

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"**

**"IDENTIFICACIÓN DE LOS ASPECTOS
EMOCIONALES EN LAS EMBARAZADAS QUE
ASISTEN A UNA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
DEL ISSSTE"**

**TRABAJO FINAL QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :
DRA. ISABEL REYNA GUADARRAMA HUERTA

MÉXICO, D.F.

2005



ISSSTE

Número de Registro: 112.2004

m 346867



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.


**IDENTIFICACIÓN DE LOS ASPECTOS EMOCIONALES
EN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A UNA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

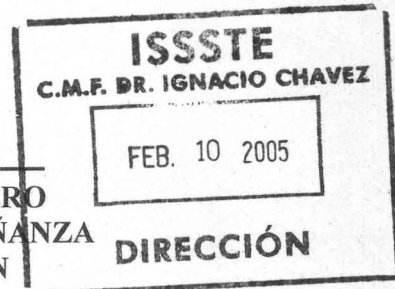
PRESENTA:

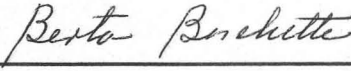
DRA. ISABEL REYNA GUADARRAMA HUERTA

AUTORIZACIONES:




**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR Y JEFA DE ENSEÑANZA
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
EN LA CLÍNICA "DR. IGNACIO CHÁVEZ"**





**BERTA BOSCHETTI FENTANES
PSICÓLOGA CLÍNICA Y PSICOTERAPEUTA FAMILIAR
ADSCRITA A LA CLÍNICA "DR. IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE.
ASESORA DE TESIS.**



**DR. E. RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR "A" TC DEFINITIVO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.
ASESOR DE TESIS.**

MÉXICO, D.F. 2005

No. REGISTRO: 112.2004



**IDENTIFICACIÓN DE LOS ASPECTOS EMOCIONALES
EN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A UNA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ISABEL REYNA GUADARRAMA HUERTA

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ARNULFO IRÍGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS.

A mi querida madre, a mi padre y a mis hermanas
por su paciencia y apoyo.

A mi querida maestra y asesora Berta Boschetti Fentanes,
por enseñarme que trabajo y nobleza son sinónimos y
tener siempre una palabra amable y estimulante.


A la Dra. Catalina Monroy Caballero y al Dr. E. Raúl
Ponce Rosas por los conocimientos obtenidos.

A mis profesoras y profesores por el apoyo durante mi
formación académica.

A mis compañeras y compañeros de la residencia por
compartir una palabra oportuna, una sonrisa, una
actitud animadora, un pensamiento generoso.

A las embarazadas que aceptaron participar en
las entrevistas, por su valioso tiempo y compartir
sus experiencias para obtener esta valiosa
investigación.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recopilacional.

NOMBRE: Isabel Reyna
Guadalupe Huerta
FECHA: 12/08/05
FIRMA: 

RESUMEN.

Objetivo: Identificar los aspectos emocionales que se producen en el desarrollo normal del embarazo.

Diseño: Estudio de tipo cualitativo, observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

Material y métodos: Se invitó y entregó un folleto a las embarazadas que acudieron a todos los consultorios y medicina preventiva, en el periodo Mayo-Junio 2004, en la CMF "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE. Se obtuvo una muestra de 40 embarazadas previa aceptación de participación voluntaria. Se les realizó una entrevista semiestructurada, utilizando un cuestionario, en donde se integró a todas las fichas de identificación interrogándose sobre tipología familiar y antecedentes gineco-obstétricos, posteriormente se les preguntó de acuerdo al trimestre que se encontraban, los aspectos emocionales. La información obtenida se registró de manera escrita, utilizando las mismas palabras que las embarazadas usaron.

Resultados: El rango de edad de las embarazadas fue de 19 a 38 años, siendo la edad promedio de 27 años, 7 mujeres correspondieron al primer trimestre, 19 al segundo y 14 al tercero. Las emociones que predominaron en el primer trimestre fueron de sorpresa, deseo y felicidad, al saber que estaban embarazadas. En el segundo trimestre aparece la ansiedad por "sentir al bebé", puede surgir el temor por la normalidad del mismo; asimismo se afianzó la relación con el médico familiar. Durante el tercer trimestre los temores se presentan según cada embarazada, algunas temen al parto y al dolor; otras expresan el temor a no darse cuenta de cuándo va a ocurrir el parto. Algunas embarazadas temen que le puede pasar algo a ellas o al bebé y temor a no poder cumplir el rol de futura mamá.

Se proporcionó información y orientación a las mujeres, en este período, para que aceptaran los cambios observados en su estado de ánimo, informando que son situaciones normales en la experiencia del embarazo.

Conclusiones: El ambiente que rodea a la embarazada es muy importante, así como el tipo de relaciones que establece con su pareja, familia y amistades, ya que van a tener gran influencia sobre sus emociones y el estado de salud durante el embarazo. Es igualmente importante el establecimiento de una relación estable con su médico familiar, para que éste pueda brindarle la asesoría y el apoyo emocional que requiere durante este periodo. De esta manera el médico familiar debe orientar a la embarazada, aclarar sus dudas, prestar atención a sus inquietudes y molestias, detectar oportunamente las alteraciones tanto físicas como de su estado emocional, ya que pueden propiciar la aparición de cuadros de estrés, depresión, ansiedad y producir complicaciones como amenaza de aborto, aborto, parto pretérmino y bajo peso al nacer.

Palabras clave: control prenatal, trimestre de embarazo, aspectos emocionales, médico familiar.

SUMMARY

Objective: Identifying the various emotional states which take place during the normal development of pregnancy.

Design: The study conducted was qualitative, observational, descriptive, prospective, and transversal.

Material and methods: During the May-June 2004 period, a brochure was handed to all the pregnant women who visited the several preventive medicine clinics at the ISSSTE's 'Dr. Ignacio Chávez' Family Medical Center—with the purpose of inviting them to participate in this study. A sample group of 40 volunteer women was obtained. Each participant was given an ID card and underwent a semistructured interview by means of a questionnaire, which asked the women about their family typology and their gynecologic-obstetric background; afterward, they were asked about their emotional state, according to the trimester of pregnancy they were experiencing. The data was collected in writing, in the participants' own words.

Results: The participants' ages went from 19 to 38 years old; the average age was 27. Seven women were in the first trimester of pregnancy, 19 were in the second trimester, and 14 were in the third trimester. The emotional states that predominated during the first trimester were surprise, desire and happiness, all of which resulted from knowing about the pregnancy. In the second trimester, the women began to experience anxiety for "feeling the baby," and in some cases they were afraid that the baby might be abnormal; also, the patient-doctor relationship grew stronger. During the third trimester, each woman experienced different doubts; some had fears about the delivery and the pain it represents, while others expressed fear for not knowing exactly when the delivery would occur. Some women feared that something bad might happen to them or to their baby, or that they wouldn't be able to fulfill their roles as future moms.

During this period, information and orientation was provided to the participants, so that they could fully acknowledge and understand the changes observed in their emotional state, and to inform them that these are normal feelings during pregnancy.

Conclusions: A pregnant woman's settings—as well as the relationship she has with her spouse, family and friends—are very important, because they will have an enormous influence over her health and emotional state during pregnancy. Establishing a stable relationship with the family doctor is equally important, so that he or she can provide the emotional assistance and support that is needed during pregnancy. To this end, the family doctor must guide his or her patients by resolving their doubts, paying attention to their questions and grievances, and detecting any physical or emotional changes that can trigger stress, depression, anxiety, or complications such as threat of abortion, abortion, preterm labor, and low birth weight.

Key words: prenatal care, pregnancy trimester, emotional states, family doctor.

INDICE.**PÁGINA**

1	Marco teórico	
1.1	Norma oficial mexicana-007-SSA2-1993	04
1.1.2	Cuidado prenatal desde un enfoque familiar	05
1.1.3	Relación entre los factores psicosociales y el embarazo	08
1.1.4	El embarazo como crisis	10
1.1.5	Definición de emoción	10
1.1.6	Tipos de emociones	10
1.1.7	Las emociones durante el embarazo	10
1.1.7.1	Motivos conscientes e inconscientes que impulsan a la mujer a quedar embarazada	11
1.1.7.2	Las hormonas y el embarazo	12
1.1.7.3	El papel de la ansiedad	13
1.1.7.4	El papel del estrés	16
1.1.7.5	Trastorno de pánico y embarazo	19
1.1.7.6	Depresión y embarazo	19
1.1.8	El rechazo al embarazo como causa de muerte materna	20
1.1.9	Cuando el embarazo se siente como una enfermedad	20
1.1.9.1	Hiperemesis gravídica	21
1.1.9.2	Pseudociesis	21
1.1.10	Preocupaciones antes del parto	22
1.1.11	Vínculo materno-infantil	23
1.1.12	Manejo	25
1.1.12.1	Método de parto natural	25
1.1.12.2	El trabajo psicológico	27
1.1.12.3	Apoyo psicológico y promoción de la salud	27
1.1.13	Seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar	28
1.1.13.1	Primer trimestre: la consulta prenatal inicial	29
1.1.13.2	Segundo trimestre: seguimiento de la gestación	30
1.1.13.3	Tercer trimestre: preparación al parto	31
1.2	Planteamiento del problema	32
1.3	Justificación	35
1.4	Objetivos	37
2	Material y métodos	
2.1	Tipo de estudio	38
2.2	Diseño de investigación del estudio	38
2.3	Población, lugar y tiempo	39
2.4	Muestra	39
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	40
2.6	Variables	41
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables	44
2.8	Diseño estadístico	45
2.9	Instrumento de recolección de datos	46
2.10	Método de recolección de datos	47
2.11	Maniobras para evitar o controlar sesgos	48

2.12	Prueba piloto	48
2.13	Procedimientos estadísticos	48
2.14	Cronograma	51
2.15	Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio	52
2.16	Consideraciones éticas	52
3.1	Resultados cuantitativos	52
3.2	Resultados cualitativos	65
4	Discusión	74
4.1	Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la medicina familiar	78
5	Conclusiones	80
6	Referencias bibliográficas	85
7	Anexos	89

INTRODUCCIÓN.

El embarazo es un período que se destaca como uno de los eventos más importantes en la vida de la mujer, donde se llevan a cabo una serie de movimientos y reajustes biológicos y psíquicos, cronológicamente ordenados que dan lugar a la creación de un nuevo ser.

Durante este periodo normal, ocurre un complejo interjuego de interacciones que van desde la preocupación de la madre hasta el nacimiento psicológico del niño. Interacciones que pueden verse alteradas produciendo psicopatología y daño en el producto vital.

Uno de los problemas comunes a toda el área médica tiene que ver con la salud perinatal; cuyas características más relevantes (de acuerdo a Langer, 1991) son: una elevada incidencia de fecundidad y natalidad, altas tasas de mortalidad materna e infantil, elevada incidencia de bajo peso al nacer, complicaciones maternas y perinatales (susceptibles de ser prevenidas con una atención adecuada; alta frecuencia de padecimientos infecciosos en la madre y el niño, cobertura de atención perinatal insuficiente y de calidad deficiente, estadísticas vitales poco fiables y accesibles con retraso, subregistro de muertes perinatales y subestimación de defunciones maternas en cuanto a origen y frecuencia, y en general, un conjunto incompleto de la situación epidemiológica de las mujeres en edad reproductiva y en los niños en etapa perinatal⁴⁸.

Así mismo, es posible observar que, a pesar de que la atención materno-infantil es uno de los trece programas prioritarios del país (Kumate y Laguna, 1989) y del importante esfuerzo que se ha realizado en el Sector Salud respecto de la nutrición y el bienestar de la madres y los niños mexicanos, no se ha prestado, la suficiente atención a la importancia que tienen los factores emocionales y los cambios psíquicos que ocurren durante la gestación, así como a sus interrelaciones con la morbilidad y mortalidad materno/infantil³⁹.

Tampoco se ha evaluado la importancia que reviste la participación de los padres en el desarrollo físico y emocional del niño, participación que repercute, no solo, en su estado general de salud, sino también en sus oportunidades para obtener una mejor calidad de vida en el futuro y en sus posibilidades de placer y capacidades creativas etc.

El embarazo para la mayoría de las mujeres, constituye un periodo de duda, de ansiedad, de emociones cambiantes y de un arduo trabajo psicológico¹⁷.

El equipo de atención primaria, debería establecer comunicación con la futura madre con el objetivo fundamental de preservar la salud del binomio madre hijo, que tanto ella como su pareja sepan situarse ante los riesgos prevenibles y que tengan normas de comportamiento y cuidados que al final hagan que esta etapa se encuentren dentro de un marco positivo y saludable.

Comúnmente se considera que el campo de la salud mental del bebé, comprende al niño entre la etapa de recién nacido y los 36 meses de edad. Sin embargo, recientemente ha habido un mayor interés en instrumentar exploraciones e intervenciones, aún en edades más tempranas, por ejemplo, cuando el niño aún no ha nacido. De hecho, la organización Cero a Tres (dedicada al estudio de temas del bebé hasta los tres años de edad) adoptó este nombre para indicar, que "cero", empieza en el momento de la concepción del futuro bebé y no al momento del nacimiento³⁴.

Bowlby ha sostenido que el hombre establece lazos emocionales óptimos con determinadas personas desde la fase embrionaria, en el neonato y a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez⁴¹.

Por la vulnerabilidad y la dependencia con las que nace un bebé, se crean intensos vínculos emocionales con sus padres o figuras sustitutas, a quienes busca cuando necesita protección, consuelo o apoyo, el médico familiar está en la posibilidad de encontrarse con estos problemas, con solo investigar un poco sobre ellos con la paciente, o la pareja que espera un bebé.

Esta actividad de detección temprana de problemas de tipo emocionales es decisiva para lograr una intervención psicosocial oportuna.

La Atención Primaria, como estrategia de cobertura, ha sido la base de los programas diseñados para alcanzar la meta de Salud de toda la población, compromiso asumido por la Organización Mundial de la Salud y sus países miembros. Entre las características requeridas para la Atención Primaria se plantean las de eficacia, accesibilidad, oportunidad, aceptación y participación comunitaria y entre las estrategias, la programación con enfoque de riesgo⁴⁷.

La Medicina Familiar asume todas estas características ya que su enfoque es biopsicosocial y su atención se enfoca predominantemente a la prevención.

Sin embargo es probable que algunos médicos familiares no se sientan seguros para diagnosticar problemas que parecen a primera vista tan ajenos a la medicina tradicional dada la escasa oportunidad

que la mayoría de ellos han tenido en su formación para estudiar alteraciones emocionales, conductuales y problemas de tipo psicosocial.

No debe sorprender por tanto tal incomodidad. Es comprensible que muchos de ellos piensen que el área de la salud mental de la embarazada se circunscribe solo a problemas graves, como la esquizofrenia o la depresión con ideas suicidas. Por ello, dificultades más comunes, pero menos obvias, pueden pasar desapercibidas, por ejemplo, síntomas de ansiedad o temores fóbicos.

El poder verbalizar los temores, ansiedades y preocupaciones, en las diferentes etapas del embarazo, pueden ayudar mucho a la mujer embarazada a tener mejor estado de salud para ella y su producto³⁴.

Es importante no olvidar que el médico familiar en su relación con las mujeres embarazadas asume no solo el papel de promotor de la salud sino también el de un elemento de la red de apoyo con el que va a contar tanto la embarazada como su pareja y su familia.

Cuando la paciente no cuente con un pareja, o con el apoyo de su familia, sería muy conveniente explorar sus redes familiares y/o sociales con el fin de encontrar a una persona cercana, en quien la gestante pueda confiar, y que, está sea a su vez capaz de acompañarla durante todo el embarazo.

Se podrían iniciar estas redes a partir de las abuelas, hermanas, comadres o vecinas, o bien, a partir del personal de salud del primer nivel de atención que podrían ayudar a orientar sobre los cambios tanto biológicos como emocionales que se presentan durante el embarazo, facilitando así la adquisición de habilidades necesarias en el futuro ejercicio de sus funciones parentales, ayudando así mismo a prevenir patologías materno-infantil de cualquier tipo.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 NOM-007-SSA2-1993. “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”.

Los programas de salud, son acciones establecidas para que mediante su aplicación y coordinación de atención preventiva o asistencial se eleve la calidad de vida y el nivel de salud de la población en general.

El **control prenatal** permite que el estado de salud de las mujeres gestantes y de sus productos se mantengan en las mejores condiciones. Indica cuales son los estudios requeridos, permite la detección oportuna de enfermedades y saber cuándo es necesario la interconsulta por la especialidad¹.

La NOM-007-SSA2-1993², señala que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, adicionalmente contribuyen a brindar una atención de mayor calidez. Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado.

De acuerdo al capítulo 5.10 de la norma oficial: Promoción de la salud materno-infantil se señala que la promoción de la salud se debe llevar acabo en la comunidad y en las unidades de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad): las instituciones deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprende entre otros temas, la información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada y la importancia de la participación de la pareja y/o familia durante el proceso gravídopuerperal.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos³, se señala que durante el embarazo, parto y puerperio, toda mujer tiene derecho a recibir información completa sobre el proceso que está viviendo y los cuidados necesarios. Ello incluye conocer lo hermoso del embarazo, las mejores formas de participar en el desarrollo del mismo, de vivenciar el parto, la verdad sobre la evolución de su embarazo, cuáles son los signos de alarma, qué debe hacer para evitarlos y a dónde acudir cuando se presenten, así como recibir el apoyo de familiares y del personal de salud, operativamente traducido en esfuerzos reales para ayudar a la mujer embarazada a cuidarse mejor, a descansar cuando sea posible, a comer bien, a no sentirse culpable por requerir cuidados especiales etc, lo cual en ocasiones el personal de salud no lo puede llevar a cabo por falta de tiempo o por desconocer que existen estos derechos sexuales y reproductivos.

En la elaboración del programa de la mujer a llevar a cabo por los equipos de atención primaria se deben incluir, en la medida que los recursos lo permitan, el seguimiento y el control del embarazo normal o no complicado. El VI Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud de la madre y del Niño⁴, señala que la mortalidad neonatal disminuye si la primera visita prenatal se realiza precozmente, si los controles durante la gestación son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario adecuado.

1.1.2 Cuidado prenatal desde un enfoque familiar.

La atención primaria implica la disponibilidad de servicios de salud con características de integralidad, la que concibe en términos de las personas a través de contemplar sus dimensiones biopsicosociales; en términos de las acciones a través de incluir los aspectos de fomento, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y en términos de los recursos de atención a través de su organización racional y su coordinación con otros sectores que contribuyen al desarrollo del ser humano.

La medicina familiar es, por definición, atención primaria de alta calidad porque ofrece atención integral, personalizada, sin tener en cuenta la edad, el sexo, el órgano o sistema enfermo, tomando en cuenta al individuo dentro de un sistema familiar y en su comunidad. Esto implica ofrecer a los pacientes servicios acordes con lo que necesita en cada etapa de su vida, preventivos, curativos o rehabilitadores⁵.

Poder colaborar con la pareja en el seguimiento de la gestación y el nacimiento de un niño es una de las experiencias más gratificantes del ejercicio profesional de un médico familiar. Durante el embarazo, el médico mantiene un contacto mayor que el habitual con la familia y, normalmente, se convierte en un asesor de confianza. Las familias se dirigen a su médico para obtener la mayor posible información sobre el embarazo. El seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar se fundamenta en la asistencia obstétrica tradicional y se amplía hasta un enfoque integral que atiende a las necesidades psicosociales⁷ de la mujer y su familia, además de los aspectos biomédicos de la gestación.

En la primera etapa del ciclo vital familiar se distinguen dos fases sobre la función familiar: la del nido sin usar y la pareja que espera⁷. En el caso de la fase de esta última, la espera del nacimiento del hijo puede ser una etapa rica en experiencias positivas o convertirse en un periodo desastroso. El periodo del embarazo tiene una influencia muy marcada en la mujer y el conjunto de sus relaciones básicas. El médico de familia deberá conocer las reacciones emocionales asociadas con la gestación, así como la forma en que las situaciones de tensión repercuten sobre ella (Medalie⁷). El estado de ánimo de la mujer puede cambiar considerablemente durante el embarazo. Hay mujeres que sufren depresiones, otras se sienten muy bien y otras muchas experimentan inexplicables cambios de humor pasando bruscamente de la euforia a la melancolía. Muchos problemas y pensamientos que la mujer había reprimido o para los que había establecido mecanismos de defensa ascienden a la superficie y se manifiestan al menor estímulo. Esto explica que los médicos de familia consideren que el embarazo es un periodo ideal para obtener información acerca de los problemas psicosociales profundos de las mujeres. Muchos de los problemas psicológicos que emergen a la superficie durante el embarazo son viejos problemas no resueltos, o resueltos parcialmente y relacionados con los miembros de la familia, experiencias sexuales insatisfactorias u otros episodios traumáticos de la vida pasada.

El conocimiento de las etapas del ciclo vital representa una de las armas más poderosas que los médicos de familia tienen a su disposición para las acciones preventivas en beneficio de los pacientes.

En un estudio que se realizó en Centros de Salud de Andalucía⁸, se demostró que las mujeres con cuidados prenatales inadecuados tienen tasas significativamente más elevadas de mortalidad infantil perinatal, como consecuencia de esto, en varios países, los cuidados prenatales son una de las actividades más importantes de los médicos de familia y de la atención primaria, constituyendo un método excelente para implantar estrategias de prevención y promoción.

La visita prenatal ha sido incentivada por muchos años y recientemente avalada por el Comité de Aspectos psicológicos y del Cuidado del Niño de la Academia Americana de Pediatría (AAP). La mayoría de los médicos de familia ya conocerán a la familia, y esta visita será por lo general un aspecto de rutina de una buena atención prenatal⁹.

Educación maternal:

La educación maternal (EM) es una de las principales actividades de características preventivas, de promoción y fomento de la salud maternal e infantil, que desarrollan los equipos básicos de atención primaria. La EM se define como "un conjunto de actividades, que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se viva de manera positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional"¹⁰.

Desde que se tiene conocimiento de la situación de embarazo, el equipo de atención primaria, debe establecer comunicación con la futura madre con el objetivo fundamental de conseguir que la vivencia de su embarazo sea una experiencia natural y gozosa, que su pareja y ella sepan situarse ante los riesgos prevenibles y que tengan normas de comportamiento y cuidados que al final hagan que esta etapa, incluida el parto y el cuidado del recién nacido, estén dentro de un marco positivo y saludable¹¹.

La incorporación de la educación en la atención prenatal y la autoeducación del médico representa pues, necesidades imperiosas y alcanzables, si se quiere hacer del nacimiento un evento saludable, tanto en lo físico como en lo mental¹². Sus objetivos primordiales son identificar factores de riesgo, diagnosticar las condiciones generales de la madre y el feto, educar a la madre para limitar las posibilidades de complicación y prepararla para el nacimiento de su hijo. Para poder brindar a cada paciente el cuidado óptimo que requiere, la información que se obtenga de cada visita debe ser tan completa como sea posible, sin importar si se trata de una consulta de rutina o una revisión por un problema específico.

Una relación exitosa entre quien brinda atención a la paciente se basa en el conocimiento y la habilidad que capacitan al primero, en la comunicación eficaz entre las personas y en los estándares éticos que regulan el comportamiento de los participantes en la relación. Se ha descrito¹³ que la comunicación deficiente entre médico y paciente, ya sea por sobrecarga de trabajo u otros factores, es una importante causa de desconfianza para los pacientes.

En un estudio¹³ sobre las recomendaciones para brindar una mejor atención a las embarazadas se encontró que en la comunicación médico-paciente era adecuada en menos de la cuarta parte del total de los casos analizados; en donde se identificaron deficiencias en la comunicación en 92 casos (76 %).

1.1.3 Relación entre los factores psicosociales y el resultado del embarazo.

En una revisión¹⁴, se describen la relación entre varios factores psicosociales y las consecuencias del embarazo, así como las consecuencias que puede tener el embarazo con el comportamiento materno.

En general dentro de los factores que se mencionan se encuentran: la demografía, edad, raza, número de embarazo, los recursos sociales y económicos, eventos estresantes, la respuesta al estrés como puede ser la ansiedad o la depresión o las consecuencias que puede tener el estrés como el consumo del alcohol, tabaquismo o una mala nutrición.

Se mencionan dos mecanismos (figura 1), que conectan los factores psicosociales con el embarazo, un mecanismo directo en donde se mencionan las consecuencias que puede en el estrés, ansiedad o la depresión, que tiene resultado directo con el flujo sanguíneo placentario y el metabolismo de la glucosa y un segundo mecanismo de tipo indirecto, el cual conecta al estrés, depresión y ansiedad al feto, a través del comportamiento de la mala-adaptación materna.

La relación entre el tabaquismo y el alcoholismo en el embarazo esta bien documentada, mientras que la ansiedad, la depresión y la baja autoestima pueden afectar al embarazo.

El hecho de que no existan conexiones directas entre el sistema nervioso materno y fetal, el estado emocional de la madre puede influir en las relaciones y el desarrollo del feto. Esto es verdad, porque emociones como la ira, el miedo y la ansiedad ponen en acción el sistema nervioso autónomo de la madre, y se liberan en la corriente sanguínea algunas sustancias químicas como la acetilcolina y la epinefrina. Además, en tales circunstancias las glándulas endócrinas, particularmente las suprarrenales, secretan diferentes clases y cantidades de hormonas. El metabolismo celular también se modifica. En pocas palabras, cambia la composición de la sangre y nuevas sustancias químicas son transmitidas a través de la placenta, con lo que producen cambios en el sistema circulatorio del feto¹⁵.

La tensión emocional puede predisponer a la madre a experimentar mayores dificultades durante la atención del parto, e incrementar la posibilidad de un nacimiento prematuro¹⁵.

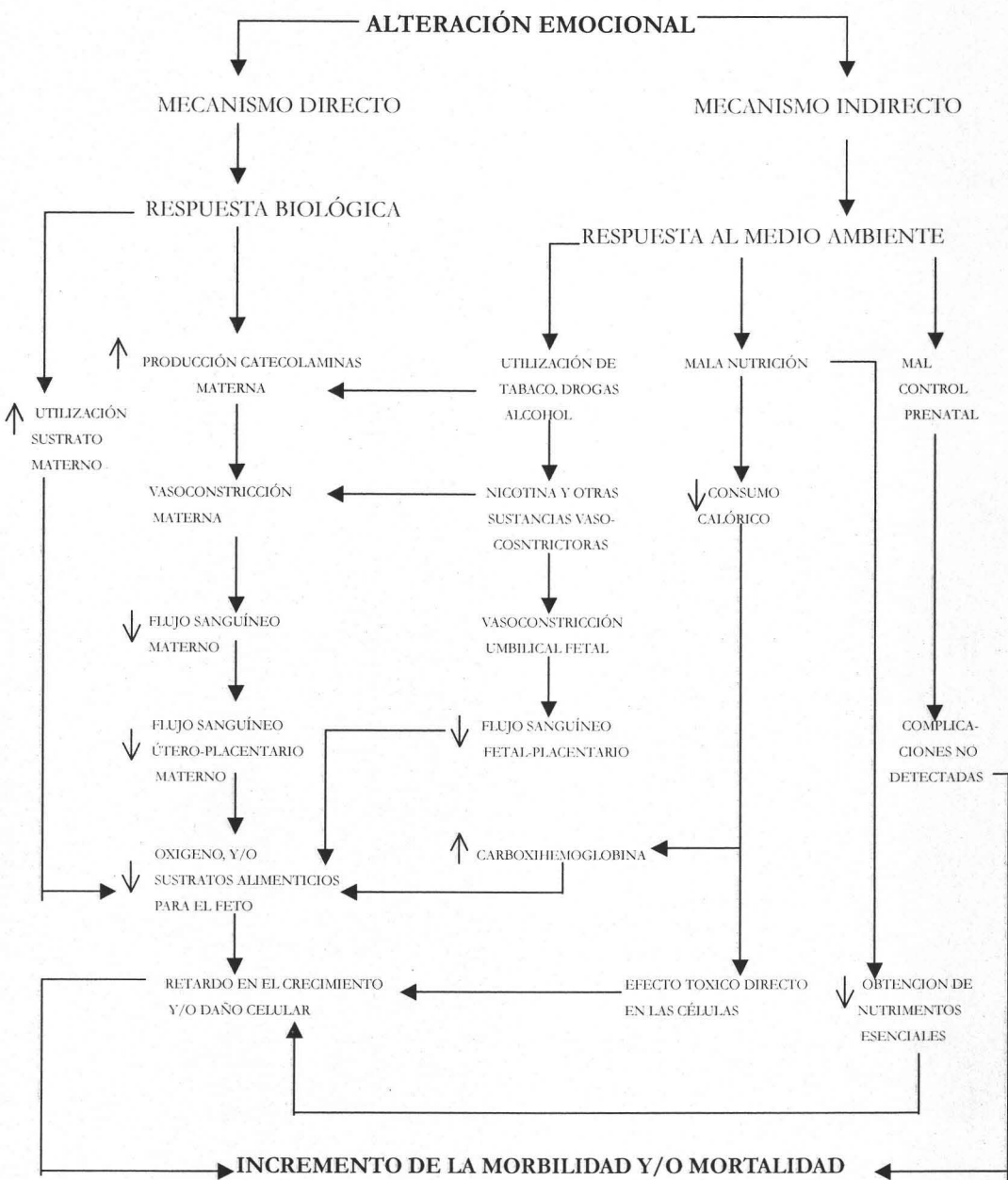


FIGURA 1. Dos mecanismos, uno directo y otro indirecto, que conectan los factores psicosociales y el resultado del embarazo. Tomado de Sheldon HC. Complications of pregnancy, medical and perinatal. In: Goldenberg LR, Gotlieb JS, directores. Social and psychological factors and pregnancy outcome. 4^a ed. United States of America: Williams and Wilkins; 1991. p. 83.

1.1.4 El embarazo como crisis.

El embarazo es una crisis¹⁶ porque los cambios que se enfrentan durante él son drásticos y absolutos, es una época en la cual la mujer debe repasar tanto su pasado como su futuro. Se considera como crisis el hecho de que los patrones de comportamiento del pasado ya no funcionan y tienen que cambiarse y adecuarse a una nueva situación. La manera que la madre junto con su pareja resuelva esta situación de crisis tiene que ver con la historia de vida de cada uno de ellos y de la pareja como tal. Los antecedentes emocionales tienen mucho peso en la posible resolución de la crisis, si se ha presentado inestabilidad emocional, con mayor facilidad presentarán problemas durante esta etapa.

Debido a que el embarazo y la maternidad están idealizados, rompen con las expectativas que se tenían al respecto, presentándose un choque o cierto desequilibrio, ya que la realidad es muy diferente a lo que había imaginado, y entonces se tienen que poner en juego todos los recursos psicológicos personales y de pareja para resolver el evento de la mejor manera.

1.1.5 Definición de emoción.

El término emoción procede del latín *emotio* (de *moveo, movi, motum*) y alude a un estado de ánimo asociado con una conmoción física. Toda emoción es una agitación interior que se produce a consecuencia de sensopercepciones, recuerdos, pensamientos, juicios y comprende una vivencia, unas manifestaciones fisiológicas, un tipo de conducta y unas experiencias cognitivas¹⁷.

Según el Dr. Juan Ramón de la Fuente¹⁸ las emociones y los deseos son el motor de la conducta, lo cual habitualmente mueve a la gente a actuar en determinada dirección, no es tanto su pensamiento lógico y abstracto, como la fuerza irracional de sus deseos, sus pasiones y sus temores, donde la emoción es un estado subjetivo que se acompaña de cambios fisiológicos y conductas peculiares, solo se conoce la emoción si el sujeto la comunica, o la inferimos por su conducta.

Kaplan H.S¹⁹ define a la emoción como un estado de sentimientos complejo con componentes físicos, somáticos y de comportamiento que está relacionado con el afecto y el estado de ánimo.

1.1.6 Tipos de emociones.

El doctor en psicología Daniel Goleman¹⁷ refiere que en el repertorio emocional, cada emoción juega un papel singular, a continuación se mencionan las siguientes emociones básicas:

- *Ira*: Furia, ultraje, resentimientos, cólera, exasperación, indignación, aflicción, acritud, animosidad, fastidio, irritabilidad, hostilidad y, tal vez en el extremo, violencia y odio patológicos.
- *Tristeza*: Congoja, pesar, melancolía, pesimismo, pena, autocompasión, soledad, abatimiento, desesperación y, en casos patológicos, depresión grave.
- *Temor*: Ansiedad, aprensión, nerviosismo, preocupación, consternación, inquietud, cautela, incertidumbre, pavor, miedo, terror, en un nivel psicopatológico, fobia y pánico.
- *Placer*: felicidad, alegría, alivio, contento, dicha, deleite, diversión, orgullo, placer sensual, estremecimiento, gratificación, satisfacción, euforia, éxtasis y, en el extremo manía.
- *Amor*: aceptación, simpatía, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración, *ágape* (amor espiritual).
- *Sorpresa*: conmoción, asombro, desconcierto.
- *Disgusto*: desdén, desprecio, menosprecio, aborrecimiento, aversión, disgusto, repulsión.
- *Vergüenza*: culpabilidad, molestia, disgusto, remordimiento, humillación, arrepentimiento, mortificación.

1.1.7 Las emociones durante el embarazo.

El embarazo, puede ser una época de grandes trastornos emocionales, mientras que la mujer se adapta psicológicamente a las cosas extraordinarias que están sucediendo dentro de su cuerpo.

Tiene que someterse a toda clase de manipulaciones y exámenes físicos, que no siempre se realizan de una forma cálida y comprensiva.

El acontecimiento más trascendentes en el desarrollo psicosexual de la mujer es la maternidad; sin embargo, el hecho de que la mujer alcance la capacidad biológica de concebir no indica que psicológicamente este capacitada para ser madre. Se considera que la función maternal es afirmación de feminidad, sólo si se ha logrado una adecuada madurez emocional²⁰.

1.1.7.1 Motivos conscientes e inconscientes que impulsan a la mujer a quedar embarazada:

En gran número de casos, afortunadamente, el deseo de embarazo no es otro que el deseo normal y lógico; tener un hijo, criarlo y desempeñar con él las funciones que corresponden a una madre. Pero no se debe pensar que el deseo de quedar embarazada es siempre éste, porque, consciente o inconscientemente, sus causas pueden ser bastantes distintas. Algunas son las siguientes²¹:

- 1.- Necesidad de apoyo y protección.
- 2.- Reafirmación de su identidad.
- 3.- Deseo infantil de ser admirada.
- 4.- El embarazo como castigo frente a un sentimiento de culpa.
- 5.- El embarazo para llenar un vacío.
- 6.- El embarazo competitivo.
- 7.- El embarazo suprime la duda de una posible infertilidad.
- 8.- Papel del hombre en su deseo de embarazo.

Según Kroger²⁰, los motivos por los cuales una mujer emocionalmente sana desea el embarazo, son los siguientes:

- 1.- Deseo de formar un hogar feliz
- 2.- Como medio de expresar amor a su esposo
- 3.- Consecución de un objeto de amor
- 4.- Deseo de que el apellido familiar se perpetúe
- 5.- Necesidad de cumplir un deber social

Si bien en un sentido literal de la relación madre-hijo comienza con el nacimiento del niño, desde un punto de vista menos restrictivo y más cercano a la realidad, esta relación se inicia durante el embarazo y, en algunas mujeres, antes, en una etapa lejana de su desarrollo emocional. Desde el mismo momento en que la mujer se percibe embarazada se inician sus relaciones emocionales con el nuevo ser mediante actitudes de aceptación, ambivalencia o rechazo. De la actitud que la mujer asuma ante su embarazo puede resultar que la gestación siga o no su curso natural, que el parto sea normal o patológico, que la madre retenga a su lado al niño una vez nacido o que pase a un régimen de adopción, y en fin, retardo del desarrollo psicológico o que, por el contrario, logre un desarrollo psicofísico integral.

1.1.7.2 Las hormonas y el embarazo:

Comúnmente se cree que los cambios de humor durante el embarazo se deben a cambios hormonales. En muchos de los libros sobre embarazo se considera que las hormonas son las culpables de la inestabilidad emocional. Por otro lado, algunas personas descartan por completo su papel, alegando que "todo es psicológico".

Hay dos hormonas principales las cuales desempeñan papeles fundamentales durante el embarazo (la progesterona y el estrógeno) y a las cuales se les ha atribuido la responsabilidad de tales cambios de humor.

Una tercera hormona, la gonadotropina coriónica humana, producida por el embrión en etapas iniciales, ha despertado un especial interés por que llega a su punto máximo alrededor de la décima semana del embarazo luego vuelve a descender. Se podría considerar que es la principal hormona que ocasiona las alteraciones emocionales, pues su presencia se relaciona muy estrechamente con la duración de los cambios emocionales de los tres primeros meses²².

1.1.7.3 El papel de la ansiedad:

La profesión médica tiende a dar por hecho la idea de que la gestación de un bebé constituye una función normal de las mujeres. Tan es así que algunos médicos han procurado ignorar los sentimientos y ansiedades de muchas mujeres embarazadas, arguyendo que se trata de perturbaciones irracionales, de lo que constituye un proceso saludable²².

ANSIEDADES ESPECIFICAS DEL EMBARAZO.

La observación clínica permite detectar ciertos movimientos específicos de incremento de la ansiedad durante el embarazo, que se pueden clasificar de la siguiente manera²³:

a) En el comienzo de la gestación:

Por lo general, la primera sospecha de estado de embarazo recae sobre un síntoma que produce cierta inquietud: *la hipersomnia*. La mujer siente que necesita dormir mucho más que lo habitual, que no le son suficientes las horas que generalmente destina a este fin y que “está con sueño” todo el día.

La necesidad de dormir corresponde, desde el punto de vista psicológico, a esa regresión, que asume las características de una identificación fantaseada con el feto. La regresión en sí es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales y la sensación de incógnita.

Desde el segundo mes suelen presentarse las náuseas y los vómitos, por lo general, en la mañana, después de despertar. Se ha comprobado clínicamente la coincidencia de estos síntomas con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo. Con bastante frecuencia, una vez establecido el diagnóstico preciso, remiten espontáneamente.

b) Durante la formación de la placenta:

En esta etapa, que va desde el comienzo del segundo mes, la paciente embarazada tiene sueños que resultan típicos. Son sueños en los que aparecen elementos de sangre, ya sea en forma directa. Por ejemplo: una paciente, en su segundo mes de embarazo, soñó que habían colocado en su casa una estantería empotrada en la pared, forrada con una tela a grande cuadros, de rayas coloradas. La estantería representaba claramente las vellosidades placentarias y la tela a cuadros los vasos en formación.

c) Ante la percepción de los movimientos fetales:

La percepción de los movimientos fetales es posible a partir del cuarto mes. Está época corresponde en la evolución fetal a la aparición de la motilidad. La primera vez que se sienten los movimientos, la impresión es de sobresalto y temor, de algo completamente extraño, inclusive en la múltipara. El reconocimiento de ese algo insólito y atemorizador y la posterior discriminación de los movimientos del niño, son procesos mentales que se realizan en forma lenta y gradual. En consecuencia, resulta sumamente importante que su esclarecimiento sea hecho en el momento correspondiente para la prevención de las negaciones, proyecciones o manías extremas y su contrapartida somática o sus ulteriores consecuencias físicas o mentales.

d) Ansiedades debidas a la instalación franca de los movimientos fetales:

La instalación franca de los movimientos a partir del quinto mes, va acompañada de una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas del embarazo. Las mujeres refieren que el vientre se les pone duro de a momentos y después se afloja. Ambas situaciones producen siempre un nuevo acceso de ansiedad. Un cuadro anómalo bastante frecuente es la exageración del tono muscular uterino que, a su vez, provoca más movimientos fetales, en un círculo vicioso: movimientos- contracciones- movimientos más bruscos. La clínica ha demostrado que los niños nacidos de este tipo de embarazo presentan características hiperkinéticas²².

La respiración y la relajación son técnicas valiosas para aliviar estas situaciones que, si se intensifican demasiado, pueden poner en peligro la vida del feto.

e) Ansiedades producidas por la versión uterina:

Desde la mitad del séptimo mes en adelante puede producirse la versión uterina, que lleva al niño a ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal de parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente, que se traduce en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

El trabajo directo con embarazadas y la observación clínica han demostrado que la gran mayoría de las versiones patológicas (presentación de nalgas, lateral, de hombro, etc) se deben a la contractura de los músculos pélvicos que se oponen de esta manera a la versión. Esta contractura es producto de la intensa crisis de ansiedad, que corresponde a fantasías de vaciamiento.

En esta crisis de ansiedad, la sensación consciente más clara es de que algo raro está pasando que asusta y desconcierta; las embarazadas suelen describirla como una sensación semejante a la que se experimenta en un ascensor de marcha rápida, o como una revolución dentro del abdomen. A veces, estas sensaciones conscientes no existen, en cuyo caso, hubo negación de la percepción, ese mecanismo tan útil para la embarazada, o bien, ante su percepción, la crisis de ansiedad inconsciente determina ciertos procesos somáticos: crisis de hipertensión, lipotimia, gripes, hiperemesis, diarreas, aparición franca de edemas, un brusco y excesivo aumento de peso, intensificación de los calambres, etc. La emergencia más grave es el parto prematuro.

f) Ansiedades del comienzo del noveno mes:

Con la llegada del noveno mes surgen varias modificaciones fisiológicas: el feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando en peso y volumen; las contracciones fisiológicas se acentúan. Estas modificaciones intensifican las ansiedades que, además, van exacerbándose por la noción de la proximidad del parto.

Las crisis de ansiedad se pueden expresar: 1) con el parto anticipado (casi a término ya); 2) con distintas somatizaciones: gripes, cólicos, calambres, lumbalgias, palpitaciones, insomnio, hiperactividad, mayor nerviosismo (reacción paranoide).

Las fantasías se centran en torno al temor a la muerte, al dolor, al vaciamiento, etc.

g) Ansiedades de los días previos al parto:

En medio de la incertidumbre, que es la ansiedad consciente dominante, reaparecen crisis intensas, de duración variable, en las que se expresa, por lo general conscientemente, el temor a la muerte en el parto, al dolor, al parto traumático por fórceps o cesárea, al hijo deforme y a la muerte del hijo.

En un estudio²⁴, se describieron y analizaron los elementos que contribuyen a incrementar los niveles de ansiedad en un grupo de 70 mujeres embarazadas que acudieron a control médico en un hospital público. Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), y se elaboró un cuestionario de 46 preguntas divididas en 7 apartados para obtener información sobre: situación socioeconómica, de la salud familiar y de pareja, del estado emocional y de las actitudes hacia el embarazo y parto. Los resultados señalan que las preocupaciones de las mujeres se centraron principalmente en su propia salud

y después en la salud del bebé, la mayoría de las mujeres opinaba que el parto es doloroso; no obstante, no deseaba recibir ningún tipo de anestesia.

En otro estudio observacional²⁵, con 40 mujeres embarazadas, se determinó si los niveles bajos o altos de ansiedad tienen relación con la percepción de los movimientos fetales en el tercer trimestre, así como también se utilizó el registro cardiotocográfico para la interpretación de los resultados, en el cual se concluyó que no hubo diferencia entre las embarazadas con niveles bajos o altos de ansiedad sobre la percepción de los movimientos fetales.

1.1.7.4 El papel del estrés.

El estrés durante el embarazo, se señala que causa modificaciones neuroendócrinas e inmunológicas que pueden llegar a ser tan intensas y anormales que suelen provocar perturbaciones patológicas en el funcionamiento específico de algunos sistemas biológicos. El estrés, también, en forma indirecta, puede ocasionar alteraciones somáticas al favorecer comportamiento de riesgo para la mujer embarazada, como, por ejemplo, comer en exceso, consumir sustancias tóxicas -alcohol, tabaco, drogas-, abandonar el control médico o no seguir las prescripciones entre otras²⁶.

El embarazo plantea a la mujer tres realidades²⁷: la aparición de un tercero en relación, las profundas modificaciones anatomo- fisiológicas y funcionales, con la posibilidad de daño corporal; y los sucesivos ajustes y cambios en su rol social. Por todo ello la mujer experimenta a lo largo de todo su embarazo una ambivalencia entre el deseo de embarazo y el temor a las consecuencias del mismo, con el estrés que esto supone.

Se mencionan tres periodos²⁷ en donde el estrés esta incrementado. El primero, a lo largo del primer trimestre, en el que se produce la percepción del embarazo, se caracteriza por la incertidumbre, la ambigüedad, la espera de la confirmación diagnóstica y la ansiedad ante lo desconocido, si es el primer embarazo. Durante este periodo se habla de regresión, definiendo está como la reactivación que en este periodo se producía de las relaciones de la embarazada con su propia madre, tomando conciencia de sentimientos de origen infantil. El segundo de estos periodos es en el que la embarazada percibe los movimientos fetales (aproximadamente hacia el quinto mes), con el fuerte impacto emocional que ello supone. A lo largo de este trimestre se produce la identificación del feto como algo distinto de ella misma, de la que forma parte y depende para su desarrollo. Y el tercer periodo en el cual la embarazada empieza a percibir la inminencia del parto, anunciada tanto por la distensión de su abdomen, como por lo inexorable del calendario. Se inician muchas fantasías intensamente dirigidas a la caracterización del hijo, con rasgos físicos y psíquicos.

En otras ocasiones se movilizan la ansiedades persecutorias y melancólicas como el miedo al dolor, a la agresión, a la pérdida y al duelo.

Cada uno de estos momentos genera estrés y conlleva un trabajo de adaptación y maduración; posiblemente éstos se alcancen al final del segundo trimestre, en que se constata en la mayoría de las embarazadas un aumento de dependencia, pasividad e introversión que persisten hasta varias semanas después del nacimiento²⁷.

En varios estudios^{28,29,30}, se encontró que la ansiedad y el estrés tienen un efecto directamente negativo sobre el feto durante el embarazo y probablemente en el periodo posnatal también^{31,32}.

El psicoanalista Theodor Hau³³, tras una revisión amplia de la literatura científica, ha resumido las repercusiones del estrés prenatal en el estado del neonato como sigue:

- 1.- Falta de sueño, inquietud creciente, hipersensibilidad, trastornos perceptivos, trastornos en la memoria inmediata.
- 2.- Seguidos con posterioridad por dificultades en la construcción de conceptos y un cociente lingüístico, imaginativo y global bajo.
- 3.- Llanto excesivo, en parte con apatía y abulia, estados de acusada inquietud motora.
- 4.- Pérdida de peso, trastornos alimenticios y gastrointestinales.

De las consecuencias del estrés prenatal para el psiquismo del niño y del adulto se mencionan las siguientes: enfermedades psicosomáticas, evolución antisocial y criminalidad, peligro de suicidio, alteraciones de carácter psicótico, trastornos alimenticios como anorexia y bulimia.

En otra revisión se mencionan las siguientes repercusiones: el órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero. Está comprobado que la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo, están completamente bajo control neurohumoral, los estrógenos tienen la actividad parasimpática (acetilcolina), mientras que la progesterona influye indirectamente la actividad simpática (catecolaminas). La hiperactividad, con descarga de catecolaminas, característica de la primera fase del estrés, puede explicar (figura 2) una serie de perturbaciones del embarazo como:

- 1.- Aborto espontáneo, malnutrición fetal y crecimiento intrauterino retardado
- 2.- Parto prematuro, ruptura prematura de membranas y distocia hipertónica.
- 3.- Preeclampsia

De más compleja explicación son otras alteraciones que pueden referirse mejor al agotamiento simpático por estrés crónico, y a fenómenos de inhibición inmunitaria y conducta anormal:

- 1.- Infecciones perinatales
- 2.- Prolongación del embarazo

3.- Problemas de alimentación, adicción, rechazo de ayuda médica y social, etc, que repercute sobre el estado perinatal.

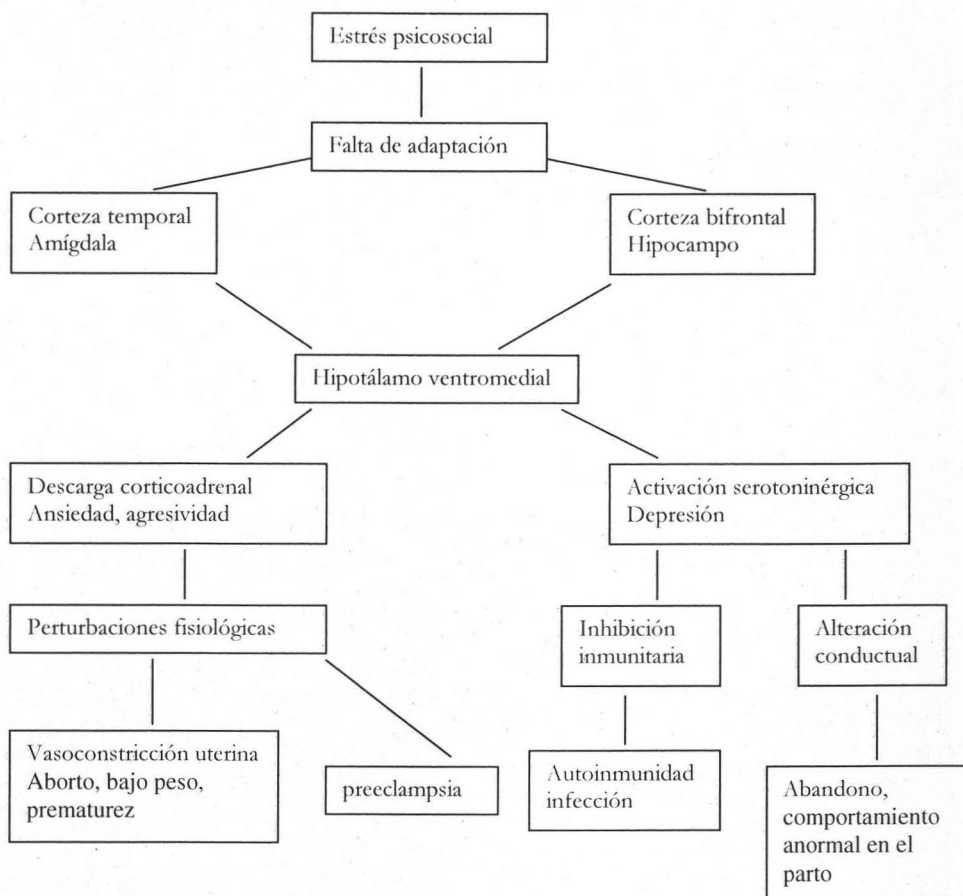


Figura 2. Repercusiones del estrés en el embarazo. Tomado de: Ludwing J. El nacimiento del alma. En: Lo que siente el feto y lactante. 1ª ed. Barcelona, España: Heider;1996. p. 45-76.

En otro estudio se mencionan los efectos del estrés prenatal³⁴ pueden tener las siguientes complicaciones durante el embarazo: aborto espontáneo, malformaciones, pre-eclampsia, parto pretérmino³⁵, bajo peso al nacer.

En una investigación³⁶ se señala que un alto nivel de estrés, un bajo soporte social y una dinámica familiar disfuncional aumenta las posibilidades de complicaciones gestacionales y del parto. Igualmente una actitud negativa de la madre hacia el embarazo muestra correlación con la mortalidad perinatal y con

el parto prematuro. Por otro lado, un bajo peso del recién nacido se ha asociado con el, embarazo no deseado, así como la combinación de disfunción familiar y escasos cuidados prenatales.

1.1.7.5 Trastorno de pánico y embarazo:

El trastorno de pánico se caracteriza por episodios recurrentes, de iniciación súbita y espontánea, que se intensifican rápidamente, por lo general en un periodo de diez minutos, vivenciados por el paciente con un miedo intenso a morir, a perder el control o a enloquecer. En algunas mujeres las crisis de trastorno de pánico pueden iniciarse o intensificarse antes de la iniciación de un posible embarazo, acompañadas de niveles altos de ansiedad anticipatoria y conductas de evitación que requieren la utilización de psicofármacos, para eliminar los síntomas clínicos y la visión catastrófica de su existencia, que puede originar en la embarazada sentimientos intensos de culpa o inseguridad hacia su embarazo, el parto, su hijo, e inclusive hacia su propia vida, desencadenando en ocasiones, ideas e intentos suicidas³⁷.

El trastorno de pánico corresponde a la denominada por Sigmund Freud³⁷, neurosis de angustia, quien la incluyó en las llamadas neurosis actuales, relacionadas con el trauma del nacimiento o la ansiedad de separación, originadas en una insatisfacción libidinal actual y no en un conflicto intrapsíquico y, por lo tanto, no requerirían la utilización de mecanismos de defensa, razón que explicaría la presencia de síntomas neurovegetativos intensos que experimentan los pacientes con neurosis de angustia o trastorno de pánico.

1.1.7.6 Depresión y embarazo:

La depresión durante el embarazo³⁸ (como en el posparto³⁹), es más bien un problema psicosocial, que hormonal (Kitamura y cols, 1996). Desde luego que cuando una mujer embarazada está deprimida, hay que descartar una causa puramente fisiológica (como el hipotiroidismo o la diabetes), sin embargo en la gran mayoría de los casos, el problema no es de esta índole.

Los factores que predisponen a la depresión en esta etapa de la vida, son antecedentes de maltrato físico, y dificultades psicosociales en el presente. Las principales causas son estar sola o sin un compañero, tener un compañero (o esposo) que no brinda apoyo emocional o que está ausente la mayor parte del tiempo; tener niños pequeños en la casa. Aumenta el riesgo de depresión posparto y crea una sombra desagradable sobre toda la experiencia del embarazo. En vez de haber alegría y esperanza hay tristeza, pesimismo y sufrimiento.

En un estudio⁴⁰ se encontró que la depresión en mujeres embarazadas en comparación con las que no presentaban datos de depresión, presentaron complicaciones como son: depresión posparto, retardo en el crecimiento intrauterino, asfíxia perinatal, duración prolongada de trabajo de parto y un alto riesgo de cesárea de urgencia.

1.1.8 El rechazo al embarazo como causa de muerte materna:

Se ha visto que gran parte de la patología psicósomática ginecoobstétrica²⁰ es consecuencia del rechazo al embarazo y a la maternidad.

Los efectos psiquiátricos del rechazo a la gestación pueden reflejarse tanto en la madre como en el niño. Las conductas psicopatológicas más frecuentes de la madre son las siguientes: el infanticidio, el abandono, la adopción, el síndrome del niño golpeado, la indiferencia afectiva, etc.

El aborto provocado⁴¹ es la mayor causa de muerte en mujeres que rechazan la gestación en países donde el aborto es ilegal bajo cualquiera de sus formas, o en donde solamente es permitido para salvar la vida de la madre. A causa de su carácter clandestino, es muy difícil conocer la verdadera incidencia del aborto provocado ilegal, así como su tasa de mortalidad.

Los embarazos no deseados⁴¹ son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y familias.

La atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector salud.

1.1.9 Cuando el embarazo se siente como una enfermedad:

Ciertas mujeres^{20,33}, tratan a su embarazo como una enfermedad. No lo consideran un acontecimiento normal que entraña cambios físicos, hormonales, y requiere de cambios psicológicos apropiados en sí mismos. Tales mujeres pueden desanimarse al ver que su médico no opina de la misma manera. Dichas mujeres suelen tener partos distócicos. Una embarazada que considera a su embarazo como una enfermedad, en vez de una función fisiológica normal, tiende a considerarse a sí misma exenta de responsabilidades normales, esto es, se comporta como si estuviera enferma y desamparada. Se ve así misma como una persona que se encuentra en cierto "estado" y tiende a sentirse ansiosa por los cambios corporales y funcionales, como si estos fueran la prueba de algún desorden. Si experimentan cualquier dolor o ansiedad, lo consideran "natural" -debido a su "estado"- y puede ser más sumisa y al mismo tiempo más exigente con su médico que otras mujeres embarazadas. La mayoría de la mujeres en estado

de gravidez necesitan apoyo emocional, particularmente en los últimos tres meses. No obstante son exigentes con sus esposos y médicos desde el principio.

1.1.9.1 Hiperemesis gravídica:

Las náuseas y los vómitos “suaves” son malestares tan frecuentes en la gestación, que generalmente son considerados concomitantes “normales” del embarazo. Se calcula que alrededor de la mitad de las mujeres presentan vómitos “suaves” hasta el tercer mes del embarazo. Sin embargo, en un reducido número de embarazadas, los vómitos se hacen persistentes, se prolongan más allá de los tres meses, pierden su benignidad y se transforman en una complicación severa del embarazo, dando lugar a la hiperemesis gravídica o vómitos graves del embarazo²⁰.

Todos los psiquiatras que se han ocupado de este problema concuerdan en que el elemento psicodinámico clave en la hiperemesis gravídica es el rechazo al embarazo. Los vómitos representarían para el psicoanálisis un intenso de aborto oral, ya que de acuerdo con el inconsciente de la gestante, persistirían las fantasías infantiles de impregnación oral, según las cuales la mujer queda fecundada oralmente. Apoyándose en el hecho de que la mujer que no acepta plenamente su embarazo, vomita en vez de abortar, Helen Deutsch²⁰ opina que en tales casos lo que existe es una actitud de ambivalencia y no de franco rechazo. Nuestra experiencia personal nos permite afirmar que la actitud que predomina en la hiperemesis gravídica con respecto al feto es de franco rechazo.

1.1.9.2 Pseudociesis:

El falso embarazo, embarazo fantasma, embarazo nervioso, o pseudociesis, como también se le conoce desde que John Mason Good²⁰ introdujo este término en 1823, ha sido considerada como la más antigua condición psicósomática de que se tenga noticia en la literatura médica.

Barglow y Brown, después de estudiar una amplia serie de casos reportados resumen el cuadro clínico de la pseudociesis de la siguiente manera²⁰:

- 1.- Trastorno del ciclo menstrual, que varía entre la amenorrea y la hipomenorrea, de una duración de nueve meses, es decir, el tiempo que dura el embarazo real.
- 2.- Aumento del volumen abdominal, sin borramiento del ombligo, originado por la posición de lordosis que toma la mujer y por la distensión de los músculos abdominales.
- 3.- Modificaciones en la glándulas mamarias consistentes en turgencia, secreción de leche y el calostro, pigmentación y aumento de tamaño de las papilas.

- 4.- Sensación subjetiva de movimientos fetales.
- 5.- Náuseas y vómitos.
- 6.- Aumento de peso, generalmente mayor que en los verdaderos embarazos.

1.1.10 Preocupaciones antes del parto:

La mejor forma de combatir la ansiedad sobre el parto, probablemente consistió en conocerlo mejor, no sólo su mecánica, sino las sensaciones emocionales y físicas de cada fase, así como la forma en que la relajación, la respiración y la concentración pueden ayudar a un mejor mecanismo de trabajo de parto. El simple hecho de compartir los miedos también proporciona alivio a muchas mujeres, permitiéndoles empezar a disfrutar de sus embarazos. Una buena clase prenatal⁴², donde se den facilidades para la discusión y las mujeres puedan hablar con libertad sobre sus temores, así como sobre sus esperanzas, resulta con frecuencia eficaz para desarrollar la autoconfianza, y para considerar el parto como una experiencia intensa, que proporciona satisfacción y placer, y no solo como una calamidad que debe soportar. Por eso es importante preparar a la mujer embarazada sobre el parto⁴²:

Dolor. La mujer que va a tener su primer hijo piensa muchas veces: “en realidad no sé que es un verdadero dolor. ¿Cómo soportaré los del parto?”. Y dado que no se hace idea de cómo son esos dolores ni de como se sienten las contracciones, pueden notarse aterrizada. El aprender sobre el parto, sobre como funcionan las contracciones y como pueden sentirse los diferentes estadios del parto, constituye el modo más eficaz de enfrentarse a esta ansiedad y resolverla.

Pérdida de control. Para muchas mujeres, la ansiedad sobre el parto esta relacionada con el temor a la pérdida de control.

Pérdida de la dignidad y fracaso. Un aspecto íntimamente relacionado con la pérdida de control consiste en el miedo a parecer ridícula. Algunas mujeres piensan que los médicos y enfermeras se reirán de ellas si emiten ruidos incontrolables.

Temor a encontrarse sola. Algunas mujeres consideran el parto como un incidente médico, y como una desagradable interrupción de la vida normal, en vez de cómo una experiencia que puede producir satisfacción por sí misma. Se sienten por completo dependientes de la tecnología proporcionada por el hospital, y les preocupa el ingresar a tiempo y el que estén de guardia las personas apropiadas para atenderla.

Pérdida de la autonomía. Otra fuente de ansiedad frecuente guarda relación con la posibilidad de que se niegue el derecho de comportarse como una adulta, y el temor a verse bajo el control de los médicos, las enfermeras e incluso las máquinas. Muchas embarazadas temen no poder tomar sus propias decisiones. Cada vez son más las que no desean entregar sus cuerpos a los profesionales del embarazo y el parto, y buscan una forma de cuidados maternos en los que ellas pueden compartir la toma de decisiones.

Miedo al hospital. Muchas mujeres sienten miedo de los hospitales. Habitualmente las personas van al hospital cuando están enfermas. Es posible que está sea la primera vez que ingresen a uno, y sus luces, sonidos e inclusive olores pueden causarle alarma. Aún más importante que el contexto físico, es la actitud del personal hospitalario y la forma en que se relacionen con las pacientes.

Pérdida del atractivo. A ciertas embarazadas les preocupa profundamente el que su atractivo sexual desaparezca por completo, debido al embarazo. Les asusta perder la figura, también sienten ansiedad ante la posibilidad de que la vagina se afloje y cambie de forma, y que en consecuencia sean incapaces de hacer el amor con su compañero de una forma satisfactoria para ambos.

Episiotomía. En muchos hospitales actuales, la episiotomía se practica de manera rutinaria en todas las mujeres que tienen su primer hijo, y en gran parte de los partos posteriores. El saberlo puede trastornarle mucho. Muchas mujeres muestran más ansiedad sobre la episiotomía que sobre cualquier otra intervención quirúrgica.

1.1.11 Vínculo materno-infantil:

Berenstein (1991)⁴³ entiende por vínculo a una ligadura emocional estable, característica del mundo mental en el que se distinguen tres áreas:

a) Intrasubjetivas: caracterizada por las relaciones de objeto, que son ligaduras estables, no inmutables, dispuestas a perpetuarse, pero susceptible de modificarse por experiencias personales significativas o por un tratamiento psicoanalítico. Las relaciones de objeto -parcial o total- son ligaduras entre representaciones del self (sí mismo) y del cuerpo con otro, penetradas de emocionalidad, por ejemplo, de la serie amor-odio.

b) Intersubjetiva: caracterizada por la presencia de vínculos, ligaduras estables entre dos sujetos, entre dos yóes con sus partes asimilables y ajenas. En la relación de objeto, el otro está incluido en el discurso del yo, en el vínculo, el otro está tan dentro como fuera de ese discurso.

c) Transubjetiva: lugar donde yacen las ligaduras estables socioculturales relacionadas con el sentimiento de pertenencia, y se refieren a las representaciones ligadas a la ideología, política, religión y ética.

Vives (1991)⁴³, por su parte, señala que el vínculo materno-infantil se establece durante la gestación, a partir del inicio de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento, atravesando todas las vicisitudes del proceso de internalización en ambas figuras. Dicho vínculo tiene sus precursores desde el período anterior a la concepción, en lo que ha denominado la fase del deseo, en donde se pueden rastrear las diferentes motivaciones subyacentes al deseo de tener un hijo, que se constituye en el principal ingrediente psicodinámico y el motor principal para que éste exista.

Una de las motivaciones prácticamente universales que provocan el deseo de tener un hijo, tiene que ver con una serie de determinantes dentro del narcisismo normal, como es el deseo de completud a través del bebé, o el deseo de la mujer de duplicarse, de verse así misma y de gratificar a través del hijo o hija todos los ideales soñados. El deseo puede surgir desde la necesidad de llenar o llevar a cabo una serie de expectativas parentales no realizadas, o también como la necesidad de renovar viejos vínculos del pasado materno, o de remplazar a un familiar muerto, sea un padre, madre, hermano, o, la de reparar la imagen dañada de la propia madre; o finalmente, el deseo puede venir desde el super yó, como una necesidad de castigo debida a sentimientos de culpa derivados del ejercicio de una sexualidad vivida como mala.

Un segundo precursor del vínculo materno infantil es la fase de la fantasía, que se activa en el momento en que la mujer y la pareja confirman el hecho del embarazo.

Pero el nacimiento⁴⁴, además de su dimensión biológica asumida por el modelo biomédico, incluye procesos psicológicos y sociales tales como:

- a) Iniciación de las funciones maternas y de la adaptación a ellas de una mujer que al ejercer el rol emitirá conductas cuyo origen está en huellas biológicas tanto como en huellas psicosociales transgeneracionales latentes.
- b) Comienzo de la adaptación del bebé a condiciones nuevas donde su éxito dependerá, por una parte de la puesta en marcha de sus programas biológicos y, por otra, de cómo los estímulos ambientales vayan modulando su neurodesarrollo.
- c) Exigencias de adaptación y reorganización del microgrupo familiar y social al que la madre y bebé pertenecerán para la incorporación de un nuevo miembro.

El vínculo materno-infantil tiene su fundamento biológico en la conducta de apego, descrita ampliamente por Bowlby⁴⁵, quien la define como la búsqueda de la proximidad del bebé con la madre o figura sustituta, es decir con la persona que regularmente lo alimenta y cuida.

Bowlby⁴⁵ ha sostenido que el hombre establece lazos emocionales íntimos con determinadas personas desde la fase embrionaria, en el neonato y a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez. Por la vulnerabilidad y la dependencia con las que nace el bebé, crea intensos vínculos emocionales con sus padre o figuras sustitutas, a quienes busca cuando necesita protección, consuelo o apoyo. La conducta de apego es la búsqueda proximidad por parte del bebé con la madre o el sustituto, aquí se ubica la génesis de los afectos del hombre.

1.1.12 Manejo:

Existen una serie de normas y ejercicios que facilitan el embarazo, para que este sea normal y el hijo nazca sano y vigoroso.

Un alumbramiento supone trabajo y esfuerzo. La mujer que va a tener un hijo debe hallarse predispuesta física y psicológicamente a recibir a su futuro hijo.

Los ejercicios⁴⁶ más importantes de este entrenamiento son los destinados a la respiración, relajamiento total, sobre todo muscular; corrección de la posición y preparación para colaborar en el instante del parto.

Con estos ejercicios se logran dos cosas: que el parto sea más fácil y su duración menor, experimentándose disminución de los dolores, ya que de esta manera la madre no teme lo que va a acontecer.

Si ha aprendido a relajarse, evitará los dolores innecesarios que se sienten al tener el cuerpo contraído por el temor. Esta especie de gimnasia debe iniciarse en cuanto hayan transcurrido los tres primeros meses del embarazo, y se practicará con regularidad a partir de entonces, los ejercicios más indicados son los que siguen: respiración abdominal, respiración torácica, posición para relajar la espalda, jadeo, posición de relajamiento sobre un costado, levantamiento de piernas, en cuclillas, posición escriba.

El término parto preparado se refiere aquí a la preparación física, social, intelectual y emocional para el nacimiento del bebé. El buen cuidado físico del cuerpo proporciona un ambiente favorable para el feto en crecimiento, y el condicionamiento físico prepara al cuerpo para el parto y el nacimiento. La preparación social del hogar y la familia brinda un ambiente seguro en el que puede crecer el niño.

1.1.12.1 Método de parto natural:

“Psicoprofilaxis”²⁵ significa prevención y se concentra básicamente en el manejo de las sensaciones dolorosas y de estrés o ansiedad que pueden interferir con el curso normal del parto, y se le llama “psicoprofiláctica”, a esta orientación a que dicha prevención se hace en el aspecto psíquico, es decir, a través del establecimiento, en los repertorios de la mujer, de los comportamientos que las ayuda a tener,

hasta donde sea posible, el control de sus respuestas o interacciones dentro de la contingencia del parto, en la mayoría de los casos en el ambiente hospitalario.

El entrenamiento psicoprofiláctico, aceptado sin duda como una fuente de ayuda para la embarazada, no garantiza obviamente el logro de un parto ciento por ciento natural. De hecho, también le plantea la mujer, que, si las condiciones así lo ameritan, deberá, llegado el momento aceptar con " buen ánimo" incluso la cesárea, con lo que se facilitará la recuperación postoperatoria al hacerla más rápida y menos incapacitante.

El doctor Grantiey Dick-Read⁴⁷ (1935), un obstetra inglés, inició el concepto de parto preparado en un artículo publicado en 1933 y luego en su libro *Childbirth Without Fear*. Él creía que el temor ocasiona tensión que inhibe el proceso de nacimiento, por lo que consideraba que si las mujeres fueran educadas para comprender lo que sucedía en su cuerpo podrían eliminar tensión y temor.

Tres elementos importantes del método de Dick-Read son:

- 1.- La educación acerca del nacimiento, que incluye la extinción de antiguos temores mitos y concepciones erróneas.
- 2.- Condicionamiento y ejercicios físicos, relajación muscular voluntaria y respiración apropiada.
- 3.- Apoyo emocional del compañero, la familia, la enfermera y el médico durante el embarazo y trabajo de parto.

El método de Lamaze, originado en Rusia, fue introducido en Occidente en 1951 por el doctor Fernand Lamaze (1970) un obstetra francés. Los siguientes son elementos importantes del método de Lamaze:

- 1.- Educación acerca del nacimiento, incluyendo la habilidad para relajar músculos que no participan en el proceso del parto.
- 2.- Condicionamiento físico por medio de ejercicios.
- 3.- Respiración controlada y técnica psicológica para la prevención del dolor y la capacidad de liberar la tensión muscular "dejándose ir"
- 4.- Apoyo emocional durante el trabajo de parto principalmente mediante la instrucción del compañero para que aprenda técnicas de apoyo y soporte.

El método Lamaze hace hincapié en la relación y la comunicación de la pareja. En este método, como en el de Dick Read es esencial la atención de la partera o de otra persona entrenada para atender el proceso del nacimiento (Bean,1974). El rasgo que distingue al método Lamaze es su insistencia en enseñar a la mujer que puede tener el control durante la experiencia.

1.1.12.2 El trabajo psicológico:

Las mujeres que experimentan niveles moderados de ansiedad son quienes tienden a sentirse mejor durante y después del parto. Esto se debe a que muchas mujeres están llevando a cabo lo que Irving Janis denomina "trabajo psicológico". Se le presenta un problema, una crisis próxima y un encuentro con lo desconocido, y trabajan para ello. Aprenden algo acerca del tipo de cosas que pueden esperar, así como de sus posibles resultados. Ensayan mentalmente lo que pueden experimentar y deciden que posibilidades son mayores y cuales son menores; que miedos son razonables y cuales están más allá de cualquier límite de admisibilidad²⁰.

1.1.12.3 Apoyo psicológico y promoción a la salud:

Se sabe que el personal de salud, al no estar particularmente capacitado para enfrentar su propio estrés, ha desarrollado estrategias que lo resguardan del desgaste psicológico y que pone en marcha ante situaciones de alta tensión como puede ser el parto, donde lo "recomendable" es poner distancia entre los sentimientos personales y los de la paciente⁴⁸.

La mujer que sospecha estar embarazada deben ponerse en manos del médico de primer nivel, para que le realice pruebas pertinentes de confirmación. El seguimiento médico se debe prolongar periódicamente a lo largo de todo el embarazo⁴⁹.

Una estrategia utilizada para mejorar la salud perinatal es el apoyo psicológico, que se considera como un sistema de relaciones formales e informales a través de las cuales un individuo recibe el apoyo emocional, cognoscitivo y material necesario para enfrentar experiencias difíciles⁵⁰.

Las principales medidas que el personal de salud debe adoptar ante la gestante son⁵¹:

- 1.- Observar los deseos y motivaciones de la embarazada: ilusiones, temores, etc, mediante una relación de ayuda, si procede. La ansiedad puede alterar la conducta eficaz de afrontamiento del embarazo.
- 2.- Informar sobre diversos aspectos de dudas y temores.
- 3.- Educación maternal. Consiste en preparar a la pareja que va a tener un hijo para que el embarazo y el parto tengan lugar en las mejores condiciones posibles.

4.- Aconsejar la participación activa del compañero, en cuanto a:

- compartir sensaciones
- compartir estrés y emociones
- compartir la educación maternal
- compartir el momento del parto

5.- Aconsejar rodearse de un ambiente agradable y afectivo. El embarazo debe vivirse con la mayor tranquilidad ambiental, evitando sobresaltos y disgustos. La compañía y el calor afectivo de la familia son igualmente importantes.

6.- Recordar la importancia de mantener un control médico, no solo en lo referente al seguimiento periódico del embarazo, sino ante cualquier eventual problema materno: fiebre, traumatismos, crisis de ansiedad, etc.

7.- Recomendar la adopción de hábitos de vida saludables.

Se requiere buscar, probar y evaluar estrategias de prevención para lograr objetivos específicos de salud materno infantil, teniendo como base la atención perinatal.

Vives y cols⁵² desarrollaron un instrumento cuyo propósito es el de identificar a las mujeres embarazadas, que se encuentran en riesgo de presentar alteraciones de tipo psicológico durante su embarazo, en donde se pregunta de acuerdo al trimestre de embarazo:

1ª. Fase: Deseo consciente e inconsciente (primer trimestre).

2ª. Fase: Fantasía, inicio de los movimientos fetales (segundo trimestre).

3ª. Fase: Preparación para el parto. (tercer trimestre).

1.1.13 Seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar⁶:

Poder colaborar con la pareja en el seguimiento de la gestación y el nacimiento de un niño es una de las experiencias más gratificantes del ejercicio profesional de un médico de orientación familiar.

Durante el embarazo, el médico mantiene un contacto mayor que el habitual con la familia y, normalmente se convierte en un asesor de confianza.

El seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar se fundamenta en la asistencia obstétrica tradicional y se amplía hasta un enfoque integral que atiende a las necesidades psicosociales de la mujer y su familia, además de los aspectos biomédicos de la gestación. La investigación ha demostrado que determinados factores de las familias, como el grado de estrés a que están sometidas, puede tener un efecto sobre las complicaciones obstétricas y perinatales y el peso del recién nacido. Desafortunadamente, la asistencia prenatal tradicional se basa en un modelo médico que no aborda la salud de la familia sino que, esencialmente, se dedica a una vigilancia sistemática en busca de posibles problemas o complicaciones del embarazo. El médico de orientación familiar debe esforzarse en educar y apoyar a la familia durante este período de transición.

1.1.13.1 Primer trimestre: la consulta prenatal inicial:

Para la mujer, el primer trimestre de un embarazo es un tiempo de introspección y de adaptación los cambios corporales, que pueden incluir algunos síntomas desagradables como las náuseas y vómitos matutinos.

Durante este período es imprescindible realizar una evaluación biopsicosocial integral del embarazo, de la mujer gestante y de la situación familiar. Esta evaluación se puede realizar, en parte, durante la primera consulta prenatal y luego añadir nueva información a lo largo de la gestación. Además, se deben abordar los siguientes temas durante la primera consulta prenatal:

- 1.- Interrogar si el embarazo es deseado o fue planeado, o si han pensado en interrumpirlo
- 2.- Averiguar con que fuentes de apoyo social cuenta la gestante (p ej. el padre biológico, sus padres, hermanos, amigos) y qué opinan estas personas de la gestación.
- 3.- Invitar al padre del bebé a asistir a todas las consultas prenatales:
 - a. Implicar al padre en la gestación lo antes posible.
 - b. Mostrarse firme y directo cuando se comunique la necesidad de que el padre participe en la asistencia prenatal.
 - c. Destacar la importancia de la función del padre en el seguimiento de la gestación.
 - d. Pedir al padre que acompañe a su mujer a una sola consulta prenatal, sólo para escuchar, sin pedirle que participe.

4.. Realizar un encuentro con la pareja.

- a. Establecer una interacción con el padre desde el inicio de la entrevista.
- b. Señalar la importancia del padre tanto durante la gestación como después del nacimiento. Pedirle su opinión y preguntar cómo cree que progresa el embarazo.
- c. Recomendar al padre que acompañe a su pareja a las visitas prenatales siempre que sea posible, y que escuche los latidos del feto.
- d. Sugerir que el padre también se someta a una revisión médica.
- e. Evitar entrar en discutir los problemas de pareja y evitar el papel de “consejero matrimonial”.

1.1.13.2 Segundo trimestre: seguimiento de la gestación:

El segundo trimestre (14-28 semanas) suele ser un período de calma en el que se incrementa la intimidad de la pareja. Las náuseas matinales generalmente desaparecen y la mujer experimenta un estado de bienestar tanto físico como emocional. En este período la pareja empieza a comentar sobre el embarazo y a ser conscientes de que pronto van a tener un hijo de ambos.

1. Explorar los temores y preocupaciones de la pareja sobre el embarazo, especialmente los que tengan relación con los dolores del parto, las posibles complicaciones que pueden sobrevenir durante éste, y las deficiencias congénitas que puede presentar el bebé.
2. Solicitar que acudan juntos a realizar las pruebas necesarios, especialmente las ecográficas.
3. Realizar un genograma prestando especial atención a los embarazos y partos precedentes, así como la presencia de enfermedades de transmisión hereditaria.
4. Invitar a los miembros importantes de la familia y amigos a acompañar a la gestante a las consultas prenatales. Recomendar a la madre de la gestante que acompañe a su hija por lo menos a una consulta.
5. Discutir las cuestiones sexuales del embarazo con la pareja, incluyendo lo relativo a la seguridad de las relaciones durante la gestación y la adopción de posturas apropiadas.

6. Informarse de qué han dicho o piensan decir a los demás hijos sobre el embarazo.
7. Comentar con la pareja si desean que el resto de sus hijos participen en el parto, y de qué manera.
8. Ayudar a los padres a prevenir la rivalidad entre hermanos y las regresiones evolutivas de los hermanos del bebé recién llegado.

1.1.13.3 Tercer trimestre: preparación al parto:

El tercer trimestre suele ser un periodo de ansiedad ante los preparativos referentes al parto y al nacimiento del nuevo bebé. Para las parejas puede ser muy útil que el médico reconozca como algo normal la impaciencia y ansiedad que predominan durante este período.

Anticipar e informar a la pareja sobre las diferentes fases del parto

Comentar las opciones que tiene el padre de prestar apoyo a la madre durante el parto.

Tomar decisiones preliminares sobre:

- a. Centro al que van acudir.
- b. Anestesia.
- c. Lactancia.

1.2 Planteamiento del problema:

El embarazo y la llegada de un hijo rompe la homeostasis de la mujer, de la pareja y de la familia, lo que requiere un proceso complejo de adaptación que en muchos casos es satisfactorio, pero en otros resulta difícil con consecuencias desfavorables, implica una crisis en la vida de la mujer y de las personas que la rodean, ya que pone en juego la estabilidad emocional y su capacidad para adaptarse a tales demandas, así como el hecho de que los patrones de comportamiento del pasado ya no funcionan y tienen que cambiarse y adecuarse a una nueva situación.

Aunque existen varios estudios que hablan de la conveniencia de la atención prenatal, tanto en el aspecto biológico como psicológico y familiar por el médico del primer nivel de atención; durante mi rotación por la CMF “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE observé que no se llevan a cabo en forma total las indicaciones de la NOM-007-SSA2-1993. “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido” y mucho menos se toman en cuenta los aspectos emocionales.

Así mismo, durante mis rotaciones por el servicio de urgencias gineco-obstetricia observé que a las embarazadas a quienes se les realizaba una historia clínica completa y su estudio familiar, se encontró que presentaban cierto grado de ansiedad, estrés, depresión, que podrían estar asociados o ser consecuencia de complicaciones tales como: aborto, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia.

Por lo que si se toma en cuenta que los cambios físicos y emocionales del embarazo causan diversos niveles de estrés y ansiedad en la embarazada estos cambios emocionales deben ser considerados en la atención integral del control prenatal.

No existe evidencia de alguna investigación de los aspectos emocionales realizada anteriormente en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”.

Se realizó búsqueda del total de las embarazadas que acudieron en el año 2003, para lo cual se acudió al servicio de epidemiología de la CMF, en donde se encontraron los siguientes datos:

PROGRAMA DE ATENCIÓN A MUJER EMBARAZADA

CMF "DR. IGNACIO CHÁVEZ" 2003

MESES	EMB NORMAL		ALTO RIESGO		TOTAL	
	1ª VEZ	SUB.	1ª VEZ	SUB	1ª V	SUB
ENERO	16	160	2	0	18	160
FEBRERO	9	177	0	3	9	180
MARZO	25	138	0	3	25	141
ABRIL	4	63	1	0	5	63
MAYO	15	147	2	1	17	148
JUNIO	30	134	1	4	31	138
JULIO	14	97	3	0	17	97
AGOSTO	11	86	0	4	11	90
SEPTIEMBRE	25	150	1	2	26	152
OCTUBRE	3	100	0	4	3	104
NOVIEMBRE	10	131	3	3	13	134
DICIEMBRE	27	58	3	0	30	58
SUBTOTAL	189	1441	16	24	205	1465
TOTAL	1630		40		1670	

Se puede observar que de manera anual se llevó un control prenatal de 205 embarazadas de primera vez, de las cuales 40 se consideraron con embarazo de alto riesgo y 189 como embarazo normal. En conclusión un total de 1670 consultas de control prenatal que fueron otorgadas tanto por médicos familiares y médicos generales.

En un trabajo de tesis⁵⁴ realizado durante el año 2003, en la CMF "Dr. Ignacio Chávez", se identificaron las características principales de la atención que el médico familiar brinda a las pacientes embarazadas, tomando en cuenta las variables propuestas por la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido". En donde se concluyó que la mayoría de los médicos familiares realizaron las siguientes acciones: ofrecieron un número promedio de 4 consultas por paciente, la mayoría realizó la medición de la altura del fondo uterino, auscultó la frecuencia cardíaca fetal, midió el peso y la talla, administró hierro suplementario, realizó el diagnóstico final integral, explicó las medidas de autocuidado y proporcionó orientación nutricional, se detectó que

un gran porcentaje de las pacientes que acudieron a su primer control prenatal lo hacían en las etapas finales del embarazo para solicitar la licencia médica de maternidad o para pedir el pase de atención del parto, por lo que el 80 % de las embarazadas fue referida a un 2º nivel, en algunas ocasiones debido a complicaciones de tipo obstétrico y en otras para atención del parto, en algunos casos se encontró a embarazadas que llevaban varias consultas de atención prenatal, sin embargo, no se encontraban bien controladas y finalmente eran enviadas a un segundo nivel con una o varias complicaciones, tal vez de haberse seguido las indicaciones de la norma en forma adecuada, las condiciones del binomio madre-hijo hubieran sido mejores.

Es conveniente señalar que el trabajo anteriormente mencionado se enfoca más sobre los aspectos biológicos y clínico-técnicos y no se menciona el aspecto emocional. En esta investigación se busca identificar los estados emocionales que se presentan en el desarrollo del embarazo y atender a las preguntas que de manera natural puedan surgir e inquietar a la embarazada. Para ello es importante señalar que una adecuada relación médico paciente puede ser el medio mediante el cual se desarrolle la confianza de la embarazada en su médico y esto favorezca que dicha mujer reciba una educación continua sobre los aspectos relevantes del proceso del embarazo, lo que a la larga puede servir para una mejor estado de salud del binomio madre-hijo y una mejor preparación para el momento del parto.

El embarazo es un acontecimiento sorprendente, es la transición de niña a mujer, de hija a madre, por lo que la mujer tiene que encontrarse en un estado de salud óptimo.

Si las emociones de una embarazada son atendidas con empatía, tal vez pueda relacionarlas con signos de confianza. El problema es que en algún punto se deja de estudiar el embarazo para entenderlo mejor y se comienza a estudiarlo para controlarlo mejor.

Es mucho lo que la embarazada puede hacer, ya sea sola o con la ayuda de su compañero, para hacer frente a su ansiedad y resolver dolencias comunes del embarazo que pueden desgastar su energía y hacerla sentir como si estuviera enferma, este acercamiento pretende ser sencillo: el embarazo no es una enfermedad es un estado de salud.

Cierto grado de ansiedad forma parte normal de la vida diaria, sin embargo si la ansiedad se vuelve insoportable, puede comenzar a interferir con las actividades diarias y eventualmente guiar hacia una

depresión. Los sentimientos de ansiedad y depresión persistentes deben ser tomados en cuenta, ya que son una señal de necesidades insatisfechas.

Estas necesidades pueden ser de apoyo emocional y confianza de que todo estará bien ya que durante el embarazo se despiertan temores reprimidos y recuerdos que se presentaron en la infancia o hasta de un hecho más reciente, los cuales pueden ser detectados a través de una entrevista en donde se explore de manera integral.

Esta investigación pretende identificar cualitativamente los aspectos emocionales durante el desarrollo normal del embarazo.

La investigación cualitativa (IC) representa una visión que está más relacionada con el síntoma y el “ojo clínico” que con el signo, el síndrome y la evidencia epidemiológica. Situarse en la perspectiva del otro, la importancia del contexto y la valoración holística así como la flexibilidad en el diseño, son característica fundamentales de la IC.

Con base a lo anterior es fácilmente comprensible que una adecuada atención integral de la embarazada, tendrá como resultado una reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil. Además los costos económicos asociados al tratamiento y complicaciones del embarazo representa una sobrecarga para los servicios de salud y para la madre-hijo.

1.3 Justificación:

En el primer nivel de atención, el médico familiar es el responsable directo de los aspectos de salud en la mujer embarazada, por lo cual él debe de desarrollar estrategias de control prenatal que le permitan conocer el estado físico y emocional de la embarazada para prevenir complicaciones.

La educación materna es una de las características preventivas, de promoción y fomento de la salud materna e infantil, que desarrollan los equipos básicos de Atención Primaria, dicha acción favorece que el embarazo se viva de manera positiva y facilite un parto normal en el aspecto físico y emocional.

Estas acciones tienen que ser visualizadas desde dos puntos de vista, desde el punto de vista del médico familiar, el cual debe estar capacitado para tomar en cuenta los aspectos biopsicosociales y de esta manera poder llevar a cabo los objetivos de su atención que es la preservación de la salud y anticipación

de riesgo y desde el punto de vista de la embarazada, en la que se debe dar educación a ella y a su pareja, los cuales son uno de los objetivos de los programas de atención y promoción a la salud de la Atención Primaria, lo cual va a redundar en una mejor atención y menor número de consultas y abatimiento de costos.

Algunos estudios^{14,32,50,53} señalan que no se ha prestado suficiente atención a la importancia que tienen los factores emocionales y los cambios psíquicos que ocurren durante la gestación, así como a sus interrelaciones con la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Tampoco se ha evaluado la importancia que reviste la participación de los padres en el desarrollo físico y emocional del niño, participación que repercute más tarde en su estado general de salud, por lo que es indispensable que se abarquen estas áreas para mejorar la calidad materno-infantil.

El que el médico familiar investigue los aspectos emocionales, tiene beneficios: fomenta la comunicación médico-paciente e incrementa la confianza, se puede detectar aquellas mujeres que tienen dificultad para expresar sus emociones y ayudarlas a que lo hagan lo cual puede disminuir su tensión, además en aquellas que si expresan sus emociones será posible conocer miedos y fantasías respecto al embarazo.

El objeto de todo esto es que el médico familiar pueda llevar acabo acciones de prevención como la educación y orientación para disminuir los estados de estrés así como detectar si existe algún estado de depresión o ansiedad que puede influir en el proceso fisiológico normal del embarazo, para lo cual podrá auxiliarse de los servicios especializados de psicología.

Con estas acciones el médico familiar cumple con los lineamientos de la atención integral de la embarazada y no solo se limita a los aspectos biológicos y a la vez fomenta la participación del a familia desarrollándose una red de apoyo emocional que brinda a la embarazada una protección y que fomenta el que la paciente ante cualquier signo de alarma tanto físico como emocional acuda junto con su pareja a recibir orientación necesaria para llevar a buen fin de su proceso de embarazo.

1.4 Objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los aspectos emocionales que se pueden presentar en el desarrollo normal del embarazo, en un grupo de mujeres de la CMF “Dr. Ignacio Chávez”

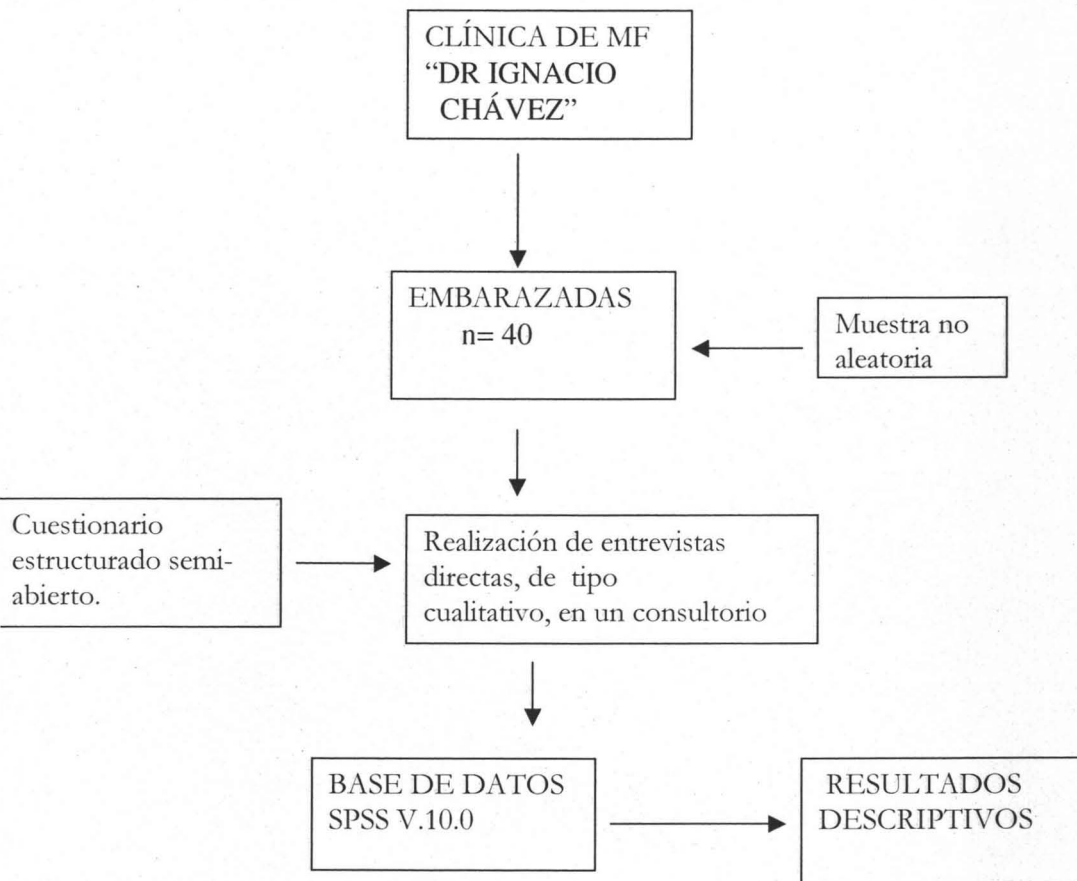
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar las emociones que producen bienestar en la embarazada
- 2.- Identificar miedos y temores que presentan las embarazadas
- 3.- Identificar las preocupaciones y miedos que tienen las embarazadas sobre el parto.
- 4.- Proporcionar orientación a las embarazadas a quienes se consideró necesario, así como referencia al servicio de salud mental de manera oportuna.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1 Tipo de estudio: se realizó un estudio de tipo cualitativo, observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

2.2 Diseño de investigación del estudio



En la clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, se solicitó a los médicos de ambos turnos y al servicio de salud de medicina preventiva, que entregaran a las embarazadas que acudieron a su consulta o a la aplicación de vacunas un folleto en donde se describieron los aspectos emocionales durante el embarazo.

A dichas embarazadas se les invitó a participar en la entrevista, previa aceptación de consentimiento de participación voluntaria.

La muestra fue obtenida por cuotas, no aleatoria, de las embarazadas que recibieron la invitación y aceptaron acudir al consultorio para la realización de la entrevista directa y que cumplieron los criterios de inclusión.

Se llevó a cabo de manera voluntaria en el periodo comprendido de Mayo- Junio 2004.

El cuestionario se dividió por trimestres y se aplicó de acuerdo a la edad gestacional que presentó la embarazada al momento de la realización de la entrevista. En las que se consideró necesario se dio información adicional sobre sus dudas y orientación y en aquellos casos que lo ameritaron se realizó referencia al servicio de psicología.

2.3 Población lugar y tiempo.

Población: Mujeres derechohabientes con diagnóstico de embarazo, de todos los consultorios del turno matutino, vespertino y las que acudieron a medicina preventiva.

Lugar: Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE. México D.F.

Tiempo de estudio: Mayo-Junio 2004

2.4 Muestra.

Es una muestra que fue obtenida por cuotas no aleatoria, de mujeres con diagnóstico de embarazo, de ambos turnos, y que acudieron a medicina preventiva, pertenecientes a la CMF “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Tamaño de la muestra: 40 embarazadas

2.5 CRITERIOS:

Inclusión: Mujeres con diagnóstico de embarazo que acudieron a la CMF sin importar edad gestacional ni número de gesta.

Mujeres sanas sin enfermedad previa

Con embarazo normoevolutivo o que no se conozca con riesgo obstétrico.

Con vigencia de derechos actualizada

Aceptación de participación voluntaria en el estudio

Exclusión: Mujeres no embarazadas

No derechohabientes

Con riesgo obstétrico

Con vigencia de derechos no actualizada

Eliminación: No aceptación a participar en el estudio

Interrupción de la encuesta por la embarazada

2.6 Variables (tipo y escala de medición)

A continuación se describe el nombre completo de la variable, tipo de variable, escala de medición y valores que toma la variable.

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
I.-PARTICIPACION VOLUNTARIA			
¿Acepta usted contestar el cuestionario?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
II.- DATOS GENERALES			
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n
Turno	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1=matutino 2= vespertino
Consultorio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=soltera 2=casada 3=divorciada 4=viuda 5=unión libre
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1=primaria 2=secundaria 3=preparatoria 4=licenciatura
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Textual
¿Tiene pareja?	Cualitativa	Nominal	1=si 2=no
Ocupación pareja	Cualitativa	Nominal	Textual
Religión	Cualitativa	Nominal	1=católica 2= evangelista 3= atea 4= testigo de Jehová
III.- TIPOLOGÍA FAMILIAR			
Estructura	Cualitativa	Nominal	1=nuclear 2= n. monoparental 3=extensa 4=extensa compuesta
Desarrollo	Cualitativa	Nominal	1=tradicional 2=moderna
Demografía	Cualitativa	Nominal	1= urbana 2= rural
Integración	Cualitativa	Nominal	1=integrada 2= semi-integrada 3= desintegrada
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1=profesional 2=obrera
Etapa actual del ciclo vital (según Geyman)	Cualitativa	Nominal	1= matrimonio 2= expansión 3= dispersión 4= independencia 5= retiro
IV.- ANT. GINECO-OBSTÉTRICOS			
Edad de inicio de la 1er menstruación	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Edad de inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Número de parejas sexuales	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Tiempo de estar con su pareja actual	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Embarazos	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Partos	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Abortos	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Cesáreas	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Fecha de último papanicolaou	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Fecha de última menstruación	Cuantitativa	Continua	Números enteros
V.- ASPECTOS EMOCIONALES PRIMER TRIMESTRE			
¿El embarazo fue deseado?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿El embarazo fue planeado?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Usaba algún método anticonceptivo?	Cualitativa	Nominal	1= si 2=no

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
¿Cuál?	Cualitativa	Nominal	1=ritmo 2= preservativo 3= DIU 4= h. orales 5= h. inyectables
¿Prefiere usted niño o niña?	Cualitativa	Nominal	1=niño 2= niña
¿Pensó en algún momento interrumpir su embarazo?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Su médico le ha interrogado estos aspectos?	Cualitativa	Nominal	1=si 2= no
¿Le gustaría que se los preguntará?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
SEGUNDO TRIMESTRE			
¿Cuándo sintió por primera vez los movimientos fetales?	Cuantitativa	Continua	Números enteros
¿Tiene alguna idea de cómo va a ser su parto?	Cualitativa	Nominal	1=si 2= no
¿Tiene usted algún temor respecto al mismo?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Tiene miedo a que su bebé presente algún tipo de malformación?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Piensa usted que sus estados de ánimo le influyen a su bebé?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Cómo?	Cualitativa	Nominal	1= lo alteran 2= lo calman 3= lo alteran y lo calman
¿Acostumbra platicar con su bebé?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Su pareja lo hace?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Su médico le ha interrogado estos aspectos?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Le gustaría que se los preguntará?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
TERCER TRIMESTRE			
¿Ha sentido temor a perder a su bebé?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Su médico le ha interrogado estos aspectos?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
¿Le gustaría que se los preguntará?	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no

Cuestionario de preguntas abiertas

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
PRIMER TRIMESTRE			
¿Porqué quiere tener un hijo?	Cualitativa		
¿Cuándo decidió (decidieron) el embarazo?	Cualitativa		
¿Cuál fue su reacción al saber que estaba embarazada?	Cualitativa		
¿Cómo reaccionó su pareja ante su embarazo?	Cualitativa		
Si pensó en interrumpir su embarazo ¿Porqué lo pensó?	Cualitativa		
SEGUNDO TRIMESTRE			
¿Cómo cree que va influir su bebé en su vida?	Cualitativa		
¿Qué cambios y molestias ha notado en usted con su embarazo?	Cualitativa		
¿Su esposo ha tenido algún cambio de conducta respecto al embarazo?	Cualitativa		

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
¿Cómo percibió los movimientos fetales?	Cualitativa		
¿Cómo siente su cuerpo con todos estos cambios?	Cualitativa		
¿Qué opina su esposo de estos cambios, ha hecho comentarios?	Cualitativa		
¿Cómo se imagina a su bebé?	Cualitativa		
¿Cómo sabe que su bebé se está desarrollando bien?	Cualitativa		
TERCER TRIMESTRE			
¿Qué tan intensos son los movimientos del bebé?	Cualitativa		
¿Cómo se siente usted?	Cualitativa		
¿Cómo se imagina a su bebé ahora?	Cualitativa		
¿A quién le gustaría que se pareciera?	Cualitativa		
¿Los movimientos del bebé le comunican a usted algo?	Cualitativa		
¿Qué preparativos ha hecho usted para recibir a su bebé?	Cualitativa		
Durante este periodo ¿Ha tenido alguna molestia física?	Cualitativa		
¿Cómo está su estado de ánimo?	Cualitativa		
¿Cómo ha influido su embarazo en la relación con su pareja?	Cualitativa		
¿Cómo ha influido su embarazo en sus relaciones sexuales?	Cualitativa		
¿Cómo ha influido su embarazo en la relación con su padre y madre?	Cualitativa		
¿Cómo se ha sentido con todos sus cambios corporales?	Cualitativa		
¿Cómo la ve su pareja?	Cualitativa		
Ahora que se acerca su parto ¿Cómo se siente? ¿Tiene algún temor?	Cualitativa		

2.6.1 Se estudiaron 75 variables que conformaron el instrumento dividido en cinco secciones.

- Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria (1 variable).
- Sección 2: Datos generales (10 variables)
- Sección 3: Tipología familiar (6 variables).
- Sección 4: Antecedentes gineco-obstétricos (10 variables).
- Sección 5: Cuestionario sobre aspectos emocionales durante el embarazo:
 - Primer trimestre (13 variables)
 - Segundo trimestre (18 variables)
 - Tercer trimestre (17 variables)

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

Las preguntas relacionadas con la entrevista sobre los aspectos emocionales durante el embarazo, se evaluaron mediante la percepción de las embarazadas. Operativamente se solicitó una respuesta a cada pregunta durante la entrevista.

Como todo grupo humano que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere, de la misma forma la familia sigue un patrón familiar semejante, lo llamamos ciclo vital de la familia el cual consta de las siguientes etapas⁵⁵:

- **Fase de matrimonio:** esta etapa se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo.
- **Fase de expansión:** la llegada del primer hijo es lo que determina esta etapa, como lo dice su nombre en esta fase la familia se dilata, se “expande”.
- **Fase de dispersión:** en esta fase el hijo mayor ya asiste a la escuela, y ni uno solo se encuentra trabajando.
- **Fase de independencia:** aquí es difícil precisar el número de años transcurrido, lo que caracteriza esta etapa es la “independencia” que debe vivir nuevamente la pareja pues los hijos ya han salido de casa, ya no dependen económicamente de los padres o han formado nuevas familias.
- **Fase de retiro o muerte:** esta fase se caracteriza por la incapacidad laboral, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, jubilación, muerte de algunos de los cónyuges, y algunas veces el reclutamiento en asilos para ancianos.

La estructura familiar se refiere en como esta conformada la familia con base en la definición del Dr. Irigoyen⁵⁶.

- **Familia nuclear:** modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.
- **Familia extensa:** formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compar5tan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.
- **Familia extensa compuesta:** además de los que incluyen a la familia extensa ase agregan miembros sin algún nexo legal como es el caso de amigos y compadres.

De acuerdo con el autor Goleman¹⁷ da la siguiente definición de emoción:

- **Emoción:** El término emoción procede del latín *emotio* (de *moveo, movi, motum*) y alude a un estado de ánimo asociado con una conmoción física. Toda emoción es una agitación interior que se produce a consecuencia de sensopercepciones, recuerdos, pensamientos, juicios y comprende una vivencia, unas manifestaciones fisiológicas, un tipo de conducta y unas experiencias cognitivas.

El mismo autor las clasifica y define de la siguiente manera:

- *Ira:* se define como la irritación o enfado muy violento, con pérdida del dominio de si mismo, es el estado de ánimo que la gente peor domina, es una emoción negativa.
- *Tristeza:* se define como un estado de ánimo afligido, por un motivo, hecho o suceso que provoca pena o sentimientos de melancolía.
- *Temor:* se define como la perturbación angustiosa del ánimo ante un peligro real o imaginario presente o futuro.
- *Alegría:* se define como un sentimiento de placer originado generalmente por una satisfacción y que por lo común se manifiesta con signos de exteriores.
- *Amor:* aceptación, simpatía, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración, *ágape* (amor espiritual).
- *Sorpresa:* aquello que da motivo para que alguien se sorprenda (causa, impresión, extrañeza o admiración a algo que no se esperaba que sucediera)..
- *Disgusto:* desdén, significa desagrado, descontento, expresión en el trato o en el semblante, del desagrado que causa una persona a una cosa..

2.8 Diseño estadístico.

2.8.1 ¿Cuál fue el propósito estadístico de la investigación?

Identificar los aspectos emocionales que se presentan en las diferentes etapas del desarrollo normal del embarazo.

2.8.2 ¿Cuántos grupos se investigaron?

Se investigó un grupo de 40 embarazadas

2.8.3 ¿Cuántas mediciones se realizaron en las unidades de muestreo? ¿Cómo se realizaron las mediciones?

Una sola medición de manera independiente

2.8.4 ¿Qué tipos de variables fueron medidas? ¿Qué escala de medición se utilizó?

Cualitativa nominal, cuantitativa continua

2.8.5 ¿Qué distribución tuvieron los datos obtenidos?

No paramétrica

2.8.6 ¿Qué tipo de muestra es la que se investigó?

Muestra no aleatoria, no representativa.

2.9 Instrumento de recolección de datos.

Durante la entrevista directa se aplicó un cuestionario semiestructurado, el cual constó de 75 preguntas, estas preguntas fueron de dos tipos: cerradas y abiertas. (anexo 1)

Se dividió en cuatro secciones:

- 1.- Datos generales
- 2.- Tipología familiar
- 3.- Antecedentes gineco-obstétricos
- 4.- Aspectos emocionales durante el embarazo

El cuestionario que se utilizó sobre los aspectos emocionales fue elaborado por los doctores en psicología Vives J. Juan y Lartigue Teresa⁵³, se realizó modificación a 5 preguntas y se quitaron 8 preguntas, tras efectuar una prueba piloto con 15 embarazadas, ya que las preguntas no eran claras.

A su vez, el cuestionario sobre los aspectos emocionales se dividió por trimestres, en cada uno se exploran diferentes acontecimientos emocionales que aparecen durante el desarrollo normal del embarazo:

Primer trimestre: Deseo consciente e inconsciente.

Segundo trimestre: Fantasías, inicio de los movimientos fetales.

Tercer trimestre: Preparación para el parto.

Es necesario mencionar que este cuestionario no fue estandarizado ni cuenta con los criterios de validez ni confiabilidad.

En la bibliografía revisada no se encontró un cuestionario que evaluara los aspectos emocionales durante el proceso normal del embarazo y que contara con los criterios de validez y confiabilidad.

2.10 Método de recolección de datos.

En la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, previa autorización de la dirección de la unidad médica, se tomó una muestra de 15 embarazadas para realizar la prueba piloto del estudio.

Se solicitó a los médicos de los consultorios de ambos turnos y al personal de salud de medicina preventiva que entregaran a las embarazadas que acudieran a consulta o a la aplicación de vacunas un folleto (anexo 2).

El folleto fue realizado por la investigadora, el cual se dividió en tres partes: en la primera se describió lo que es el control prenatal, en la segunda parte los aspectos emocionales y las posibles consecuencias que se pueden presentar si no se detectan y tratan a tiempo y en la tercera se hizo la invitación a que acudieran a su control prenatal desde que se sospeche que están embarazadas, ya que cada consulta puede ser aprovechada para consultar al médico sobre temores, preocupaciones, dudas que pueden presentarse durante su embarazo.

Posteriormente se les invitó a participar en la entrevista y en la aplicación del cuestionario.

La entrevista directa se realizó en un consultorio, y con previa información del estudio se leyó el consentimiento de participación voluntaria.

Se procedió a realizar la entrevista directa semiestructurada y a la aplicación de los cuestionarios, lo cual fue llevada a cabo por la investigadora, tomando en cuenta las semanas de gestación para realizar el cuestionario de acuerdo al trimestre en el que se encontraban al momento de realizar la entrevista.

La información obtenida fue registrada de forma escrita, utilizando las mismas palabras que las embarazadas utilizaron.

Se tomaron al final 44 entrevistas, de las cuales se eliminaron 4 por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando así 40 entrevistas. Cabe señalar, que en aquellas embarazadas en las que se consideró necesario, se profundizó más en la entrevista.

Finalmente se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS V10.0 en la que se almacenó parte de la información de las 40 entrevistas, la otra parte de la información se almacenó adecuadamente para hacer su análisis, utilizando estadística descriptiva.

2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos.

Sesgo de selección: este tipo de sesgo fue inevitable ya que se obtuvo una muestra no aleatoria y no representativa según criterios estadísticos.

Sesgo de información: Existe la posibilidad de que la información obtenida no fuera sincera ni veraz, se trato en lo posible controlar esto a través de la entrevista semiestructurada, buscando establecer una relación empática y tratando de que la paciente participara, aunque esta estrategia no asegura el control de este tipo de sesgo.

Sesgo de medición: Se realizó una prueba piloto a 15 embarazadas, en donde se modificaron 5 preguntas y se quitaron 8 preguntas, para tratar que cada pregunta fuera clara y comprensible.

Sesgo de captura de información: La investigadora recibió capacitación pertinente para almacenar la información en el programa SPSS V10.0, la cual fue impartida por el asesor de tesis.

Control de fuentes de error intraobservador e interobservador: las entrevistas se llevaron a cabo por la misma investigadora, se trató de dar las mismas instrucciones con un orden semiestructurado. La entrevista se llevo a cabo en un mismo consultorio y bajo las mismas condiciones ambientales (un lugar tranquilo, cómodo, privado) para que la embarazada no se sintiera tranquila y contestara de la manera más honesta posible.

2.12 Prueba piloto.

Se realizó una prueba piloto, previa autorización de las autoridades médicas de la unidad, en la cual se aplicaron las entrevistas a 15 embarazadas elegidas al azar de los diferentes consultorios, con el objeto de determinar si las preguntas que conformaron el instrumento de aplicación eran claras y comprensibles, con una duración aproximada de 20 a 30 minutos.

Se mejoró la redacción de las preguntas modificando 5 y eliminando 8 preguntas, ya que no eran entendibles ni claras.

2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.

2.13.1 Plan de codificación de datos.

Se encuentra referido en el apartado 2.6, columna 4 (página 41).

2.13.2 Diseño y construcción de la base de datos.

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS V10.0, como se muestra a continuación:

DISEÑO DE LA BASE DE DATOS

Nombre de la variable 8 caracteres	Tipo N= Numérico S= Cadena	Ancho de la columna Enteros	Etiqueta (nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S= continua o escalar O= ordinal N= nominal
Folio	N	3	Número de folio	Número consecutivo de 1 a 40	S
Turno	N		Turno	1=matutino 2= vespertino	N
Consulta	N	3	Consultorio	Número consecutivo de 1 a n	S
Edad	N	3	Edad	Números enteros	S
Edocivil	N	3	Estado civil	1=soltera 2=casada 3=divorciada 4=viuda 5=unión libre	N
Escolari	N		Escolaridad	1=primaria 2=secundaria 3=preparatoria 4=licenciatura	N
Ocupacio	S		Ocupación	Textual	N
Tienepar	N	3	¿Tiene pareja?	1= No 2= Sí	N
Ocuparej	S	3	Ocupación pareja	Textual	N
Religion	N	3	Religión	1=católica 2= evangelista 3=atea 4= testigo de Jehová	N
Estructu	N	3	Estructura	1=nuclear 2=nuclear monoparental 3=extensa 4= extensa compuesta	N
Desarrol	N	3	Desarrollo	1=tradicional 2=moderna	N
Demograf	N	3	Demografía	1= urbana 2= rural	N
Integrac	N	3	Integración	1=integrada 2= semi- integrada 3= desintegrada	N
Ocupació	N	3	Ocupación	1=profesional 2=obrera	N
Ciclovit	N	3	Etapa actual del ciclo vital (según Geyman)	1= matrimonio 2=expansión 3= dispersión 4= independencia 5= retiro	N
Ipmenstr	N	3	Inicio de la 1er menstruación	Números enteros	S
I.V.S.A.	N	3	Inicio de vida sexual activa edad en años	Números enteros	S
No.parej	N	3	Número de parejas sexuales	Números enteros	S
Tpo.pare	N	3	Tiempo de estar con su pareja actual en meses	Números enteros	S
Embarazo	N	3	Embarazo	Números enteros	S
Parto	N	3	Partos	Números enteros	S
Aborto	N	3	Abortos	Números enteros	S

Nombre de la variable 8 caracteres	Tipo N= Numérico S= Cadena	Ancho de la columna Enteros	Etiqueta (nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S= continua o escalar O= ordinal N= nominal
Cesárea	N	3	Cesáreas	Números enteros	S
FUPAP	N	3	Fecha de último papanicolaou	Números enteros	S
SDG	N	3	Semanas de gestación	Números enteros	S
P1	N	3	¿El embarazo fue deseado?	1= sí 2= no	N
P2	N	3	¿El embarazo fue planeado?	1= sí 2= no	N
P3	N	3	¿Usaba algún método anticonceptivo?	1= sí 2= no	N
P4	N	3	¿Cuál?	1=ritmo 2= preservativo 3=DIU 4= h. orales 5=h.inyectables	N
P6	N	3	¿Prefiere usted niño o niña?	1= niño 2= niña	N
P10	N	3	¿Pensó en algún momento interrumpir su embarazo?	1= sí 2= no	N
P12	N	3	¿Su médico le ha interrogado estos aspectos?	1= sí 2= no	N
P13	N	3	¿Le gustaría que se los preguntara?	1= sí 2= no	N
P4	N	3	¿Cuándo empezó a sentir los movs. fetales?	Números enteros	
P9	N	3	¿Tiene alguna idea de cómo va a ser su parto?	1= sí 2= no	N
P10	N	3	¿Tiene usted algún temor respecto al mismo?	1= sí 2= no	N
P11	N	3	¿Tiene miedo a que su bebé presente algún tipo de malformación?	1= sí 2= no	N
P12	N	3	¿Piensa usted que sus estados de ánimo de influyen a su bebé?	1= sí 2= no	N
P13	N	3	¿Cómo?	1= lo alteran 2= lo calman	N
P15	N	3	¿Acostumbra platicar con su bebé?	1= sí 2= no	N
P16	N	3	¿Su pareja lo hace?	1= sí 2= no	N
P17	N	3	¿Su médico le ha interrogado estos aspectos?	1= sí 2= no	N
P18	N	3	¿Le gustaría que se los preguntara?	1= sí 2= no	N
P14	N	3	¿Ha sentido temor a perder a su bebé?	1= sí 2= no	N
P16	N	3	¿Su médico le ha interrogado estos aspectos?	1= sí 2= no	N
P17	N	3	¿Le gustaría que se los preguntara?	1= sí 2= no	N
P17	N	3	¿Le gustaría que se los preguntara?	1= sí 2= no	N

2.13.3 Análisis estadístico de los datos.

Se realizó un análisis descriptivo de tipo cualitativo.

2.14 Cronograma.

El cronograma actividades realizadas se muestra a continuación:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	SEP 2002	OCT- DIC 2002	ENE- MAR 2003	ABR- JUN 2003	JUL 2003	AGOS- SEP 2003	OCT 2003	NOV- DIC 2003	ENE- ABR 2004	MAY- JUN 2004	NOV- DIC 2004	ENE- FEB 2005
ELECCIÓN DEL TEMA	X											
RECOLECCIÓN BIBLIOGRAFICA		X	X	X								
REVISIÓN Y ANÁLISIS DE BIBLIOGRAFÍA		X	X	X	X							
ELABORACIÓN DE MAPA CONCEPTUAL			X									
ELABORACIÓN DE LA MATRIZ METODOLÓGICA			X									
REDACCIÓN DE INTRODUCCIÓN						X						
REDACCIÓN DE MARCO TEÓRICO							X	X	X			
MATERIAL Y MÉTODOS									X	X	X	
APLICACIÓN DE MÉTODO DE ESTUDIO										X	X	X
ANÁLISIS DE DATOS												X
CONCLUSIONES												X

2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio.

El estudio se realizó por una sola investigadora. Los recursos humanos fueron: el grupo de embarazadas, los asesores de tesis, la investigadora. Se utilizaron los siguientes recursos materiales: fotocopias, una carpeta, lápices, marcadores, separadores, gomas, plumas, computadora, microdiscos, hojas blancas. Los recursos físicos: un consultorio en donde se aplicaron las entrevistas.

El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la autora.

2.16 Consideraciones éticas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, “investigación sin riesgos” debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaran datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos, ni mentales⁵⁷ así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de “Helsinki” de la asociación Médica Mundial, enmendada en la en la 52^a Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en Octubre 2000⁵⁸.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada embarazada invitada a participar; cumpliendo así con criterios éticos en la investigación⁵⁹. Dicho texto se anexa en la primera sección del cuestionario.

3.1 Resultados Cuantitativos

Se aplicaron 40 encuestas a embarazadas derechohabientes a la CMF “Dr. Ignacio Chávez” (ISSSTE) en el periodo Mayo-Junio 2004.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

3.1.1. TURNO

Se encontró del turno matutino un 35%, mientras que del turno vespertino un 65 %.

3.1.2 NÚMERO DE CONSULTORIO

Se obtuvo que de diez consultorios, el número 2 y el servicio de medicina preventiva tuvieron el mayor porcentaje con un 12.5%.

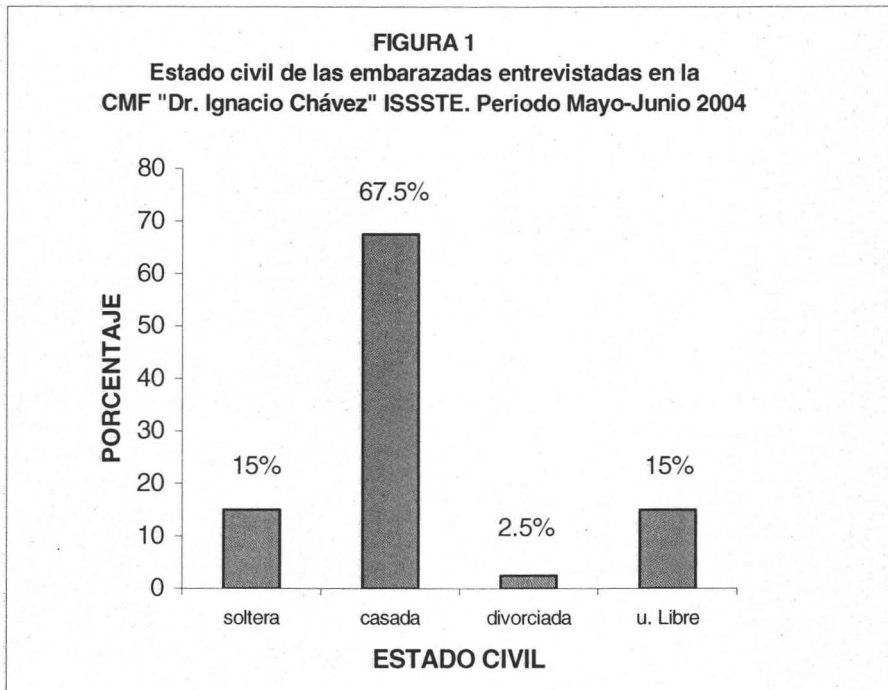
Es conveniente señalar que tres embarazadas del turno vespertino mencionaron que no tuvieron un consultorio fijo para su control prenatal, y que siempre eran atendidas por un médico diferente.

3.1.3 EDAD EN AÑOS

En cuanto a la edad se encontró que la mínima fue de 19 años y la máxima fue de 38 años, la más frecuente fue de 27 años de edad con un 15 %.

3.1.4 ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil de las embarazadas entrevistadas, las casadas representaron la mayor frecuencia con un 67.5 %. La distribución de acuerdo al estado civil se presenta en la figura 1.



n=40

Fuente: encuestas realizadas

3.1.5 ESCOLARIDAD

La escolaridad de las embarazadas entrevistadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez” se observa en el cuadro 1.

CUADRO 1
Escolaridad de las embarazadas entrevistadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”
ISSSTE. En el período Mayo-Junio 2004.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	15	5 %
Secundaria	8	15 %
Preparatoria	15	27.5 %
Carrera técnica	2	5 %
Profesional	19	47.5 %
Total	40	100 %

n=40

Fuente: encuestas realizadas

3.1.6 OCUPACIÓN

Se encontró que el porcentaje mayor correspondió al 37.5% para la profesional y ama de casa, un 20% para la empleada y solo un 5% fueron estudiantes de preparatoria.

3.1.7 ¿TIENE PAREJA?

En esta variable se encontró que el 82.5% respondieron que si tenían pareja, mientras que el 17.5% respondió que no.

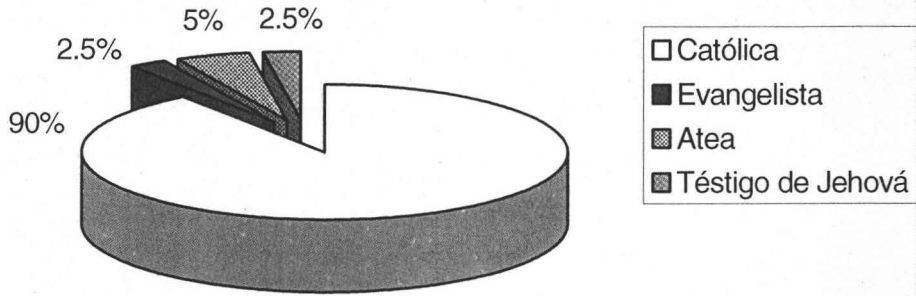
3.1.8 OCUPACIÓN DE LA PAREJA

En cuanto a la ocupación de la pareja se observó que el mayor porcentaje correspondió a la profesional con un 30%, mientras que la ocupación mínima fue de un 2.5% para electricista y gerente.

3.1.9 RELIGIÓN

La distribución de acuerdo a la religión se muestra en la figura 2.

FIGURA 2
Tipo de religión de las embarazadas entrevistadas en la CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.
En el periodo Mayo-Junio 2004



n=40

Fuente: encuestas realizadas.

3.1.10 TIPOLOGÍA FAMILIAR

Por lo que respecta a la tipología familiar⁵⁶, se describen a continuación los resultados de las siguientes variables: estructura, desarrollo, demografía, integración, ocupación y etapa del ciclo vital de la familia.

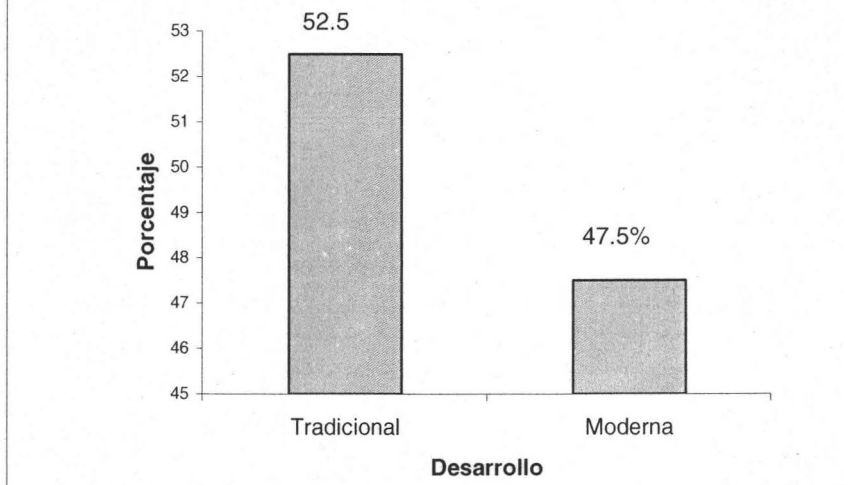
3.1.10.1 ESTRUCTURA

Se obtuvo que un 70% correspondió a la familia nuclear, el 12.5% a la extensa compuesta, el 10% fue extensa y el 7.5% nuclear monoparental.

3.1.10.2 DESARROLLO

En la figura 3 se muestran los resultados del tipo de desarrollo al que pertenecían las embarazadas entrevistadas, en donde se puede observar que el 52.5% corresponden a la del tipo tradicional.

FIGURA 3
Tipo de desarrollo de las embarazadas entrevistadas en la
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.
Periodo Mayo-Junio 2004



n=40

Fuente: encuestas realizadas.

3.1.10.3 DEMOGRAFÍA

En cuanto a la demografía, por el tipo de derechohabientes que tiene acceso a la institución, el 100% de las mujeres entrevistadas pertenece a la del tipo urbano.

3.1.10.4 INTEGRACIÓN

En este caso se observó que el porcentaje para las familias integradas fue el mayor con 75%, en la desintegrada con 15%, mientras que en la semiintegrada se obtuvo el 10%.

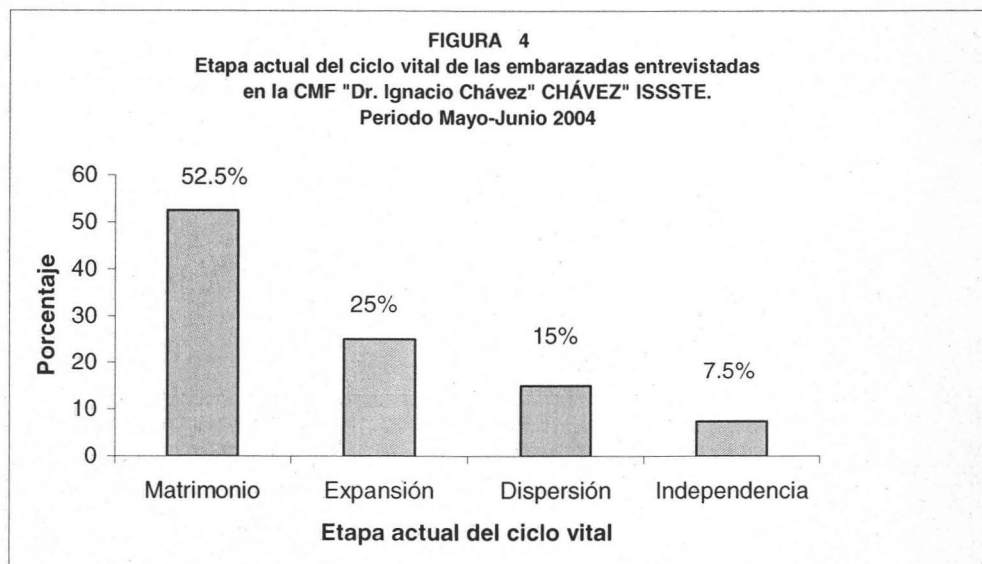
3.1.10.5 OCUPACIÓN

En relación con la ocupación se encontró que el mayor porcentaje corresponde a la obrera, representando un porcentaje del 55%, y en la de tipo profesional el 45%.

3.1.10.6 ETAPA ACTUAL DEL CICLO VITAL

En lo referente a la etapa actual del ciclo vital se determinó que el mayor porcentaje pertenece a la del matrimonio con 52.5%, mientras que en la etapa de independencia fue del 7.5%, en este caso fue

debido a que las embarazadas pertenecían al rol de hija en la familia. A continuación se hace una descripción más detallada.



n=40

Fuente: encuestas realizadas

3.1.11 SALUD REPRODUCTIVA

3.1.11.1 MENARCA

El promedio obtenido para la variable menarca fue de 12 años, con una edad mínima de 9 años y una máxima de 16 años.

3.1.11.2 INICIO DE VIDA SEXUAL ACVTIVA (IVSA)

En este caso se encontró que la edad mínima de IVSA fue de 15 años y la edad máxima fue de 32 años, con una media de 21 años y con una desviación estándar del 4.3.

3.1.11.3 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

En el cuadro 2 se muestra la relación del total de número de parejas sexuales.

CUADRO 2
Número de parejas sexuales de las embarazadas entrevistadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez” ISSSTE. En el período Mayo-Junio 2004.

No. de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Una	23	57.5%
Dos	8	20%
Tres	5	12.5 %
Cuatro	2	5%
Cinco	1	2.5%
Seis	1	2.5%

n=40

Fuente: encuestas realizadas

3.1.11.4 TIEMPO DE RELACIÓN CON SU ACTUAL PAREJA

Con respecto al tiempo de relación con su actual pareja en las embarazadas entrevistadas, se encontró que el tiempo mínimo de relación fue de cuatro meses, el máximo fue de 14 años.

3.1.11.5 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

En el cuadro 3 se muestra los resultados obtenidos.

CUADRO 3
Antecedentes gineco-obstétricos de las
embarazadas entrevistadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”
ISSSTE. En el periodo Mayo-Junio 2004.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA
EMBARAZOS	1	4	1
PARTOS	1	4	1
ABORTOS	1	1	1
CESÁREAS	1	1	1

n=40

Fuente: encuestas realizadas.

3.1.11.6 FECHA DE ÚLTIMO PAPANICOLAOU

En relación con el tiempo de último papanicolaou realizado en las embarazadas entrevistadas, llama la atención que en 14 mujeres nunca se habían realizado el papanicolaou, mientras que en las 26 restantes se encontró una media de 17 meses, con un tiempo mínimo de un mes y un máximo de 60 meses.

3.1.11.7 SEMANAS DE GESTACIÓN

El promedio obtenido de semanas de gestación fue de 23, con un mínimo de 6 semanas y un máximo de 38 semanas, con un desviación estándar de 8.

En el cuadro 4 se muestra la distribución de las primíparas y multíparas, así como el trimestre de embarazo.

CUADRO 4
Distribución de primíparas, multíparas y trimestre de las
embarazadas entrevistadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”
ISSSTE. En el periodo Mayo-Junio 2004.

EMBARAZADAS	1^{er} TRIMESTRE	2^{do} TRIMESTRE	3^{er} TRIMESTRE	TOTAL
PRIMÍPARAS	4	9	7	20
MULTÍPARAS	3	10	7	20
TOTAL	7	19	14	40

n=40

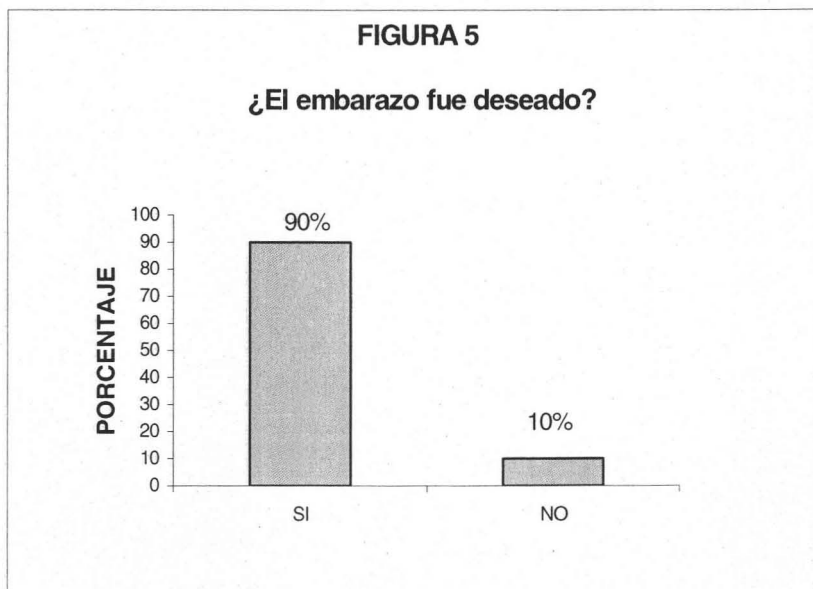
Fuente: encuestas realizadas

3.1.12 PREGUNTAS UTILIZADAS DEL INSTRUMENTO DE ESTUDIO.

Las siguientes 8 preguntas se realizaron a todas las embarazadas entrevistadas.

3.1.12.1 ¿EL EMBARAZO FUE DESEADO?

En la figura 5 se muestran los resultados obtenidos, en donde se encontró que en la mayoría de las mujeres entrevistadas si fue deseado el embarazo, con un porcentaje del 90%.



n=40

Fuente: encuestas realizadas.

3.1.12.2 ¿EL EMBARAZO FUE PLANEADO?

En este caso se encontró que 14 embarazadas si habían planeado el embarazo lo que corresponde a un 35%, y en las que no el porcentaje fue del 65%.

3.1.12.3 ¿USABA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

El 70% de las embarazadas respondieron que si utilizaban algún método anticonceptivo y un porcentaje del 30% no lo utilizaban.

3.1.12.4 ¿CUÁL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZABA?

En el cuadro 3 se muestra la distribución en frecuencia y porcentaje de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que las mujeres utilizaban, en donde se observa que el mayor porcentaje corresponde al DIU con 20% y el menor porcentaje corresponde a la utilización de hormonales inyectables con un 7.5%, llama la atención que en una frecuencia de 4 embarazadas utilizaban el ritmo como método anticonceptivo.

CUADRO 5
Método anticonceptivo utilizado por las embarazadas
entrevistadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”
ISSSTE. En el período Mayo-Junio 2004.

No. de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Ritmo	4	10%
Preservativo	7	17.5%
DIU	8	20 %
H. orales	6	15%
H. inyectables	3	7.5%

n=40

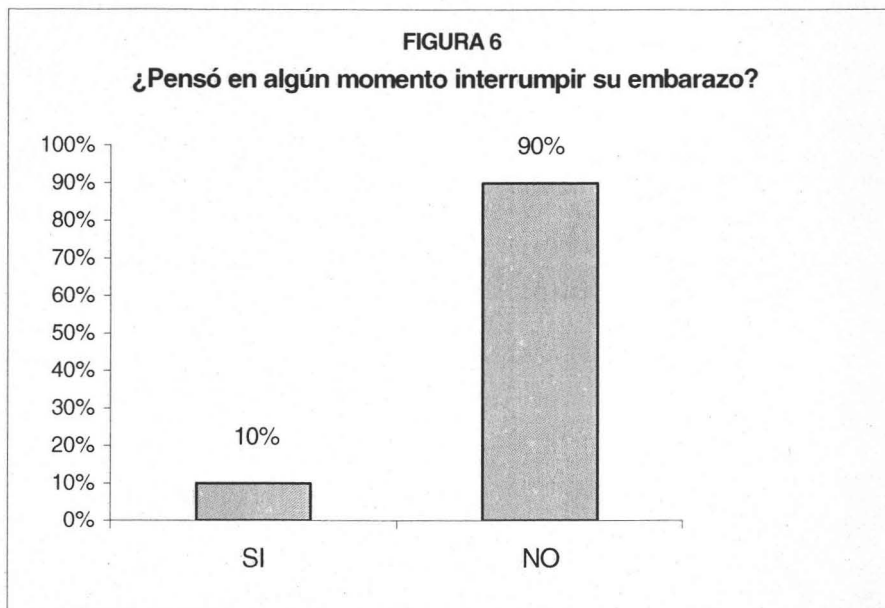
Fuente: encuestas realizadas.

3.1.12.5 ¿PREFIERE NIÑO, NIÑA O NO IMPORTA EL SEXO?

Se encontró que la mayoría de las embarazadas entrevistadas prefiere tener un bebé del sexo masculino en un 45%, las que respondieron que no importaba el sexo fue el 35%, en las que prefieren del sexo femenino un 20%, cabe señalar que cinco de las mujeres que prefieren tener un bebé del sexo femenino fue porque ya tenían un niño.

3.1.12.6 ¿PENSÓ EN ALGÚN MOMENTO INTERRUMPIR SU EMBARAZO?

En la figura 6 se muestra el porcentaje de las respuestas en donde se observó que solo 4 embarazadas si pensaron en interrumpir su embarazo.



n=40

Fuente: encuestas realizadas.

3.1.12.7 ¿SU MÉDICO LE HA INTERROGADO ESTOS ASPECTOS? (PRIMER TRIMESTRE)

Del total de las 40 embarazadas entrevistadas, se presentó una frecuencia de 7 con diagnóstico de embarazo del primer trimestre, al realizar la pregunta se encontró que un 100% respondió que no.

3.1.12.8 ¿LE GUSTARIA QUE SE LOS PREGUNTARA? (PRIMER TRIMESTRE)

En este caso un porcentaje del 100% respondió que sí les gustaría que se les preguntara durante el control prenatal estos aspectos.

Las siguientes 9 preguntas se les realizó a 33 embarazadas quienes tenían diagnóstico de embarazo del segundo y tercer trimestre.

3.1.12.9 ¿CUÁNDO SINTIÓ POR PRIMERA VEZ LOS MOVIMIENTOS FETALES?

Se encontró que un 35% sintió los movimientos a los 3 meses y un 30% a los 4 meses.

3.1.12.10 ¿TIENE ALGUNA IDEA DE CÓMO VA A SER SU PARTO?

En esta variable se encontró que de un total de 33 embarazadas entrevistadas, se presentó un de 52.5% que respondieron que no, y un porcentaje del 32.5% que respondieron que si.

3.1.12.11 ¿TIENE USTED ALGÚN TEMOR RESPECTO AL MISMO?

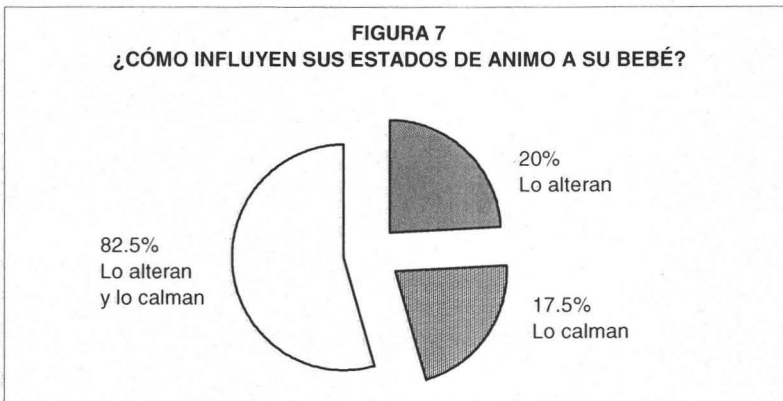
Se encontró que el mayor porcentaje fue para las que respondieron que si tienen temor de cómo va a ser su parto con el 77.5%, mientras que las que respondieron que no, fue del 5%.

3.1.12.12 ¿TIENEN MIEDO A QUE SU BEBÉ PRESENTE ALGÚN TIPO DE MALFORMACIÓN?

En esta ocasión se encontró que el 100% respondió que sí.

3.1.12.13 ¿CÓMO PIENSA USTED QUE SUS ESTADOS DE ÁNIMO LE INFLUYEN A SU BEBÉ?

Las respuestas se muestran en la figura 7.



n=40

Fuente: entrevistas realizadas

3.1.12.14 ¿ACOSTUMBRA PLATICAR CON SU BEBÉ?

En esta variable se encontró una frecuencia de 30 con un porcentaje del 75% para las que respondieron que sí, y las que respondieron que no una frecuencia de 3 con un porcentaje de 7.5%.

3.1.12.15 ¿SU PAREJA LO HACE?

Los resultados para esta pregunta fue que un porcentaje de 65% respondieron que si y el 17.5% respondieron que no.

3.1.12.16 ¿SU MÉDICO LE HA INTERROGADO ESTOS ASPECTOS? (2DO TRIMESTRE)

El 100% de las embarazadas entrevistadas respondió que no.

3.1.12.17 ¿LE GUSTARÍA QUE SE LOS PREGUNTARA? (2DO TRIMESTRE)

Se encontró que el 100% de las embarazadas entrevistadas respondieron que sí.

Las siguientes 3 preguntas solo se realizaron a 11 embarazadas con diagnostico del tercer trimestre.

3.1.12.18 ¿HA SENTIDO TEMOR A PERDER A SU BEBÉ?

Se encontró que el 25% si siente temor a perder a su bebé, mientras que en un 2.5% respondió que no.

3.1.12.19 ¿SU MÉDICO LE HA INTERROGADO ESTOS ASPECTOS? (3ER TRIMESTRE)

En esta variable el 100% de las mujeres entrevistadas con diagnostico de pertenecer al tercer trimestre de embarazo respondieron que no.

3.1.12.20 ¿LE GUSTARÍA QUE SE LOS PREGUNTARA? (3ER TRIMESTRE)

Se encontró que el 100% respondió que sí.

3.2 RESULTADOS CUALITATIVOS

Las siguientes cinco preguntas se realizaron a las 40 embarazadas entrevistadas.

3.2.1.1 ¿PORQUÉ QUIERE TENER UN HIJO?

La mayoría de las embarazadas entrevistadas perciben que el querer tener un hijo no debe basarse en los patrones sociales o en lo que hace la mayoría de la gente, debe ser una decisión muy personal, una decisión en la que se llegue en compañía de la pareja, para que se adopte una responsabilidad plena, de esta manera la embarazada no sentirá que solo le sucedió sino que es un embarazo deseado.

La maternidad significa un cambio de vida con ciertas renunciaciones hacia la individualidad, pero esto no debe convertirse en un sacrificio o en un martirio, ya que el elemento esencial para tener un hijo es el amor, la comprensión entre una pareja y el deseo de tenerlo. El que no se de esta circunstancia puede ocasionar que las mujeres no tengan una clara conciencia de lo que es el embarazo y de sus demandas, lo que puede impedir que este estado sea todo lo satisfactorio que puede ser.

3.2.1.2 ¿CUÁNDO DECIDIÓ (DECIDIERÓN) EMBARAZARSE?

La decisión de embarazo no solo corresponde a la mujer, también el hombre debe de participar en este acontecimiento, para comenzar a construir el delicado equilibrio que los transformará en una familia. Pero se encontró que la mayoría no fue decisión de pareja, ya que respondieron que no había sido planeado, falló el método anticonceptivo y una respondió que no pensó que iba a quedar embarazada.

El trabajo psíquico que realiza la mujer y su pareja durante la gestación puede contemplarse desde tres ángulos diferentes: en primer término como resultado de las necesidades en ambos padres de efectuar una serie de ajustes, tanto intrapsíquicos como interpersonales, con el fin de adaptarse al hecho de estar embarazados". En segundo lugar, implica en un estadio posterior, una forma de llevar a cabo una asimilación y reconocimiento del feto como un ser que habita en la madre y que con el tiempo, llegará a ser una persona autónoma, separada de ella, y en tercer lugar, el reconocimiento gradual de que ese bebé en gestación, constituye una individualidad única y con características distintivas que lo hacen diferentes de sus padres.

3.2.1.3 ¿CUÁL FUE SU REACCIÓN AL SABER QUE ESTABA EMBARAZADA?

En esta pregunta se encontró una variedad de respuestas, ya que mientras unas expresaban gran felicidad, otras respondieron que fue una sorpresa porque no lo esperaban y en 4 embarazadas sus respuestas fueron de miedo a lo desconocido, tristeza, angustia.

El embarazo, deseado o no, casi siempre es una sorpresa, por otra parte, la mayoría de las mujeres se dan cuenta del embarazo aproximadamente a las cuatro semanas, pues es este tiempo se ha establecido un mecanismo hormonal casi sin percibirse.

En otra embarazada la reacción fue de llanto y pánico por el recuerdo de los eventos que había presentado en los embarazos anteriores, es lo que se interpreta como un condicionamiento negativo, que propicia no una adecuada aceptación al embarazo, por el contrario una respuesta que me pareció interesante fue *“es un momento mágico, me invadió un temblor y aún sin síntomas observé la confirmación de ya no estar sola, alguien vive en mi interior”*, ya que esta afirmación es un pensamiento positivo que se evoca repetidamente y por lo tanto permite elegir pensamientos de calidad e implantarlos en el subconsciente para que se sienta y actué mejor durante todo el proceso de embarazo, constituyéndose así un reforzamiento positivo.

La maternidad como experiencia individual es la expresión no solo de un proceso biológico, sino también de una unidad psicológica que resume numerosas experiencias individuales, recuerdos, deseos y temores que han precedido por muchos años a la experiencia real.

3.2.1.4 ¿CÓMO REACCIONÓ SU PAREJA ANTE SU EMBARAZO?

Con respecto a este punto predominó la respuesta de aceptación y de felicidad, solo cuatro contestaron que sus parejas habían reaccionado con enojo, rechazo y no aceptación, además de no hacerse cargo de la responsabilidad. Cabe recordar que las palabras determinan lo que se recibe, así como los pensamientos y reacciones de otras personas afectan las circunstancias, en este caso del embarazo.

Las palabras o reacciones de la pareja hacia la embarazada van a forjar una actitud positiva, y por lo tanto van a determinar que el desarrollo del embarazo se lleve de una manera más saludable.

En las circunstancias ordinarias el embarazo es bien recibido por la pareja, su presencia acarrea pocos trastornos, generalmente transitorios y poco intensos que la mujer acepta de buen grado y el esposo afina sensiblemente su delicadeza y ternura hacia su cónyuge.

Ambos se dan cuenta que de la manera más sencilla y natural se han convertido en actores principales, en la creación de un nuevo ser.

En aquellas embarazadas que no recibieron apoyo de su pareja se puede considerar que tienen un cierto riesgo para llevar su embarazo a término, por lo cual aquí es muy importante la intervención del médico familiar.

3.2.1.5 ¿PORQUÉ DESEÓ EN ALGÚN MOMENTO INTERRUMPIR SU EMBARAZO?

Uno de los sentimientos que se pueden presentar en el embarazo es el de la repulsión, ya que no todos los niños llegan al mundo por que han sido deseados,

En lo que se refiere a esta pregunta se encontró que cuatro embarazadas contestaron que si desearon interrumpir su embarazo, los motivos principales fueron los siguientes: la primera contestó que no contaba con un apoyo no solo de pareja sino de alguna otra persona en la que pudiera confiar, la segunda dijo que no lo quería ni lo había deseado, la tercera por la situación económica en la cual se encontraba. La cuarta contestó que se encontraba viviendo en la casa de sus padres y desconocían que estaba embarazada, por lo que no sabía que hacer ya que era su primer embarazo además de que su pareja la había abandonado y tenía temor de que sus padres no la aceptaran.

Cabe señalar que una de las manifestaciones físicas que se ha relacionado como manifestación de rechazo del embarazo es la hiperemesis y una de ellas había tenido este diagnóstico.

Con respecto a estas 4 embarazadas dos tenían diagnóstico del primer trimestre de embarazo y dos del segundo trimestre.

Es conveniente señalar que aquí se utilizó orientación más detallada y profunda, así como se enviaron solo a tres al servicio de psicología, ya que se encontraban en riesgo de provocarse un aborto o presentar complicaciones durante el desarrollo del embarazo.

Existe un porcentaje de abortos provocados, hacía este tipo de embarazos no deseados⁴².

En la que no se refirió a psicología, el motivo fue que actualmente había pensado mejor las cosas, su situación económica ya era mejor, se arrepentía de haber pensado en algún momento interrumpir su embarazo y agradeció el hecho de que la escuchara y la orientara ya que se sentía culpable y ahora acepta con mucho gusto el embarazo.

Las siguientes preguntas se realizaron a las mujeres con embarazo del segundo y del tercer trimestre únicamente, ya que de acuerdo a revisión bibliográfica analizada son las que se deben de utilizar para esta edad gestacional.

3.2.1.6 ¿CÓMO CREE QUE VA A INFLUIR EL BEBÉ EN SU VIDA?

No hay duda de que el embarazo y el parto van a introducir nuevos cambios para la vida de la mujer, y de aquellas personas que la rodean, pero de cualquier manera la mujer puede seguir llevando una vida normal, si se le ayuda a través de la orientación y apoyo emocional para tener otras expectativas respecto a su embarazo.

Por supuesto que al momento de realizar esta pregunta algunas consideraron que iba a influir en su trabajo, sus gastos económicos, en la relación de pareja y otras dos embarazadas opinaron que se cambiaron sus expectativas ya que se encontraban aún en la escuela.

Se les explicó que un bebé lo cambia todo: la vida personal, laboral y social, la percepción del mundo y el propósito de las metas como mujer, pero también se habló de compensaciones afectuosas que tiene una madre.

Es conveniente mencionar que actualmente se van modificando los roles de género (el varón era el proveedor y el papel social de la mujer era la maternidad, la crianza de los hijos y el ámbito familiar), actualmente este arreglo familiar no se encuentra en todos los casos.

3.2.1.7 ¿QUÉ CAMBIOS Y MOLESTIAS HA NOTADO EN USTED CON SU EMBARAZO?

En opinión de la mayoría de las mujeres entrevistadas se encontró que aparte de los cambios biológicos que se presentan algunas contestaron que también notaron cambios emocionales positivos. Dos contestaron que habían presentado hiperemesis gravídica y que no tuvieron que ser hospitalizadas, de acuerdo al psicoanálisis del embarazo se considera una forma de rechazo hacia el mismo.

Una de las respuestas que me pareció muy completa fue la siguiente: *“lo único que tenía era un poco de sueño, pero no me sentía agotada, estaba feliz y a la vez muy angustiada (esto nos habla de ambivalencia, pero no de rechazo). En general los médicos preguntan como te sientes, pero no se refieren a lo emocional, y yo estaba sensible, tenía miedo a lo desconocido pero no me sentía mal”*.

3.2.1.8 ¿SU ESPOSO HA TENIDO ALGÚN CAMBIO DE CONDUCTA RESPECTO AL EMBARAZO?

En opinión de 15 embarazadas respondieron que no habían notado ningún cambio de conducta, en el resto si encontraron cambios ya que su maternidad hacía que su pareja fuera más cariñosa y consentidora, en dos opiniones comentaron que también ellos deben de ser tomados en cuenta, porque las emociones están presentes en los dos y si la pareja está más en contacto, los miedos y las angustias se reparten y la alegría se duplica.

3.2.1.9 ¿CÓMO PERCIBE LOS MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ?

Con la percepción de los movimientos del feto se tiene una mayor consciencia del ser que se está gestando, se percibe su vitalidad, lo que favorece que la mujer pueda empezar a diferenciar su producto de ella misma, las descripciones de las percepciones fueron variables entre otras se mencionaron: *“como burbujas que se mueven”*; *“como un gusanito adentro”*; *“como mariposas en mi vientre”*; *“como un pecesito que se mueve”*; *“de preocupación al saber que esta creciendo”*.

Solo una contestó que no sentía nada fuera de lo normal porque ya era su segundo embarazo.

A partir de que comienzan los movimientos del feto y son percibidos por la mujer embarazada, van actuar como un promotor del vínculo materno con su producto y, por lo tanto, de la aceptación del embarazo y del bebé.

En esta investigación no se encontró la negación hacia la percepción de los movimientos fetales, pero es conveniente señalar que en aquellos casos en los que, a pesar de la evidencia de los movimientos fetales, si la gestante sigue renegando de su estado, se puede inferir que esta recurriendo a mecanismos de defensa, por lo que es muy probable que se esté ante la presencia de un rechazo que no ha podido ser neutralizado por existir una psicopatología de consideración previa al embarazo.

En este tipo de situaciones, es frecuente que la intervención tenga que tomar la forma de un tratamiento a base de psicoterapia.

Un procedimiento que ayuda a que la madre reconozca y acepte los movimientos de su bebé, es el USG, que permite ver a la madre, lo que se está desarrollando en su interior y hasta escuchar en forma clara los latidos fetales.

3.2.1.10 ¿CÓMO SIENTE SU CUERPO CON TODOS ESTOS CAMBIOS?

La mayoría de las embarazadas cuentan que se sienten cansadas, a parte de los cambios físicos que sufre su cuerpo tratan de que, conforme transcurre el embarazo, adaptarse a tales cambios.

Cabe señalar que una comentó que no sabía que tipo de ropa utilizar ya que no encontraba como tapar su cuerpo deformado y que por estética tenía que cubrirlo.

Los cambios corporales durante el embarazo, puede angustiar mucho a la embarazada. En mujeres con personalidad histeroide (que dan demasiado importancia a su imagen corporal), es necesario trabajar con la embarazada estos aspectos psicológicos, subrayando los aspectos positivos del mismo.

3.2.1.11 ¿QUÉ OPINA SU ESPOSO DE ESTOS CAMBIOS, HA HECHO COMENTARIOS?

El hombre se tiene que ir adaptando a los cambios físicos y emocionales que tiene su pareja y a los que él mismo va experimentado, la mayoría de la embarazadas entrevistadas respondieron que su pareja le decía que a pesar del aumento abdominal y otros cambios físicos se veían igual de bonitas que antes del embarazo, mientras que otras contestaron que no habían hecho ningún comentario.

Pero siempre persiste un sentimiento de temor a estar feas y por lo tanto de no ser queridas o aceptadas por su pareja.

3.2.1.12 ¿CÓMO SE IMAGINA A SU BEBÉ?

La imaginación es más importante que el conocimiento, además la imaginación es esencial para relajar el cuerpo y la mente, es por eso que cuando se logra obtener una imagen del futuro bebé se tiene aceptación del mismo y por lo tanto del desarrollo del embarazo, el punto de vista de la mayoría de las embarazadas fue que se lo imaginan a cualquier miembro de la familia a la cual pertenecen, solo dos mencionaron que no se lo imaginan parecido.

3.2.1.13 ¿CÓMO SABE QUE SU BEBÉ SE ESTA DESARROLLANDO BIEN?

En esta pregunta todas las participantes sabían que su bebé se está desarrollando adecuadamente por el control prenatal, la realización de USG, y por el crecimiento abdominal.

A continuación se presentan las preguntas que se realizaron a las mujeres con embarazo del tercer trimestre, con una muestra total de 14.

3.2.1.14 ¿QUÉ TAN INTENSOS SON LOS MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ?

En este periodo de embarazo en el que se encontraban las entrevistadas, la mayoría respondió que los movimientos se presentaron con mayor frecuencia.

Además una embarazada comentó que los movimientos de su bebé aumentaban al ponerle música y al platicarle.

3.2.1.15 ¿CÓMO SE SIENTE USTED?

Las palabras que se emplean para expresar afectan la manera de pensar y sentir, los pensamientos inciden sobre lo que se dice y se siente, la mayoría contestó que cansada; solo una embarazada se sintió

deprimida y con ansiedad, se encontraba en un periodo de duelo, ya que hacía tres meses había fallecido su mamá de cáncer y le hacía falta que la acompañara en esta etapa de su vida ya que tenía ocho meses de embarazo.

3.2.1.16 ¿CÓMO SE IMAGINA A SU BEBÉ AHORA?

En la mayoría de las embarazadas entrevistada su respuesta fue que lo imaginaban grande y listo para nacer, mientras que una respondió que más parecido a un ser humano.

3.2.1.17 ¿A QUIÉN LE GUSTARÍA QUE SE PARECIERA?

Los resultados muestran que a la mayoría de las embarazadas les gustaría que se parecieran a cualquier miembro de su familia, esto nos habla de la identificación y por lo tanto de la aceptación del embarazo.

3.2.1.18 ¿LOS MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ LE COMUNICAN A USTED ALGO?

Se encontró que 13 embarazadas respondieron que los movimientos del bebé les comunican tranquilidad por que saben que está vivo, que se esta desarrollando bien y por tanto sienten mayor tranquilidad de que todo marcha bien.

Una respondió que se movía porque estaba jugando o tenía hambre.

3.2.1.19 ¿QUÉ PREPARATIVOS HA HECHO USTED PARA RECIBIR A SU BEBÉ?

Todas respondieron que ya tenían preparado: su ropa, cuna, bañera, pañales, hasta juguetes, lo que nos habla de seguridad para que el bebé se sienta protegido y feliz.

3.2.1.20 ¿DURANTE ESTE PERIODO HA SENTIDO ALGUNA MOLESTIA FÍSICA?

Como era de esperarse por la etapa del embarazo todas respondieron que cansadas así como con lumbalgia, ligero edema de miembros inferiores, insomnio puesto que es más difícil adoptar una postura cómoda, debido a los movimientos del bebé y la tensión física, calambres en las piernas.

3.2.1.21 ¿CÓMO ESTÁ SU ESTADO DE ÁNIMO?

Todas las embarazadas refirieron que tienen temor porque se aproxima la fecha de su parto, aquellas que trabajan temen al abandono de su trabajo porque no saben si después las aceptaran de nuevo, o si lograrán adaptarse a la nueva experiencia de ser madre.

3.2.1.22 ¿CÓMO HA INFLUIDO EL EMBARAZO EN RELACIÓN CON SU PAREJA?

Las respuestas que encontré fueron de preocupación, protección, mayor comunicación, porque se tiene alguien que la escuche y con quien puede expresar lo que siente, ya que se requiere de un proceso complejo de adaptación para ambos para un resultado satisfactorio y por la fecha próxima de lo anhelado.

3.2.1.23 ¿CÓMO HA INFLUIDO SU EMBARAZO CON SUS RELACIONES SEXUALES?

Aquí hubo una amplia variedad de expresiones al momento de realizar esta pregunta, pero ninguna se limitó a responderme que durante esta etapa la actividad sexual ha disminuido, ya que su cuerpo representa un gran volumen corporal, y si lo intentaban para ellas representaría cansancio, fatiga incomodidad, dolor, así como no la satisfacción por el miedo a lastimar a su bebé.

Algunas comentaron que el deseo sexual desaparece y se sienten demasiado preocupadas por la fecha próxima al nacimiento de su bebé.

3.2.1.24 ¿CÓMO HA INFLUIDO EL EMBARAZO EN RELACIÓN CON SU MADRE Y PADRE?

La mayoría respondió que les demostraban su apoyo y felicidad, una no respondió ya que sus padres estaban en otro Estado de la República Mexicana y no tenía contacto con ellos.

Es conveniente señalar que la mujer que había perdido a su madre hace tres meses, cuando ella tenía un embarazo de cinco meses, lloró al momento de realizar esta pregunta y comentó *“me pone triste pensar en ella, siento su falta como un agujero”*, como se encontraba en una etapa de duelo me fue pertinente enviarla a psicoterapia para que recibiera apoyo especializado y evitar tal vez, que presentara una depresión, ya que es un síntoma común tanto en el embarazo como después del parto y debe diagnosticarse a tiempo, porque puede ser nociva para el feto.

En la revisión bibliográfica, se encontró que estudios previos han sugerido que la depresión y a la ansiedad durante el embarazo puede estar vinculados al bajo peso al nacer, parto prematuro.

3.2.1.25 ¿CÓMO SE HA SENTIDO CON SUS CAMBIOS CORPORALES?

Con respecto a esta pregunta, las respuestas que se encontraron fueron que a pesar de los cambios en su cuerpo sienten que se ven bellísimas, poderosas, divinas y seductoras.

3.2.1.26 ¿CÓMO LA VE SU PAREJA?

Todas las embarazadas entrevistadas mencionaron que sus parejas las veían bien, que aceptaban estos cambios en su imagen corporal y que en ningún momento les manifestaban falta de respeto.

3.2.1.27 AHORA QUE SE ACERCA EL PARTO ¿TIENE ALGÚN TEMOR?

Es evidente que al realizar esta pregunta encontré que todas las embarazadas si tenían temor incluso lo observé en la expresión facial, algunos temores fueron: ¿Seré buena madre?, ¿Cómo será?, ¿Nacerá sano o enfermo?, miedo a morir y dejar solo a su hijo, temor a vaciarse, miedo a que por no colaborar adecuadamente durante el parto que el bebé no nazca bien.

En nuestra cultura el parto está asociado con el dolor, y es esta información la que desencadena el temor, que en el momento del parto actúa sobre la actividad uterina, incrementando la tensión de los músculos y por lo tanto causando dolor.

Temor, tensión y dolor se convierten así en un círculo que se repite, es un reflejo condicionado negativo que se busca eliminar a base de la orientación, información necesaria que se debe de dar en el control prenatal con la finalidad de prepararlas para que tengan una mejor disposición para asumir el trabajo de parto.

En aquellas en las que tuvieron el antecedente de cesárea, la mayoría de las mujeres comentaron que nunca recibieron una explicación adecuada acerca de por qué fue necesaria una operación. Algunas incluso no logran sentirse a gusto con su cuerpo o su bebé después de una cesárea inesperada. Pocos médicos entienden la tristeza que puede sentir la mujer después y cómo esto podría afectar embarazos posteriores. Se sienten frustradas por no haber podido dar a luz a su hijo en forma natural.

Cuando el final del embarazo se aproxima, la agitación y la incomodidad física de la mujer aumentan, y se subraya la doble significación del hijo, cuándo más se acerca el momento del parto, mayor es la futura significación del hijo en la vida afectiva de la madre y más fuerte el deseo de verle en el mundo exterior.

4.- DISCUSIÓN

El embarazo es un proceso sorprendente. Es la transición de niña a mujer, de hija a madre. Es la declaración pública de amor entre dos personas. Es un momento en el que, a diferencia de todo lo que nos han hecho creer, la mente racional y las emociones siguen las directrices del cuerpo.

Para poder concebir, cargar y dar luz a un bebé saludable, la mujer tiene que encontrarse en un estado de salud óptimo. Aunque el proceso del embarazo provoca cierta tensión en el cuerpo de la mujer y, algunas veces, puede incluir síntomas físicos incómodos, la gran mayoría de las mujeres que se entrevistaron son básicamente saludables.

En la investigación realizada en la CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE, con un grupo de embarazadas, para tratar de identificar los estados emocionales que podían presentar durante el mismo se encontraron los siguientes datos:

Las embarazadas que más frecuentemente acudieron a la clínica lo hicieron por la tarde, ya que algunas habían terminado sus labores domésticas y otras su jornada de trabajo.

Cuando se efectuó la entrevista y se aplicó el cuestionario, se encontró que uno de los motivos por los que no se lleva a cabo el control prenatal de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993² en la clínica, fue el de no contar con un consultorio fijo, ya que eran asignadas a diferentes consultorios, por lo tanto no tenían un médico familiar que se hiciera responsable de su cuidado en forma integral y que se desarrollara con ellas una relación médico-paciente estable, por lo tanto muchas de ellas dejaban de asistir en forma regular y acudían solo al final de su embarazo por incapacidad.

Varios autores^{4,6,7,16,22,23,44} mencionan que el embarazo puede intensificar y sacar a la luz muchas emociones diferentes. Dentro de los más comunes se encuentran los recuerdos desagradables acerca de la infancia, problemas dentro del matrimonio y sentimientos de inseguridad y miedo. Se detectó que las mujeres que se encontraban en el primer trimestre del embarazo, predominó la sorpresa, el deseo y la felicidad. Aparecieron también temores con respecto a la permanencia de la gestación por lo cual buscaban que se les informara si estaban o no embarazadas para sentirse más seguras sobre su estado.

Algunas de ellas refirieron estar más sensibles con ganas de llorar así con cierto desinterés para cualquier otro tema que no se relacionara con la gestación.

Durante el embarazo, la mujer tiene mayor necesidad de afecto y es importante que pueda expresar ese deseo de sentirse querida. De esta manera, sufrirá menos molestias y le resultará más fácil cuidarse y cuidar a su bebé¹⁶.

Aunque el embarazo se desarrolla en el cuerpo de la mujer, es un proceso que involucra al compañero, a la familia y a la comunidad¹¹. Cada uno de ellos deberá hacerse cargo de cuidar a la mujer y a su embarazo, ya que traer un niño al mundo es un hecho que atañe a todos y muy especialmente a la pareja. El mayor porcentaje de las entrevistas reveló que sí contaban con ese apoyo.

En las entrevistas se detectó también que algunas mujeres embarazadas presentaban estrés ya que están sujetas a muchas exigencias en la atención de su casa y su trabajo.

Los efectos a corto plazo de estrés, de acuerdo a los resultados encontrados fueron manifestados como fatiga, sueño, ansiedad, poco o demasiado apetito, dolores de cabeza y de espalda.

Cuando el estrés se prolonga durante períodos de tiempo más largos, puede contribuir a provocar graves problemas de salud, tales como una menor resistencia a las enfermedades infecciosas, la alta presión arterial y ciertas enfermedades cardíacas. Los estudios^{27,28,29,30} también sugieren que los niveles elevados de estrés pueden suponer riesgos especiales durante el embarazo, en este grupo de mujeres no se midió el grado de estrés solo se estudio a los síntomas presentes.

Aunque el experimentar náusea, ansiedad, estreñimiento y otras molestias no es nada agradable, tampoco entran dentro de la esfera de molestias médicas urgentes. Es por eso que algunas mujeres encuentran insatisfactorias las respuestas que los médicos les dan con respecto a estas molestias. Por lo que puede disminuir la confianza en si misma y en su cuerpo.

Tomando en cuenta esto, al entrevistar a las embarazadas se les preguntó si experimentaban estas molestias y tres de ellas las mencionaron así, como que no habían tenido respuesta satisfactoria a ellas de parte de los médicos igualmente mencionaron que no estaban satisfechas por que las habían atendido diferentes médicos.

Otro dato importante que se encontró fue que en 14 embarazadas nunca se habían realizado el papanicolau, esto resultó sorprendente ya que durante el control prenatal se debe aprovechar para tener un enfoque de anticipación al riesgo de que se presente cáncer cervico-uterino o cualquier otra patología diferente⁹.

Una mujer que vive su embarazo plenamente - no sin miedos, sino contenida y acompañada- logrará tener una experiencia más placentera para ella, su pareja y su bebé.

Todos estos cambios emocionales son más fáciles de transitar si se lo hace contenida afectivamente, lo cual se logra a través de apoyo emocional que le brinda su médico y su familia.

Muchos aspectos del moderno estilo de vida conspiran y hacen que un embarazo saludable sea más difícil. Estos factores incluyen el estrés, las presiones financieras, los malos hábitos alimenticios, y los estilos de vida sedentarios. Pero quizá el mayor obstáculo al que se enfrenta la mujer es su propio miedo, un miedo que empeora con el ambiente moderno del cuidado prenatal, el que no se de el alojamiento conjunto dentro del medio hospitalario donde la embarazada es atendida, no facilita que la mujer se sienta tranquila al tener cerca su hijo, y que se vaya familiarizando con él y se vaya contenta, y puede llegar a presentarse miedo ante una situación nueva y desconocida y sentirse incompetente en el cuidado posterior del niño.

Algunas embarazadas son más vulnerables e impresionables, debido a aspectos de su personalidad²⁷. Es muy importante detectar en lo posible estos rasgos de personalidad, que pueden ayudar o entorpecer tanto el desarrollo del embarazo como su actitud y participación ante el parto, en las pacientes evaluadas se detectó que por falta de información y conocimientos se expresaron temerosas para el momento del parto.

La manera en que las personas involucradas tratan a la mujer embarazada puede influir profundamente en su autoimagen, en la forma en que ve a su bebé y en las creencias que desarrolla acerca del parto, en algunas se detectó la no aceptación de los cambios producidos en su cuerpo, los que son percibidos como deformidad o fealdad.

Cuando una mujer manifiesta temores relacionados con su salud o la de su bebé, se responde no con consejos prudentes restaurando la confianza, sino con pruebas y procedimientos de rutina. un ejemplo son las madres que fuman. Las fumadoras tienden a tener crecimiento intrauterino lento, sufrimiento fetal y por lo tanto bebés con bajo peso al nacer así como distocias durante el parto, todo en el mismo embarazo y todo derivado de una sola causa medular.

Si los temores de una madre son atendidos con una base científica apoyada por la tecnología, y una relación con calidad y soporte emocional por parte de su médico familiar ella aprende a relacionarlos con signos de confianza, acerca del proceso de un embarazo normal y parto. El problema es que en algún punto dejamos de estudiar el embarazo para atenderlo solamente y comenzamos a estudiarlo solamente cuando hay una complicación.

Es mucho lo que la mujer puede hacer, ya sea sola o con la ayuda de su compañero, para hacer frente a su ansiedad y resolver dolencias comunes del embarazo que pueden hacer sentirla enferma¹⁶.

Los síntomas corporales de la embarazada con frecuencia son el espejo de los estados emocionales..

Entre los temores que pueden surgir cuando la madre confronta el hecho de que se aproxima el parto, ella se puede preguntar²¹ “¿Cómo le voy a hacer?”. “¿Será mi bebé como yo lo imagino?”. “¿Estará bien?”. “¿Podrá mi pareja salir adelante con su paternidad?”. “¿Qué clase de madre seré?”.

Considerando todo esto, puede sonar simplista el recomendar que la mujer se prepare solamente para enfrentar el embarazo comiendo bien, descansando bien; sin embargo el poder verbalizar sus temores o angustias, suelen ser formas de cuidado más efectivas. Es más, cada visita prenatal esta dirigida a detectar factores de riesgo que pueden ser ampliamente prevenidas a través de una consulta prenatal integral, y los resultados muestran que las embarazadas están dispuestas a compartir estos temores al contestar que sí les gustaría que durante el control prenatal se interrogara sobre ellos.

4.1.- APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR.

Se acepta ampliamente que la medicina familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica continua e integral al individuo y a su familia.

Es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:

Continuidad: se comprende desde una perspectiva que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad, sin importar sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten.

Acción anticipatoria: se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad.

Estudio de familia: permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamentalmente en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural.

Estos tres ejes se utilizan durante el control prenatal que realiza el médico familiar.

En cuanto a la continuidad, se tienen que tener un seguimiento durante todo el desarrollo del embarazo, en base a los criterios de la NOM-007-SSA2-1993². Sugiriéndose que se evalué también el estado emocional de la embarazada así como sus redes de apoyo con que cuenta.

Cuando se realiza una atención continua, se favorece el surgimiento de preguntas que aparecen con la evolución del embarazo, de esta manera se permite una enseñanza continua de la embarazada y su acompañante.

La acción anticipatoria, que toma en cuenta no solo los factores biológicos, sino también los psicológicos y sociales ya que influyen en el periodo del embarazo, y por lo tanto se pueden prevenir desde embarazos no deseados, abortos provocados, partos pretérmino, bebés con bajo peso al nacer,

depresión durante el embarazo y después del parto, así como se pueden vigilar las posibles complicaciones que se presentan en la gestación y dar referencia oportuna para una atención con calidad.

A través del estudio familiar, el médico familiar se podría esforzar en educar y apoyar a la familia durante este periodo de transición y de crisis. Puede animar tanto a la madre como al padre a participar activamente en el embarazo, el parto y los cuidados del bebé, así como ayudar a renegociar los roles y las relaciones dentro de la familia nuclear y la extensa. En la asistencia prenatal, la mujer gestante constituye el papel principal, mientras se considera a los restantes miembros de la familia como importantes fuentes de apoyo de la embarazada.

Si el médico entabla relación únicamente con la futura madre, el padre puede sentirse excluido. Cuando la pareja acude a consulta durante el embarazo, debe dedicar una parte del tiempo del primer encuentro a establecer una buena relación con el padre, sin perder por ello la relación positiva con la madre.

El embarazo es un período de tiempo especial para una mujer y para su familia. Es una época de muchos cambios en el cuerpo de una mujer embarazada, en sus emociones y en la vida de su familia.

Poder colaborar con la pareja en el seguimiento de la gestación y el nacimiento de un niño es una de las experiencias más gratificantes del ejercicio profesional de un médico familiar. Durante el embarazo, el médico mantiene un contacto mayor que el habitual con la familia y, normalmente, se convierte en un asesor de confianza. Las familias se dirigen a su médico para obtener la mayor posible información sobre el embarazo. El seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar se fundamenta en la asistencia obstétrica tradicional y se amplía hasta un enfoque integral que atiende a las necesidades psicosociales⁷ de la mujer y su familia, además de los aspectos biomédicos de la gestación..

El embarazo no es una enfermedad, es un estado de salud. Algunos médicos tienen tanto miedo de que algo salga mal, que no pueden hablar de un embarazo normal sino de un embarazo de "bajo riesgo".

El médico familiar, sin embargo, puede proporcionar información, apoyo emocional o ayuda sobre las dudas y temores acerca del embarazo y ver de esa manera un embarazo normal.

En la atención prenatal ideal hay tiempo para tratar las inquietudes y angustias de las embarazadas en forma individual y familiar, esto es imposible en un hospital debido a su gran actividad laboral. He aquí la importancia del papel del médico familiar en mantenerla informada.

5.- CONCLUSIONES

El embarazo es un proceso muy especial que puede llegar a ser muy placentero, especialmente si se trata de un embarazo fruto de una decisión reflexiva y voluntaria.

Se trata de una etapa de muchos cambios: no sólo se modifica el cuerpo de la mujer (por dentro y por fuera), sino también su sensibilidad. Es frecuente que el estado de ánimo se altere sin mayores "razones". Y aunque el embarazo no es una enfermedad, trae como consecuencia muchos cambios que demandarán cuidados especiales para garantizar el bienestar de la mujer y para que de ese embarazo resulte un niño/a sano/a.

Durante las entrevistas realizadas se encontró que durante el embarazo se alientan muchas ilusiones en torno al bebé: ¿cómo será?, ¿a quién se parecerá?, ¿será varón o mujer?.

También se presenta el temor de que algo no ande bien, especialmente cuando es el primer bebé, ya que se experimentaron síntomas de depresión, ansiedad y confusión.

En algunas embarazadas se encontró que podría estar sumamente feliz con el pensamiento de que pronto tendrá un bebé, pero también estar sumamente preocupada por el enorme reto que ello representa.

La progesterona y los estrógenos parecieran²² ser responsables parciales de esta situación, pero también mucha de su sensibilidad se debe simplemente a que el embarazo es un período de cambios radicales.

Las molestias propias del embarazo (como las náuseas, la fatiga, la frecuente necesidad de orinar, edema leve y lumbalgia) pueden ser estresantes, especialmente cuando una mujer embarazada trata de hacer todo lo que hacía antes de quedar embarazada. Una mujer embarazada puede ayudarse a reducir su estrés reconociendo que estos síntomas son temporales y que su médico familiar puede orientarle sobre lo que puede hacer.

Aún cuando desee fervientemente a ese bebé, muchas futuras madres ven empañada esa felicidad momentáneamente al preocuparse por un futuro incierto^{16,27,44}, como se encontró en algunas embarazadas: se sintieron muy preocupada sobre cómo se verán afectadas las relaciones con su pareja, la salud de su futuro bebé y cómo harán para enfrentar la carga económica que ello representa.

Todo esto, aunado a algunos de los pequeños problemas del embarazo como la acidez, la fatiga, la necesidad de orinar frecuentemente, puede ser una pesada carga.

Todas estas preocupaciones pueden hacer que sus emociones se comporten como una montaña rusa: en un momento podría estar muy feliz y al siguiente romper en llanto.

Según Vives y Lartigue⁵³ "las emociones que se manifiestan son diversas en cada caso, la singularidad de cada mujer se expresa con más fuerza en torno a esta experiencia nueva, ya que cada embarazo es de alguna forma una primera vez; los sentimientos pueden ser encontrados, no necesariamente positivos, se tiene que tener en cuenta cómo se llegó a ese embarazo y en qué situación está cada mujer".

Muchas embarazadas y sus compañeros se preocupan por la salud de su bebé, por su capacidad de resistir el parto y el alumbramiento y por su capacidad de ser buenos padres.

Las dificultades económicas a menudo son otro componente que contribuye al aumento del estrés, especialmente si los padres anticipan que sus ingresos se verán reducidos durante un período determinado después de que nazca su bebé. Todas estas preocupaciones pueden aumentar aún más en los casos de embarazos de alto riesgo, cuando la mujer embarazada debe salir temprano de su trabajo y posiblemente reducir sus actividades en forma significativa o permanecer en cama durante un período de tiempo prolongado.

Según estudios^{28,29}, los niveles elevados de estrés pueden aumentar el riesgo de parto prematuro, de que el bebé nazca con un peso demasiado bajo y, posiblemente, de un aborto espontáneo.

Parece probable que el estrés pueda incrementar los niveles de un grupo de hormonas capaces de restringir el flujo de sangre hacia la placenta¹⁴, impidiendo así que el feto reciba los nutrientes y el oxígeno que necesita para su desarrollo y crecimiento óptimo. Estas mismas hormonas también cumplen un rol importante en el inicio del trabajo de parto. Por lo tanto, el incremento en los niveles de estas hormonas puede aumentar el riesgo de un parto prematuro.

El estrés también puede causar efectos adversos en forma indirecta al afectar el comportamiento de la mujer embarazada. Por ejemplo, las mujeres que experimentan niveles elevados de estrés pueden abandonar sus buenos hábitos de salud. Pueden dejar de comer adecuadamente o pueden reaccionar al estrés mediante actividades tales como fumar, beber alcohol o utilizar drogas ilícitas, todo lo cual se relaciona con el nacimiento de bebés de peso bajo.

Identificación de algunas emociones propias de cada trimestre:

En el primer trimestre predominó la sorpresa, el deseo, la felicidad.

Paralelamente, algunos malestares físicos pueden interferir en el estado de ánimo. Suelen aparecer temores con respecto a la permanencia de la gestación. Por eso, muchas eligen no comunicar su estado antes de estar seguras de que todo está en orden. Es común que disminuya el deseo sexual y que se esté

con ganas de llorar o más sensibles. Hay cansancio y un cierto desinterés por cualquier otro tema que no se relacione con la gestación.

En el segundo trimestre se recupera el buen estado físico. Aparece la ansiedad por "sentir al bebé".

Se afianza la relación con el médico familiar y tienen más energías para asistir al control prenatal, ya que los resultados nos mostraron que la mayoría correspondió al segundo trimestre de embarazo.

Asimismo se encontró que puede surgir el temor por la normalidad del bebé, ya que cuando se preguntó sobre el temor de malformación fetal y todas respondieron que sí.

También se observó que la embarazada se acerca más a la pareja, retoma más la sexualidad.

Algunas embarazadas comienzan a sentir más incomodidad, otras se sienten más sexy y lindas.

Durante el tercer trimestre el crecimiento abdominal y el bebé tienen una entidad más palpable. Se comienza a pensar más en el parto, y con ello llegan ciertos temores sobre todo a cómo saldrá todo, a si será o no parto normal.

Surgen algunas ansiedades, especialmente si desde lo personal estarán a la altura de las circunstancias, comienza a conectarse con el proyecto en sí, planea mudanzas, elección de ropita, mobiliario, etc. El estado de ánimo es más estable. Hay alguna preocupación por el peso y por el cuidado del cuerpo. Con la pareja hay más acercamiento, en tanto que la actividad sexual comienza a dificultarse más. Hacia el final del séptimo u octavo mes cuesta concentrarse en las tareas, dormir, movilizarse. Cerca de la fecha de parto, hay una mezcla de deseo enorme por un lado y de miedo por otro. Quieren y no quieren que llegue el día del nacimiento.

Los resultados obtenidos en este trabajo confirman que son varios los miedos o aprensiones que se manifiestan.

Los temores se dan según cada embarazada algunas temen al parto y al dolor; otras expresan el temor a no darse cuenta de cuándo va a ocurrir el parto. Algunas embarazadas temen que le pueda pasar algo a ellas o al bebé. Y está el temor a no poder cumplir el rol de mamá.

La aparición de los miedos tiene mucho que ver con la personalidad de la embarazada y su entorno.

Los temores más frecuentes fueron:

- **Que el bebé no sea normal:** Esto puede no permitirles disfrutar a pleno la experiencia.
- **Que no puedan reintegrarse a su trabajo:** Es muy común que teman "perderlo todo". Les cuesta imaginar una adecuada coordinación de ambas funciones.

- **A quedar "gordas"**: Es muy frecuente que las mujeres piensen en un kilo de más como en una devastadora realidad. Esto está provocado por el exagerado valor que parece dárseles a las mujeres que tienen un bebé y "quedan igual".
- **A que los hombres que están a su lado "no se sientan más atraídos" por ellas**: Muchas mujeres creen que la maternidad y la relación de pareja son dos situaciones incompatibles, esto se ve favorecido por los cambios en el cuerpo.

Se proporcionó información y orientación a la mujer, para que acepte los cambios en el estado de ánimo, ya que son una situación normal en la experiencia del embarazo.

El embarazo es un gran reto: es un evento que cambia por completo la vida de la mujer y por lo tanto hará que cualquiera -aún la madre que ha soñado con su bebé por años- se sienta abrumada, irritable y ansiosa en algunos momentos.

El embarazo constituye un momento extraordinario en la vida de la mujer, lleno de emociones y de descubrimientos, pero también de dudas y de miedos. Se trata de un período que debe vivirse con serenidad, escuchando las exigencias del propio organismo y dejándose guiar por los consejos del médico familiar. Seguir paso a paso los cambios del organismo en la embarazada puede representar un buen inicio para conocer desde el principio al niño que llegará.

El ambiente que rodea a la embarazada es muy importante: pareja, familia, amigos. También es fundamental tener buena relación con el médico familiar, para que no se quede con dudas, entender todo lo que les dice, confiar en él. Y por supuesto, recurrir a la ayuda psicológica si se necesita, como en los casos en los que fue necesario.

No se dio seguimiento a estos casos, por lo que no es posible conocer si realmente acudieron o no a psicoterapia.

Algunos médicos simplemente no saben cómo ayudar mejor a las mujeres que experimentan estos cambios emocionales durante el embarazo. Por esto o intentan darles confianza, o recomiendan ignorarlos, o prescriben medicamentos inapropiados que convierten a una mujer sana en "paciente"

Profundizamos en las emociones y temores que vive la mamá. Pero cabe preguntarse también por el bebé en relación a estos cambios. ¿Percibe algo? ¿Le afectan estos "vaivenes"?.

Esta investigación fue descriptiva, cumplió con los objetivos que se buscaba al inicio del trabajo, abriendo una línea de investigación para los médicos especialmente a los médicos familiares para trabajos posteriores.

Por el tamaño de la muestra en la que se realizó la investigación no se pueden generalizar los resultados obtenidos con las embarazadas.

6.- REFERENCIAS:

- 1.- Dobler LI. Programas de salud en el primer nivel de atención En: Guía normativa, diagnóstico y terapéutica, para el médico en el primer nivel de atención. 1ª ed. México: Manual Moderno; 2001. p. 347-356.
- 2.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido". Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. México; 31 de octubre de 1994.
- 3.- Elu MC. Una nueva mirada a la mortalidad materna en México. En: Atkin LC. Derechos sexuales y reproductivos. 2ª ed. México: Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en México; 2000. p. 3-20.
- 4.- Batalla MC, García SM, Sánchez BL. Embarazo y parto no complicados. En: Martín ZA, Cano PJ, directores. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 3ª ed. España: Mosby; 1994. p. 410-424.
- 5.- Cetlin J. La prevención en la práctica clínica actual. Revista Internacional de Medicina Familiar 1991; 3 (2):130-135.
- 6.- Mc Daniel HS, Campbell LT, Seaburn BD. Orientación Familiar en Atención Primaria. 1ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998. p. 119-138.
- 7.- De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. 1ª ed. Barcelona, España: Doyma; 1994. p. 43-52.
- 8.- Bailón E, Delgado A, Montoro R, Vázquez R, Sánchez M, Alemany V. Eficacia de la auditoria en la mejora de un programa del control de embarazo. Aten Primaria 1992; 9(2): 85-88.
- 9.- Gallagher BP, Gayle MS. Un enfoque de Medicina Familiar para la consulta prenatal. Revista Internacional de Medicina Familiar 1990; 2(4): 241-244.
- 10.- Muñoz CF, Ortega FI, Peláez GE, Moreno PP. Factores asociados a la participación de la embarazada en las actividades de educación maternal en un centro de salud. Aten Primaria 1997; 20(8): 96-103.
- 11.- Guillen RM, Sánchez RJ, Toscano MT, Garrido FM. Educación maternal en Atención Primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten Primaria 1999; 24(2): 44-58.
- 12.- Ruíz DJ. El médico y la educación de la pareja embarazada. Rev Perinatol 1984; 13: 20-22.
- 13.- Tena TC, Ahued AJ. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Ginecol y Obstetric Mex 2003; 71: 409-420.
- 14.- Sheldon HC. Complications of pregnancy, medical, surgical, gynecologic psychosocial and perinatal. In: Goldenberg LR, Gotlieb JS, directors. Social and psychological factors and pregnancy outcome. 4ª ed. United States of America: Williams and Wilkins; 1991. p. 80-96.

- 15.- Henry MP, Janeway CJ. Desarrollo de la personalidad en el niño. 3ª ed. México: Trillas; 1990. p. 94-95.
- 16.- Morales CF, Aldana CE, Carreño MJ, Díaz FE. Psicología de la Reproducción Humana. 1ª ed. México: Trillas; 2002. p. 61-81.
- 17.- Goleman D. La inteligencia emocional. 1ª ed. México: Editorial Javier Vergara Editor, 1995.
- 18.- De la Fuente R. Psicología médica. 2ª ed. México: Editorial Ediciones Larousse, 2001.
- 19.- Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría. 8ª ed: México: Editorial Médica Panamericana, 1998: 221-253.
- 20.-Guzman GA. Tratado de obstetricia y ginecología psicósomáticas. 2ª ed. España: Disialimed; 1987. p.119-133.
- 21.- Aguirre DA. Preparación al parto. 9ª ed. España: Morata; 1985. p. 90-93.
- 22.- Macy C, Falkner F. Embarazo y nacimiento: problemas y placeres. 1ª ed. México: Lumen; 1994. p. 307-318.
- 23.- Solfer R. Psicología del embarazo, parto y puerperio. 4ª ed. Argentina: Kargieman; 1997. p. 21-57.
- 24.- Senties AM, Ortíz VG. Evaluación de los niveles de ansiedad y el estado emocional en mujeres embarazadas de bajo nivel socioeconómico. Psicología y salud 1993; 8: 47-54.
- 25.- Sjöström K, Thelin T, Marsal K, Valentin L. Effects of maternal anxiety on perception of fetal movements in late pregnancy. Early Human Development 2003; 72:111-122.
- 26.- Sotomayor PM. Embarazo y parto: un análisis del evento desde la perspectiva del modelo psicológico de la salud. Psicología y salud 1995; (6): 127-147.
- 27.- Latorre PJ. Psicología de la salud. 2ª ed. México: Lumen,1994. p. 307-318.
- 28.-Maldonado DJ, Helmig L, Moody C: Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el bebé. Perinatol Reprod Hum 2001; 5 (1): 21-30.
- 29.- Dejin KE, Hnson B, Östergren PO, Lindgreen A, Sjöberg NO, Marsal K. Association of lack of psychosocial resources and the risk of giving birth to small for gestacional age infants: a stress hypothesis. BJOG 2000; 107 (1): 89-100.
- 30.- Istvan J. Stress, anxiety, and birth outcomes: A critical review of the evidence. Psychological Bulletin 1986; 100 (3): 331-348.
- 31.- O'Callaghan F, O'Callaghan M, Najman J, Williams G, Bor W. Maternal alcohol consumption durin pregnancy and physical outcomes up to 5 years of age: a longitudinal study. Early Human Development 2002; 71:137-148.

- 32.- Waler R, Dumas J. Attentional problems in dysfunctional mother-child interactions: An interbehavioral model. *Psychological Bulletin* 1989; 105 (1): 116-130.
- 33.- Ludwing J. El nacimiento del alma. 1ª ed. Barcelona, España: Heider; 1996. p. 45-76.
- 34.- Salvatierra MV. Psicobiología del embarazo y sus trastornos. 1ª ed. España: Roca; 1989. p.102-120.
- 35.- Mulder HE, Robles MP, Huizink A, Vanden BB, Buitelaar J; Visserg G. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development* 2002; 70:3-14.
- 36.- Laterra C, Casini S, Andina E. Amenaza de parto pretérmino. Importancia de la contención psicológica. *Rev. Hosp. Mat Inf. Ramón Sardá* 2000; 19(1): 21-28.
- 37.- Dueñas HR, Mitsuf GM, Martínez DJ, Muñoz AM; Fernández FM. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Aten Primaria* 1997; 19 (4): 74-84.
- 38.- Téllez VJ. Trastorno de pánico y embarazo. *Psiquis (México)* 1995; 4 (2): 20-25.
- 39.- Maldonado DJ, Feintuch M: Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 31-41.
- 40.- Saks RB, Frank Julia, Lowe LT, Berman WP. Depressed mood during pregnancy and the puerperium clinical recognition and implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 1985; 142 (6): 728-731.
- 41.- Saisto T, Salmela AK, Nurmi JE, Halmesm E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 39-45.
- 42.- Langer GA. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gac Méd Méx* 2003; 139 Supl 1: S3-S7.
- 43.- Kitzinger S. Embarazo y nacimiento. En: cambios emocionales en el embarazo. 2ª ed. España: Interamericana Mc Graw Hill; 1996. p. 131-146.
- 44.- Lartigue M, Vives RJ. La formación del vínculo materno-infantil: un estudio comparativo longitudinal. *Revista Mexicana de Psicología* 1992; 9 (2): 127-142.
- 45.- Hernández GG, Kimelman JM, Montino RO. Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1283-1289.
- 46.- Llamas CE. Psiquiatría del bebé y su familia. *Psiquiatría* 2001; 7 (3): 85-88.
- 47.- Padilla S. Tú embarazo y tú bebé. 5ª ed. México: Editores Mexicanos Unidos; 2001. p. 93-97.
- 48.- Rice PF. Desarrollo humano, estudio del ciclo vital. 2ª ed. México: Prentice-Hall hispanoamericana; 1997. p. 98-100.

- 49.- Pérez RL, Márquez BM. La importancia del apoyo social durante el proceso de embarazo. *Psicología y salud* 1997; (9): 111-119.
- 50.- Gallar PM. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 1ª ed. España: Paraninfo; 1998. p. 285-292.
- 51.- Avitia TM, Martínez ON, Ramírez GR, Cienfuegos ZR, Levario CM. Impacto de una red comunitaria de apoyo psicosocial en la salud perinatal. *Aten Primaria* 2000; 26 (7): 485-487.
- 52.- Vargas GC, Ayala QM, Vargas GL, Silanes A, López MM. Atención primaria a la salud perinatal con el enfoque de riesgo. *Perinatol Reprod Hum* 1999; 13 (4): 264-270.
- 53.- Vives J, Lartigue T. Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo. 1ª ed. México: Universidad Iberoamericana; 1994. p. 9-101.
- 54.- Vázquez LE. Calidad de la atención prenatal por el médico familiar en el primer nivel de atención. Trabajo final. Centro de Especialización en Medicina Familiar. ISSSTE-UNAM. México: 2003.
- 55.- Gallo VF, Altisent TR, Díaz EJ, Fernández SG, Foz GG, Granados M M. Perfil profesional del médico de familia. *Aten primaria* 1999; (2385): 236-248.
- 56.- Irigoyen CA, Gómez CF, Buendía P J, Mazón RJ, Fernández OM, Amescua AR. Ciclo Vital de la familia. En: Irigoyen CA, Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. 2ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2000. p. 27-29.
- 57.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de salud, México. 3 feb.1983.
- 58.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.
- 59.- Ponce RE, Irigoyen CA, Gómez CJ. Código de ética para la investigación en Medicina familiar: una investigación cualitativa. *Arch Med Fam.* 2003; 5 (3): 99-106.

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Consentimiento para participar en el trabajo: Identificación de aspectos emocionales durante el embarazo.

La siguiente entrevista tiene como propósito: conocer los aspectos emocionales que se presentan durante el desarrollo normal del embarazo.

La cual se llevará cabo a las embarazadas que asistan a la UMF "Dr. Ignacio Chávez"

Esta investigación cuenta con el permiso de las autoridades de esta unidad médica, la información que usted proporciona mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando sus pensamientos y decisión. También si usted se siente en algún momento herido (a), lastimado (a) o agredido (a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtenga será utilizada para fines de una investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios de esta unidad médica.

La entrevista tiene una duración aproximada entre 20 a 30 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted contestarlo? SI _____ NO _____

DATOS GENERALES:

- 1.- FOLIO:
- 2.- TURNO: 1)MATUTINO 2)VESPERTINO
- 3.- CONSULTORIO:
- 4.- EDAD:
- 5.- ESTADO CIVIL: 1) SOLTERA 2) CASADA 3) DIVORCIADA 4) VIUDA
5) UNIÓN LIBRE
- 6.- ESCOLARIDAD: 1)PRIMARIA 2)SECUNDARIA 3)PREPARATORIA 4)LICENCIATURA
- 7.- OCUPACIÓN:
- 8.- TIENE PAREJA: SI _____ NO _____
- 9.- OCUPACIÓN DE PAREJA:
- 10.- RELIGIÓN: 1)CATÓLICA 2)EVANGELISTA 3)ATEA 4)TESTIGO DE JEHOVÁ

TIPOLOGIA FAMILIAR:

- 11.- ESTRUCTURA: 1)NUCLEAR 2) N. MONOPARENTAL 3) EXTENSA
4) EXTEN.COMPUESTA
- 12.- DESARROLLO: 1)TRADICIONAL 2)MODERNA
- 13.- DEMOGRAFÍA: 1)URBANA 2)RURAL
- 14.- INTEGRACIÓN: 1)INTEGRADA 2) SEMINTEGRADA 3)DESINTEGRADA
- 15.- OCUPACIÓN:1) PROFESIONAL 2)OBRERA 3)CAMPESSINA
- 16.- ETAPA ACTUAL DEL CICLO VITAL (SEGÚN GEYMAN): 1)MATRIMONIO
2)EXPANSION 3)DISPERSION 4) INDEPENDENCIA 5)RETIRO

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

- 1.-EDAD DE INICIO DE 1ER MENSTRUACIÓN::
- 2.- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:
- 3.- NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:
- 4.-TIEMPO DE RELACIÓN CON SU ACTUAL PAREJA:
- 5.-EMBARAZOS:
- 6.-PARTOS:
- 7.-ABORTOS:
- 8.-CESÁREAS:
- 9.- FECHA DE ÚLTIMO PAPANICOLAOU:
- 10.- FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN :

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

PRIMER TRIMESTRE: DESEO CONSCIENTE E INCONSCIENTE

- 1- ¿EL EMBARAZO FUE DESEADO? 1)SI 2)NO
- 2- ¿EL EMBARAZO FUE PLANEADO? 1)SI 2)NO
- 3- ¿USABA ALGÚN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO? 1)SI 2)NO
- 4- ¿CUÁL? 1)RITMO 2)PRESERVATIVO 3) DIU 4)H.ORALES 5) H. INYECTABLES
- *5- ¿PORQUÉ QUIERE TENER UN HIJO?
- 6- ¿PREFIERE USTED NIÑO O NIÑA ? 1) NIÑO 2) NIÑA
- *7- ¿CUANDO DECIDIÓ (DECIDIERÓN) EMBARAZARSE?
- *8- ¿CUÁL FUE SU REACCIÓN AL SABER QUE ESTABA EMBARAZADA?
- *9- ¿CÓMO REACCIONÓ SU PAREJA ANTE SU EMBARAZO?
- 10- ¿PENSÓ EN ALGÚN MOMENTO INTERRUMPIR SU EMBARAZO? 1)SI 2)NO
- *11- ¿POR QUÉ?
- 12- ¿SU MÉDICO LE HA INTERROGADO SOBRE ESTOS ASPECTOS? 1) SI 2) NO
- 13- ¿LE GUSTARÍA QUE SE LOS INTERROGARA? 1)SI 2) NO

**MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA
COLABORACIÓN.**

SEGUNDO TRIMESTRE: FANTASIA, INICIO DE MOVIMIENTOS FETALES

- *1- ¿CÓMO CREE QUE VA INFLUIR EL BEBÉ EN SU VIDA?
- *2- ¿QUÉ CAMBIOS Y MOLESTIAS HA NOTADO EN USTED CON SU EMBARAZO?
- *3- ¿SU ESPOSO HA TENIDO ALGÚN CAMBIO DE CONDUCTA RESPECTO AL EMBARAZO?
- 4- ¿CUÁNDO EMPEZÓ A SENTIR LOS MOVIMIENTOS DEL BEBÉ?
- *5- ¿CÓMO PERCIBIÓ ESTOS MOVIMIENTOS?
- *6- ¿CÓMO SIENTE SU CUERPO CON TODOS ESTOS CAMBIOS?
- *7- ¿QUE OPINA SU ESPOSO DE ESTOS CAMBIOS, HA HECHO COMENTARIOS?
- *8- ¿CÓMO SE IMAGINA A SU BEBÉ?
- 9- ¿TIENE ALGUNA IDEA DE CÓMO VA A SER SU PARTO? 1)SI 2)NO
- 10- ¿TIENE USTED ALGÚN TEMOR RESPECTO AL MISMO? 1)SI 2)NO
- 11- ¿TIENE MIEDO A QUE SU BEBÉ PRESENTE ALGÚN TIPO DE MALFORMACIÓN?
1) SI 2) NO
- 12- ¿PIENSA USTED QUE SUS ESTADOS DE ÁNIMO LE INFLUYEN A SU BEBÉ?
1)SI 2) NO
- 13- ¿CÓMO? 1) LO ALTERAN 2) LO CALMAN 3) LO ALTERAN Y LO CALMAN
- *14- ¿CÓMO SABE QUE SU BEBÉ SE ESTA DESARROLLANDO BIEN?
- 15- ¿ACOSTUMBRA PLATICAR CON SU BEBÉ? 1) SI 2) NO
- 16- ¿SU PAREJA LO HACE? 1) SI 2) NO
- 17- ¿SU MÉDICO LE INTERROGÓ SOBRE ESTOS ASPECTOS? 1) SI 2) NO
- 18- ¿LE GUSTARÍA QUE SE LOS INTERROGARA? 1) SI 2) NO

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN.

TERCER TRIMESTRE: PREPARACIÓN PARA EL PARTO

- *1- ¿QUÉ TAN INTENSOS SON LOS MOVIMIENTOS DEL BEBÉ?
- *2- ¿CÓMO SE SIENTE USTED?
- *3- ¿CÓMO SE IMAGINA A SU BEBÉ AHORA?
- *4- ¿A QUIÉN LE GUSTARÍA QUE SE PARECIERA?
- *5- ¿LOS MOVIMIENTOS DEL BEBÉ LE COMUNICAN A USTED ALGO?
- *6- ¿QUE PREPARATIVOS HA HECHO USTED PARA RECIBIR A SU BEBÉ?
- *7- ¿DURANTE ESTE PERIODO HA TENIDO ALGUNA MOLESTIA FÍSICA?
- *8- ¿CÓMO ESTA SU ESTADO DE ÁNIMO?
- *9- ¿CÓMO HA INFLUIDO SU EMBARAZO EN LA RELACIÓN CON SU PAREJA?
- *10- ¿CÓMO HA INFLUIDO SU EMBARAZO EN SUS RELACIONES SEXUALES?
- *11- ¿CÓMO HA INFLUIDO SU EMBARAZO EN LA RELACIÓN CON SU MADRE Y SU PADRE?
- *12- ¿CÓMO SE HA SENTIDO CON TODOS SUS CAMBIOS CORPORALES?
- *13- ¿CÓMO LA VE SU PAREJA?
- 14- ¿HA SENTIDO TEMOR DE PERDER A SU BEBÉ? 1) SI 2) NO
- *15- AHORA QUE SE ACERCA SU PARTO ¿CÓMO SE SIENTE? _____ ¿TIENE ALGÚN TEMOR?
- 16- ¿SU MÉDICO LE INTERROGÓ SOBRE ESTOS ASPECTOS? 1) SI 2) NO
- 17- ¿LE GUSTARÍA QUE SE LOS INTERROGARA? 1) SI 2) NO

**MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA
COLABORACIÓN.**

Fuente: Vives J, Lartigue T. Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo. 1 ed. México: Universidad Iberoamérica; 1994. Modificado 2004



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

CUIDADOS DURANTE LA ETAPA PRENATAL



**“CUANDO UN NIÑO SE VE EN
LOS OJOS DE SU MADRE, ÉL SE
VE AL MISMO TIEMPO QUE SE A
SU MADRE QUE LO MIRA,
MIRAR A SU MADRE.”**

Anónimo

Las últimas semanas del embarazo son una época de gran ansiedad y de numerosos preparativos.

En éstas últimas semanas pasará algunos momentos de angustia.

¿Cómo voy a saber cuando empieza el parto? ¿Me dolerá mucho?; ¿Qué voy a hacer si estoy de compras o lejos de la casa cuando empiece?; ¿Me dará tiempo de llegar a la clínica?

TRANQUILÍZATE

Tu médico familiar te ayudará a responder la mayoría de las dudas que tienen casi todas las madres respecto a los cuidados que debes tener, no olvides que el mejor orientador es tu médico familiar.

A la menor sospecha de embarazo consulte a su médico. El sabrá qué hacer para determinar si esta usted o no embarazada, sin necesidad de someterse a ningún riesgo

Realizó: Dra. Guadarrama Huerta Isabel Reyna
CMF: “Dr. Ignacio Chávez” ISSSTE.

Las emociones también influyen profundamente en la salud física. Las necesidades insatisfechas y la ansiedad pueden afectar la salud tanto de la madre como la del bebé.

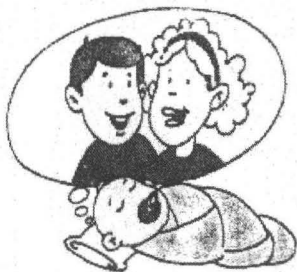
El bebé al estar en el útero, responde al estado emocional de su mamá y, por ejemplo, las mujeres que se encuentran sometidas a un estrés excesivo pueden terminar teniendo un bebé que se mueve menos y crece menos, que el de las mujeres que no tienen este problema.



ANVERSO
TRÍPTICO

Se llama etapa prenatal al intervalo comprendido entre el momento de la concepción y el principio del parto.

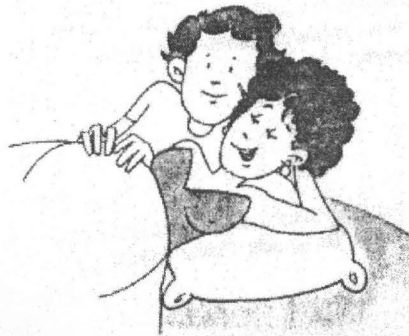
Durante esta trascendental época de la vida de la mujer y de su futuro hijo, acontecen cambios orgánicos y psicológicos muy importantes que requieren atención especial con objeto de que el embarazo transcurra con las menores molestias posibles, y tanto la madre como su hijo alcancen el momento del parto en las mejores condiciones de salud.



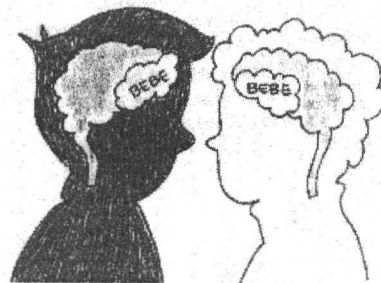
REVERSO
TRÍPTICO



Durante el embarazo la madre atraviesa un estado psicológico particular. Se encuentra sumamente emotiva, una cierta sensibilidad caracteriza esta etapa y la madre necesita más que nunca el apoyo de su propia madre y de su pareja.



CONSTRUIR UN ESPACIO PARA EL BEBÉ



CUERPO Y MENTE

El embarazo puede ser una época de gozo, aunque también puede traer consigo un conjunto de dudas, temores, resentimientos, inseguridades, éstos temores son normales y no deben esconderse ni negarse. De cualquier manera; no se pueden ocultar nuestros sentimientos, siempre encuentran la manera de salir.