimiento que vacía el contenido del tubo digestivo hacia el orificio.

PIRÓGENO: Sustancia productora de fiebre; los pirógenos exógenos incluyendo las endotoxinas bacterianas, especialmente las gram negativas; el pirógeno endógeno es una proteína termolábil derivada de las células tales como los leucocitos poliformonucleares y actúan sobre los centros cerebrales para producir fiebre.

SISTEMA: Disposición metódica, combinación de partes en un todo, como el sistema nervioso. El cuerpo como un todo funcional.

SOBREDISTENSIÓN: Estiramiento excesivo de fibras musculares.

TRANSACCIÓN: Acción o efecto de transigir, trato o convenio.

12 BIBLIOGRAFÍA

1. AHUED Ahued, José Roberto, Ginecología y Obstetricia Aplicadas, Editorial JOH, México, 2000, 477 pags.
2. AL COVER, Gil, Introducción a la Psicología de los Grupos, Editorial Pirámide, Madrid, 1999, 414 pags.
3. BARRIGA S., Psicología del Grupo y Cambio Social, Editorial Hora, Barcelona, 1983.
4. BOTERO Uribe, Jaime, Obstetricia y Ginecología, 6ª edición., Editorial Textos Integrados, México, 2000, 670 pags.
5. BEISCHER, Norman A., Obstetricia y Neonatología, Editorial. Mc Graw Hill Interamericana, México, 2000, 855 pags.
6. C. LONG, Bárbara, Enfermería Médico Quirúrgica un Enfoque del Proceso de Enfermería, 3ª. edición., Madrid España, 1998, 789 pags.
7. Carta de Ottawa, Para la Promoción de la Salud, Salud entre todos, 1988. 32 pags.
8. Combate el bajón posparto, dirección en internet: <http://www.adam.com>, fecha de consulta: 10 de diciembre del 2002.
9. Como entender la depresión posparto, dirección en internet: <http://www.Pampers.com>, fecha de consulta: 20 de diciembre del 2002.
10. COSTA, M., Educación para la Salud, Una estrategia para cambiar los estilos de vida, editorial Pirámide, Madrid, 1998, 348 pags.
11. DANFORTH, Tratado de Obstetricia y Ginecología, 8ª. edición., Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 2000, 1024 pags.
12. Depresión posparto, dirección en internet: <http://www.bbmagazine.com>, fecha de consulta: 15 de mayo del 2002.
13. Depresión posparto, dirección en internet: <http://www.Geosalud.com>, fecha de consulta: 15 de septiembre del 2002.

14. Depresión posparto, dirección en internet: <http://www.Univisión.com>, fecha de consulta: 20 de octubre del 2002.
15. Depresión posparto más que una simple tristeza, dirección en internet: <http://www.adam.com>, fecha de consulta: 10 de octubre del 2002.
16. Depresión posparto más que una simple tristeza, dirección en internet: <http://www.Consalud.com>, fecha de consulta: 10 de octubre del 2002.
17. ESPINOSA, M. Víctor, Obstetricia Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Editorial Intersistemas, Educación Médica Continua, México, 1999, 683 pags..
18. FRIAS Osuna, Antonio, Salud Pública y Educación para la Salud, Editorial Masson, Barcelona España, 2002, 440 pags.
19. GOLDMAN H, Howard, Psiquiatría General, 4ª. Edición; Editorial Manual Moderno, México, 1996.
20. HERNÁN, San Martín, Tratado General de Salud en las Sociedades Humanas, Salud y Enfermedad, Ediciones Científicas, México, 1998, 498 pags.
21. HOMBRADOS, María Isabel, Estrés y Salud, Editorial Promolibro, Valencia, 1997, 295 pags.
22. ILÍACA Rodríguez, Victoriano, Obstetricia Clínica, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 2000, 580 pags.
23. KOZIER, Bárbara, Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y Práctica, 5ª. Edición., Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 1998, 1569 pags.
24. La depresión posparto, dirección en internet: <http://www.BebesHoy.com>, fecha de consulta: 30 de agosto del 2002.
25. La depresión posparto, dirección en internet: <http://www.puertorico.com>, fecha de consulta: 04 de septiembre del 2002.
26. LÓPEZ Santos, V., Hacia una Escuela Saludable, Editorial Consejería de Educación y Ciencia, Sevilla, 1995.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27. MARRINER Tomey, Ann, Modelos y Teorías de enfermería, 5ª. Edición., Editorial Harcourt Brace, España, 1999, 555 pags.
28. Maternidad, dirección en internet: <http://www.Pequeñin.com>, fecha de consulta: 10 de noviembre del 2002.
29. MORRIS G, Charles, Psicología, 10ª. Edición., Editorial Pearson, México, 1999, 722 pags.
30. POLIT F, Denisse, Investigaciones Científicas en Ciencias de la Salud, Principios y Métodos, 6ª. edición., Editorial Mc Graw Hill, México, 2000, 689. pags.
31. Problemas de conducta en la depresión, dirección en internet: <http://www.narsad.org>, fecha de consulta: 21 de enero del 2002.
32. PUIG, J. M., La Pedagogía del Ocio, Editorial Lalertes, Barcelona, 1987.
33. RIOPELLE, L, Cuidado de Enfermería, Aplicación del Proceso Enseñanza-Aprendizaje, editorial Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, 1983, 457 pags.
34. RODRÍGUEZ Marín, Jesús, Estrés, Enfermedad y hospitalización, Editorial Escuela andaluza de Salud Pública, España, 1997.
35. ROJAS Soriano, Raúl, Capitalismo y Enfermedad, 4ª. edición., Ediciones Científicas y Técnicas, México, 1999, 277 pags.
36. RUBY L, Wesley R.N., Teorías y Modelos de Enfermería, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 1998, 179 pags.
37. SALLERAS Sanmartí, L., Educación Sanitaria. Principios Métodos y Aplicaciones, Editorial Díaz de Santos, Madrid, 1988.
38. SANDERS, Joan Luckmann, Cuidados de Enfermería, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 2000, 2005 pags.
39. TAZÓN Ansola, Pilar, Enfermería Ciencias Psicosociales, Editorial Masson, Barcelona España, 2000, 296 pags.

40. WILLIAMS, Obstetricia, 20ª. edición., Editorial Médica Panamericana, México, 1998, 1353 pags.

13. ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
"Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia"

La presente investigación tiene como objetivo el poder determinar si las expresiones de afecto son determinantes de la presencia de trastornos psicológicos posteriores al parto en mujeres atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Como estrategia para el avance del actuar profesional, mediante la evaluación cotidiana de lo que involucra la atención integral de un paciente, para con ello determinar prácticas que se consideran no beneficiosas y simultáneamente brindar alternativas de solución a las mismas, por lo cual se implementa la siguiente investigación.

Si usted desea participar en dicha investigación favor de firmar en la línea.

firma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



I.-FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre (madre): _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio: _____
 Calle y No.(int.y ext) Colonia

_____ Municipio C.P. Teléfono.

Nombre (padre): _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio: _____
 Calle y No.(int.y ext) Colonia

_____ Municipio C.P. Teléfono.

FAVOR DE MARCAR CON UNA X EL RUBRO INDICADO PERTENECIENTE A LA RESPUESTA DE CADA PACIENTE.

1.Edad (madre):	1.14 ó menos 11.38 ó más	2.15 a 22 22.31 a 38	3.23 a 30
2.Edad (padre):	1.14 ó menos 11.38 ó más	2.15 a 22 22.31 a 38	3.23 a 30
3.Escolaridad (M):	1.analfabeta 11.primaria com. 111.primaria incom.	2.secundaria	3.nivel medio sup. ó más

**TESIS CON
FALLA EN ORIGEN**

137

14. Al recibir la información en sala de labor te sentiste:

1. segura

2. insegura

15. Los profesionales que te atendieron lo hicieron de manera:

1. responsable

2. irresponsable

16. ¿Cómo consideras la atención por parte del personal ?

1. organizada

2. desorganizada

17. ¿Cuáles factores consideras que te tenían nerviosa antes de entrar al Hospital ?

1. desconocimiento del trabajo de parto y condiciones del producto.

2. gastos médicos.

3. calidad de atención.

4. probables complicaciones.

5. otros _____

18. ¿Cuáles factores dentro del Hospital aumentaron tu nerviosismo ?

1. trato impersonal.

2. diferencias entre criterios médicos.

3. complicaciones del trabajo de parto y producto.

4. áreas física sucia y de malas condiciones.

5. numerosos tactos vaginales realizados por uno o varios prof. de la salud.

6. atención no personalizada.

7. otros _____

III.- FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LOS TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS POSTERIORES AL PARTO.

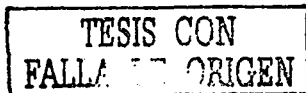
(a) Respuestas verbales.

19 Número de gestas

1. una

2. dos

3. más de dos



139

20. Partos anteriores:

1. sin complicaciones

2. con complicaciones

21. Sus hijos anteriores son sanos:

1. sí

2. no

22. FUP, FUC, FUA:

1.1 año ó menos

2.2 años ó más

3.3 años ó más

23. Durante los embarazos anteriores padeció trastornos psicológicos durante y posteriores al parto:

0. no ha tenido embarazos anteriores

1. sí

2. no

24. Actitud frente al embarazo (M):

1. adecuada

2. tolerante

3. muy alterada

25. Actitud frente al embarazo (P):

1. adecuada

2. tolerante

3. muy alterada

26. Actitud frente al embarazo de familiares y amigos:

1. adecuada

2. tolerante

3. muy alterada

27. Percepción de apoyo durante el embarazo y parto por parte de la pareja y familiares:

1. sí

2. regularmente

3. no

28. Relación con pareja :

1. buena

2. mala

29. Sexo deseado del producto:

1. indistinto

2. hombre - mujer
aceptación

3. hombre - mujer
no aceptación

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

140

30. Padece trastornos psicológicos en el embarazo actual:

1. si

2. no

31. Tiene antecedentes familiares de trastornos psicológicos:

1. si

2. no

(b) Respuestas no verbales

32. Arreglo personal y vestido:

1. ropa limpia, pulcra y en buen estado

2. ropa sucia y en mal estado

33. Postura y lenguaje corporal:

1. postura abierta (músculos largos y extendidos).

2. postura contraída, extremidades cruzadas o cerca del cuerpo.

3. cambio de posición de abierta a contraída o tensión de músculos.

34. Movimientos:

1. asentir o disentir, con movimientos de la cabeza.

2. agitar la mano.

3. movimientos constante de las extremidades.

4. cerrar los puños.

5. se mantiene relajada y sentada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

RUBRO	RANGO	CALIFICACION	PUNTOS
35. Animo deprimido	0-4	(0=ausente; 1=lo indica sólo si se le pregunta; 2=lo indica de manera espontánea; 3=lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto; 4=expresión verbal y no verbal).	
36. Sentimiento de culpa	0-4	(0=ausente; 1=autorreproche, ha defraudado a la gente; 2=ideas de culpa o mentismo sobre errores del pasado o pecados; 3=la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa; 4=vozes acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes).	
37. Suicidio	0-4	(0=ausente; 1=siente que no vale la pena vivir; 2=desea estar muerto o piensa en una posible muerte; 3=ideas o gestos suicidas; 4=intentos de suicidio).	
38. Insomnio inicial	0-2	(0=sin dificultad para dormirse; 1=dificultad inicial para dormirse p.ej. más de media hora; 2=dificultad para dormirse cada noche).	
39. Insomnio medio	0-2	(0=sin dificultad; 1=inquieta y alterado por la noche; 2=se despierta por la noche, todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, excepto si es para ir al baño).	
40. Insomnio terminal	0-2	(0=sin dificultad; 1=se despierta por la madrugada pero regresa a dormir; 2=incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama).	
41. Trabajo y actividades	0-4	(0=sin dificultad; 1=pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones; 2=pérdida de interés en las actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta se reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades); 3=reduccion del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades; 4=dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda).	
42. Retardo	0-4	(Lentitud de pensamiento o palabra; alteración de la cosentrasi3n; reducci3n de la actividad motora, 0=habla y pensamientos normales; 1=ligero retraso;	

		2=retraso obvio en la entrevista; 3=entrevista difícil;4=completo estupor).
43. Agitación	0-4	(0=ninguna; 1=intranquilidad; 2="juega" con las manos, el cabello etc.; 3=continuo movimiento, no se puede quedar quieto; 4=se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios).
44. Ansiedad psíquica	0-4	(0= sin dificultad; 1=tensión e irritabilidad subjetivas; 2= se preocupa por detalles; 3=actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla; 4=expresa sus temores sin que se los pregunten).
45. Ansiedad somática	0-4	(Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, cólicos eructos. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Otros: micción frecuente, sudoración. 0=ausente; 1=leve; 2=moderadas; 3=severas; 4=incapacitante).
46. Somático gastro-intestinal	0-2	(0=ninguno; 1=pérdida del apetito pero como sin estímulo por parte del personal, sensación de pesadez abdominal; 2=dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales).
47. Somático general	0-2	(0=ninguno; 1=pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil; 2=cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2).
48. Genital	0-2	(Disminución de la libido y alteraciones menstruales; 0=ninguno; 1=leves; 2=severos).
49. Hipocondriasis		(0=ausente; 1=auto-absorción corporal; 1=se preocupa por su salud; 3=se queja frecuentemente, solicita ayuda; 4=delirios hipocondríacos).
50. Insight	0-2	(0=reconoce estar deprimido y enfermo; 1=reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc.; 2=niega por completo estar enfermo).
51. Pérdida de peso	0-2	(0=sin pérdida de peso; 1=pérdida de peso ligera o dudosa; 2=pérdida de peso obvia o severa).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

143

La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los 17 rubros.

De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa. Por otro lado, conviene destacar que ésta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepresivos. En estos casos, es más importante obtener una reducción significativa de valor inicial después de un período determinado de tratamiento. Si en una evaluación posterior se llega a obtener un resultado de 10 o menor, o una reducción del 50% del puntaje, se considera que la respuesta ha sido adecuada.

54. Duración de estos signos y síntomas.

LEO

0. no aparecieron	1. menos de dos semanas	2. dos semanas o más
3. pensamientos suicidas		

Médico

0. no aparecieron	1. menos de dos semanas	2. dos semanas o más
3. pensamientos suicidas		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN