



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA**

**IBEROAMERICANA S.C.**

---

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS PARA  
DISMINUIR LA ANSIEDAD EN MUJERES GESTANTES EN EL MUNICIPIO DE  
TENANCINGO”

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

YURITZY NÁPOLES HERRERA

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. C.S. PERLA MORALES GONZÁLEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, MARZO DE 2017.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a DIOS por haberme dado la vida y permitirme llegar a la meta de esta etapa de mi vida. Por haberme dado la oportunidad de nacer y crecer dentro de esta gran familia con la que he vivido grandes momentos.

A mis padres agradezco su apoyo y su comprensión, quienes nunca dudaron en darme todo, gracias por cuidar a mi hija y mi hijo.

Agradezco a mi compañero de vida Iván Herrera Rosas por acompañarme en este proceso y ser mi mano derecha en el trabajo realizado con las mujeres embarazadas. Viajando de un lado a otro y nunca dejarme.

No ha sido sencillo el camino que he recorrido hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo lo complicado de lograr esta meta se ha notado. Les agradezco y externo mi gran afecto hacia ustedes, mi gran y hermosa familia.

A la Doctora Itzarí Téllez Tapia, quien me motivo a realizar este trabajo y me apoyo con sus pacientes.

A cada una de las mujeres embarazadas por brindarme parte de su tiempo para la realización de este trabajo.

A mi amigo Luis Miguel por ejercer presión en mí para continuar con este trabajo.

A mis amigas Eri y Sol por motivarme y compartir información conmigo, además de brindarme su apoyo, gracias niñas.

A ustedes también Oscar, Fernando y Yair por cada momento compartido durante y después de la Universidad. Locuras vividas con todos ustedes.

A la Mtra. En Educación Ilda Robles Gonzáles, quien me supo guiar en este proceso. Su esfuerzo, su dedicación, sus conocimientos, sus orientaciones y su motivación fueron fundamentales para lograr mi objetivo. Inculco en mí un sentido de

responsabilidad y rigor académico. Además fue capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como a sentirme en deuda por todo lo que hizo por mí en este tiempo. Gracias por creer que yo podía lograr mi meta.

A la Mtra. En C. S. Perla Morales Gonzáles, por brindarme su apoyo en dicho trabajo, por escucharme, por sus palabras de aliento y por ser mi directora de Tesis.

Gracias a mi Universidad por convertirme en un ser profesional en esta carrera que me ha enseñado muchas cosas; gracias a cada maestro que formo parte de este proceso integral de formación profesional que deja como producto terminado una Licenciada más en Psicología. Agradezco a mi tío Evelio (QPD), a mi tío Isidro (QPD) y a mi tía Carmela por todo el apoyo que me brindaron desde niña.

A todas aquellas personas que en su momento me apoyaron, entre ellos tíos, primos, conocidos.

Agradezco a quien lea este trabajo, que mis experiencias, investigaciones y conocimientos puedan ser de utilidad para ellos.

Cada momento que he vivido durante todos estos años, son simplemente únicos, me tocaron grandes pruebas pero aquí sigo luchando; cada oportunidad de corregir un error, de ellos he aprendido aunque ha dolido; la oportunidad de que cada mañana puedo empezar de nuevo, sin importar la cantidad de errores y faltas cometidas durante el día anterior, finalmente soy ser humano antes que psicóloga...

Me siento inmensamente feliz porque LO LOGRÉ.....

## DEDICATORIAS

Con todo mi amor y cariño a mis padres el Ing. Noé Nápoles Hernández y la Sra. Gabriela Herrera Montaña, por creer en mí; por su esfuerzo, dedicación y sacrificio hacia mí, así como gracias a la confianza, apoyo y amor brindado me mantuve de pie siempre porque ustedes son y serán esos grandes pilares que me sostiene, por ustedes soy lo que soy. Me han dado todo lo que soy como persona y como ser humano, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para aferrarme y luchar hasta conseguir mis objetivos. Gracias por luchar conmigo, por confiar y creer en mí, por ser ejemplo de personas que con su humildad y sencillez siempre están apoyando a quien lo necesite. Sus consejos hicieron efecto. Esto es por ustedes y para ustedes. Los mega amo. Dios los Bendiga siempre.

Con todo mi amor y cariño a ti mi amado esposo Iván Herrera Rosas por ayudarme e impulsarme a terminar este proyecto, por creer en mi capacidad, por tus palabras y confianza, por tu amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente; y aunque hemos pasado momentos difíciles siempre has estado ahí brindándome tu comprensión, cariño, amor y demasiada paciencia para poder concluir esto. Por estar siempre luchando conmigo en las buenas, en las malas y en las peores situaciones. Por ser ese gran amor que me ha enseñado que el querer es poder y que para ti soy la mejor psicóloga.....te amo.

A mis grandes amores Xitlally Yuritzky y Joshua Alexander, por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depara un futuro mejor. Mi reyna eres mi gran timón que me mueve, con tu discapacidad me has enseñado que no existen límites, que eso está en la cabeza y nosotras somos unas guerreras y hay que aferrarse a todo; mi rey en el desarrollo final me di cuenta que tú fuiste el motivo inconsciente que desencadenó dicha temática, ambos son unos guerreros y son un milagro de vida.

A mis hermanos Israel, Gaby y Zuly por todo el apoyo y cariño brindado, por siempre ser y estar, los quiero muchísimo, y estaré cuando me necesiten. Por sus buenas y

malas palabras que me motivaron y lo logré. De dicado a ustedes hermanos que creyeron en mí.

A mis cuñados y sobrinos Trini, Herverth y David por apoyarme en los momentos difíciles, a Valentina, Santiago e Iker, con sus ocurrencias se me olvidaban los momentos tristes.

A ti que hoy ya no estás conmigo Evelio Herrera Montaña, pero que fuiste y formaste parte importante en mi vida y en mi etapa escolar, siempre estuviste para apoyarme en todos los sentidos y en todos los momentos, desde donde quiera que estés, esta tesis te la dedico por todo el gran apoyo que nos diste, sé que físicamente no estas, pero en todo momento has estado presente. Te quiero mucho y nunca te olvidare.

A ustedes Isidro Alcalá Hernández (QPD) y Carmela Nápoles Hernández por apoyarme siempre en todo momento, por cuidar de mi cuando fue necesario, por compartir sus alimentos conmigo, por estar en los peores momentos que son en los que muchos abandonan, las circunstancias cambiaron, sin embargo estoy eternamente agradecida con ustedes. Los quiero.

Este logro es en gran parte gracias a ustedes; he logrado concluir con éxito y mucho esfuerzo un trabajo que parecía algo lejano e interminable. Me siento tan contenta por haber logrado este objetivo tan deseado que escribiría un libro completo. A mi edad han sido muchas las pruebas por las que he pasado, durante la realización de este trabajo hubo interrupciones por diversas situaciones, creí que nunca lo lograría y me decaía, pero gracias a Dios tengo una familia que siempre supo ser y estar para impulsar y empujarme al objetivo, además estuve rodeada de gente tan maravillosa que siempre me brindaron una palabra de aliento y motivación, gracias a mi perseverancia y al apoyo de todas esas personas hoy lo logré.

Nunca olvidemos que antes que cualquier profesión somos seres humanos y sentimos, y por ende necesitamos de los demás....

## ÍNDICE

### AGRADECIMIENTOS

### DEDICATORIAS

### INTRODUCCIÓN

<b>CAPÍTULO I. PSICOPROFILAXIS.....</b>	<b>2</b>
1.1 DEFINICIÓN DE LA PSICOPROFILAXIS.....	3
1.2 ANTECEDENTES DE LA PSICOPROFILAXIS.....	5
1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOPROFILAXIS.....	8
1.4 PSICOPROFILAXIS EN MÉXICO Y EN EL MUNDO.....	10
1.5 VENTAJAS DE LA PSICOPROFILAXIS.....	11
<b>CAPÍTULO II. MUJER EMBARAZADA.....</b>	<b>14</b>
2.1 EMBARAZO.....	15
2.2 TIPOS DE EMBARAZO.....	15
2.3 ETAPAS DEL EMBARAZO.....	16
2.4 SALUD Y EMBARAZO.....	20
2.5 CAMBIOS DE LA MUJER EMBARAZADA.....	22
2.5.1 EMOCIONES EN EL EMBARAZO A NIVEL FISIOLÓGICO.....	23
2.5.2 APARATOS Y SISTEMAS INVOLUCRADOS EN EL EMBARAZO.....	24
2.6 PSICOLOGÍA DEL EMBARAZO.....	26

2.7 EMBARAZO Y EJERCICIO.....	28
2.8 PARTO.....	29
2.8.1 PREPARACIÓN PARA EL PARTO.....	29
2.9 SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO.....	31
<b>CAPÍTULO III. ANSIEDAD.....</b>	<b>33</b>
3.1 ANSIEDAD.....	34
3.2 CAUSAS DE LA ANSIEDAD.....	39
3.3 CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD.....	40
3.4 ANSIEDAD Y CEREBRO.....	44
3.5 EMBARAZO Y PSICOLOGÍA.....	46
<b>CAPÍTULO IV. EMBARAZO Y ANSIEDAD.....</b>	<b>49</b>
4.1 DEFINICIÓN DE EMOCIONES.....	50
4.2 EMOCIONES Y CEREBRO.....	55
4.3 SALUD MENTAL PERINATAL.....	56
4.4 EMOCIONES EN EL EMBARAZO A NIVEL SOCIAL.....	57
<b>CAPÍTULO V. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN EL EMBARAZO.....</b>	<b>60</b>
5.1 MÉTODOS TÉCNICAS.....	61



5.2 MÉTODO PILATES.....	62
5.3 TECNICAS DE RESPIRACIÓN.....	63
5.3.1 EJERCICIOS RESPIRATORIOS.....	64
5.4 EJERCICIOS FÍSICOS.....	65
5.5 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y MASAJE.....	65
5.5.1 RELAJACIÓN POR EL TACTO.....	66
5.5.2 VISUALIZACIÓN – CONCENTRACIÓN.....	68
5.4.3 VOCALIZACIÓN – SONORIZACIÓN.....	69
5.4.4 MUSICOTERAPIA.....	69
5.4.5 AROMATERAPIA.....	70
<b>CAPÍTULO VI. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>71</b>
6.1 TIPOS DE PROGRAMAS QUE SE CONOCEN.....	72
6.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS CURSOS PSICOPROFILÁCTICOS.....	74
6.3 OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	74
<b>CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA.....</b>	<b>76</b>
7.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	77
7.2 HIPÓTESIS.....	81
7.3 OBJETIVOS.....	81
7.4 JUSTIFICACIÓN.....	82

7.5 MÉTODO.....	83
7.5.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	84
7.5.2 VARIABLES.....	87
7.6 RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS.....	88
7.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	90
7.8 CAPTURA DE LA INFORMACIÓN.....	90
<b>CAPÍTULO VIII. RESULTADOS.....</b>	<b>91</b>
RESULTADOS.....	92
<b>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>168</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>169</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>171</b>
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>172</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>179</b>

## INTRODUCCIÓN

*“CONOZCA TODAS LAS TEORÍAS. DOMINE TODAS LAS TÉCNICAS, PERO AL TOCAR UN ALMA HUMANA SEA APENAS OTRA ALMA HUMANA”.*

*CARL G. JUNG.*

Retomando a Dorris (1997) maneja que el útero es el primer ambiente del desarrollo del niño y la trascendencia que tiene para éste es enorme. Además de lo que la madre hace y de lo que le sucede a ella, existen otras influencias ambientales, desde las que afectan al espermatozoides del padre hasta el entorno tecnológico, social y cultural, los cuales pueden afectar los cuidados prenatales que recibe la madre.

Por lo tanto si el útero es el primer ambiente de desarrollo del niño, la madre debe estar bien en todos los aspectos durante el embarazo, como el físico y psicológico, ya que todo repercute en el bebé en gestación. Es por ello la importancia de implementar un programa de psicoprofilaxis en mujeres embarazadas, con el cual se les brinde la preparación necesaria en tres esferas: la intelectual, la física y la psicológica, esta última muy olvidada por los médicos, ya que al hablar de embarazo solo lo relacionan con este aspecto olvidando que el aspecto psicológico puede tener repercusiones negativas si la mujer embarazada no está bien emocionalmente.

¿Cómo se sienten ustedes ante algún malestar después de ingerir algún medicamento prescrito? En el caso de las mujeres embarazadas, la psicoprofilaxis sería ese medicamento, un medicamento desconocido pero que aliviaría sus malestares, los cuales son más psicológicos que médicos.

La psicoprofilaxis según Lamaze (1952) citado en Reyes (2004), es una preparación intelectual, física y psíquica, buscando eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor; afirma que el miedo condiciona a la mujer y es uno de los factores que pueden provocar

dificultades en el parto. Al ser una preparación en tres esferas, beneficia y apoya a la mujer por lo que el impacto que se produce en la mujer después de asistir a un programa es de suma importancia para el buen desenvolvimiento del embarazo, y que se dé lo más tranquilo posible.

La presente investigación está integrada por nueve capítulos y un apartado de Anexos.

Es importante conocer el impacto que genera la implementación de un programa de psicoprofilaxis en las mujeres embarazadas para disminuir la ansiedad, aspecto al cual pocas veces se presta atención, ya que siempre se enfoca al ámbito médico, dejando aún lado el psicológico, y que en ocasiones puede ser el desencadenante de malestares en la embarazada o bien puede ser el control. Ya que se pueden confundir los síntomas de la ansiedad como parte del embarazo, y entonces es difícil ayudar a la embarazada, al pasar por alto dichos síntomas.

El primer capítulo hace referencia a la definición, antecedentes, características y ventajas de la psicoprofilaxis, para proporcionarle al lector información acerca de lo que es, dado que es un tema poco estudiado y desconocido para muchos. Además de que muestra algunos estudios realizados por grandes investigadores, donde comprueban la eficacia de la psicoprofilaxis. Mientras que en el segundo capítulo se nombra mujer embarazada, ahí se incluye todo lo referente al embarazo, como definición, tipos, etapas, salud durante el embarazo, cambios de la mujer en el embarazo, psicología del embarazo, embarazo y ejercicio, parto y los signos de alarma durante el embarazo. En el tercer capítulo se define el concepto de ansiedad, causas, clasificación, y ansiedad y cerebro.

En el capítulo cuatro se habla de embarazo y ansiedad, definición de emociones, las emociones en el embarazo a nivel fisiológico y social. En el capítulo quinto se habla de los métodos y técnicas utilizados en la implementación del programa, como el método Pilates, el cual es muy útil para el trabajo de preparación con las embarazadas, técnicas de respiración que pueden servir durante el embarazo, pero que además también las pueden utilizar al momento de las contracciones y el parto, ejercicios

físicos, técnicas de relajación y masaje en las cuales se apoya de otras personas para su realización, como relajación por el tacto, visualización, vocalización, musicoterapia, aromaterapia, adaptadas a la situación y momento vividos, las cuales las mujer puede realizar en cualquier momento y son útiles para la disminución de la ansiedad. Además del programa utilizado llamado “Dando vida con amor”, el cual estuvo conformado por ocho sesiones, en donde se trabajaba lo antes mencionado, con el objetivo de disminuir la ansiedad. Cada sesión estuvo estructurada por presentación, desarrollo y cierre, incluyendo las tres esferas mencionadas por Lamaze.

Dentro del capítulo seis se habla de los tipos de programa que se conocen, los cuales con tres los más sobresaliente Lamaze, Grantly y Bradley por sus trabajos realizados y los efectos producidos, los cuales son base para la implementación de este programa, además también se habla de las características de los programas psicoprofilácticos y de las variables del programa.

El capítulo siete contempla la metodología, planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, justificación, diseño de estudio, procedimiento, variables, recolección de datos o instrumentos, y el análisis estadístico. En el capítulo ocho se incluyen los resultados obtenidos antes y después de la implementación del programa, en donde se colocan gráficas. El capítulo nueve está conformado por las conclusiones según los objetivos y la implementación, y las sugerencias que se dan de acuerdo a los datos arrojados y a lo observado.

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS PARA  
DISMINUIR LA ANSIEDAD EN MUJERES GESTANTES EN EL MUNICIPIO DE  
TENANCINGO**

***“MEJORAR EL ESTADO EMOCIONAL DE LA MUJER EMBARAZADA ES  
MEJORAR LA SALUD DE LA SOCIEDAD”.***

***(VIVETTE GLOVER, 2009)***

**MARCO DE TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I. PSICOPROFILAXIS**

## 1.1 DEFINICIÓN DE LA PSICOPROFILAXIS

*“TODAS SOMOS CAPACES DE DAR A LUZ, PORQUE PARA ESO FUIMOS DISEÑADAS PARA DAR VIDA... ES CUESTIÓN DE CONFIAR Y SEGUIR TUS INSTINTOS”.*

De acuerdo a la Enciclopedia Ciencias de la Educación, la psicoprofilaxis es la prevención de las reacciones que son nocivas para el organismo, en este caso el embarazo y todos sus cambios; por medio de una preparación psicológica que es capaz de suprimir, crear o modificar reflejos condicionados determinados. Esta preparación está enfocada hacia la mujer embarazada, sin embargo, la participación de la pareja también es importante.

Según, Lamaze (1952) citado en Reyes, (2004) refiere que se trata de una preparación intelectual, física y psíquica, buscando eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor; afirma que el miedo condiciona a la mujer y es uno de los factores que pueden provocar dificultades en el parto. Dentro de los aspectos que incluye la psicoprofilaxis según Lamaze están: la preparación intelectual que trata de proporcionar de manera teórica todo el desarrollo del embarazo desde antes de la concepción hasta el término del embarazo; en la preparación física se le brindará a la mujer gestante las técnicas y ejercicios que sirvan a está; y por último la preparación psíquica, en la cual se le preparará de manera psicológica a la mujer. Cabe mencionar que esta preparación no solo se puede dar a la mujer sino también a la pareja y que además es una preparación complementaria porque considera tres aspectos.



Más tarde Orts (1983) habla de una psicoprofilaxis<sup>1</sup> perinatal la cual es la preparación física y psicológica de la pareja, para lograr el nacimiento de la forma más natural y más segura a través de un parto consciente y activo; como consecuencia sin sufrimiento; es decir, un embarazo y parto placentero que le permita a la pareja disfrutar esta etapa. A diferencia de Lamaze, Orts solo considera el aspecto físico y el aspecto psicológico como parte fundamental de la preparación perinatal, y omite el aspecto teórico; sin embargo es importante considerar los tres aspectos, para que así la mujer o la pareja según sea el caso, conozcan desde antes de la concepción hasta después del embarazo, como es que se va dando todo ese proceso.

Posteriormente el Ministerio de Salud (2012) dice que la psicoprofilaxis es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor, y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materna perinatal; por lo tanto aquí como con Lamaze se habla de una preparación integral, es decir se contempla los tres aspectos a considerar para la preparación de la mujer, empezando por el teórico, el cual Lamaze llamo intelectual, posteriormente el físico y culminando con el psicológico, los cuales juntos complementan dicha preparación.

En resumidas cuentas podemos entonces, concluir que la psicoprofilaxis es una preparación teórica, física y psicológica que debe llevar a cabo la mujer durante el período de gestación, con el objeto de documentarse para así conocer la información acerca de cómo se da el proceso de embarazo, realizar actividad física que le permite llevar una vida activa haciendo sus tareas diarias sin dificultad, y por último una preparación en el ámbito psicológico, al cual no se le toma mucha importancia, pero sin embargo puede repercutir en la salud de la madre y a su vez en la del producto en

---

<sup>1</sup> ORTS, M. A. (1983). Bosquejo histórico de la Psicoprofilaxis en México, primer encuentro nacional de educadores en psicoprofilaxis obstétrica. Ed. Jurica: Querétaro, México. Pp.24-37.

gestación; pero es necesario el apoyo de la pareja o en su defecto el apoyo de una persona cercana.

Esta preparación le permitirá a la mujer conocer las herramientas necesarias para poder llevar a cabo un embarazo tranquilo, y la experiencia sea de lo más agradable; además de que puede llegar a un parto no doloroso y rápido, esto de acuerdo a los autores.

En resumidas cuentas la preparación psicoprofiláctica de la madre y de la pareja y/o acompañantes beneficia durante el embarazo, al momento del parto y después, por eso es importante la psicoprofilaxis durante la gestación, ya que a través de ella se aprenden entre otras cosas el manejo de las emociones como la ansiedad.

## **1.2 ANTECEDENTES DE LA PSICOPROFILAXIS**

Las primeras investigaciones surgieron en Rusia desde 1875 con Pavlov y la relación de los reflejos condicionados. Pavlov asocio la comida de un perro (primer estímulo) con una campana (segundo estímulo). La respuesta que producía la comida era la salivación, y tras la asociación con la campana se produjo el condicionamiento: el sonido de la campana producía salivación en el animal<sup>2</sup>. Considerado esto, como el punto de partida de los sistemas psicoprofilácticos.

Sin embargo la historia de la preparación para el parto<sup>3</sup> empieza en el año de 1908 en EE.UU. cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebé como parte de los cursos de salud en el hogar. No obstante en la antigüedad las mujeres aprendían a parir a través de las historias y experiencias de otras mujeres.

---

<sup>2</sup> María del Carmen. Preparación para el parto. Recuperado el 26 de septiembre de 2016 desde <http://www.saludterapia.com/glosario/d/82-preparaci%C3%B3nparto.html>

<sup>3</sup> Alianza por la Salud Alimentaria. México el país con más cesáreas en el mundo: OMS.2014. [www.vivavoz.com.mx/la-nacion-menu/13958-mexico-el-pais-con-mas-cesareas-en-el-mundo-oms](http://www.vivavoz.com.mx/la-nacion-menu/13958-mexico-el-pais-con-mas-cesareas-en-el-mundo-oms).

Posteriormente en 1923, diversas tendencias Rusas, entre ellas la del DR. Velvovski, basándose en la teoría pavloviana, concluyen que el dolor<sup>4</sup> es una reacción condicionada por estímulos sociológicos, religiosos y culturales; es decir, es aprendido y transmitido por el medio que nos rodea. Pretenden el descondicionamiento intentando separar el miedo al parto, de las contracciones; mediante la información de ideas positivas sobre la maternidad, técnicas activas de respiración que precisen esfuerzo y concentración, y la lucha contra la sensación de dolor a través de la relajación, por lo tanto, condicionan a la mujer para evitar el dolor. Tal como Pavlov lo manejo: desacondicionar reflejos: dolor-tensión-temor para revertirlos y acondicionar a reflejos de contracción-relajación-seguridad.

Más tarde en 1933 Grantly Dick Read publicó la obra “Parto sin Dolor” (Reyes Hoyos, 2004) en la cual sustenta que el dolor del parto se ha magnificado en la mujer como fruto de la civilización que con sus prejuicios y falsas concepciones ha desvirtuado el sentido de la maternidad; es decir que la sociedad influye sobre los pensamientos de la mujer embarazada y no la deja vivir y disfrutar su etapa como ella quiera y pueda hacer, se ve manipulada en formas de pensar respecto al embarazo, como lo mencionamos anteriormente. Esto a raíz del método que el integro basándose en el cambio de temor-tensión-dolor mediante la preparación y educación adecuadas a la embarazada. El hizo un reajuste a lo que proponía Pavlov trabajado por Velvovski, quien decía que primero sentimos dolor, posteriormente nos tensamos y finalmente llega el temor; sin embargo, Dick Read modifico esto y refirió que primero es el temor, después la embarazada se tensa y por ende sentirá dolor. Cada uno realizó sus propias experimentaciones de manera satisfactoria.

---

<sup>4</sup> REYES Hoyos, L.M. (2004). Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, enero-diciembre 2002. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Por lo tanto, con lo anterior podemos decir que la primera propuesta formal para dar un curso formal a la mujer embarazada mediante técnicas de relajación para disminuir el estrés y el dolor durante el parto es de Velvovski; sin embargo, unos años después Grantly Dick Read ya trabajaba el aspecto psicológico, ambos autores basándose en los experimentos de Pavlov; posteriormente en la década de 1940 se inició en Estados Unidos y en Rusia el uso de un método relacionado con el autocontrol respiratorio. Después en la década de 1950 se usaron los reflejos condicionados para enfrentar el ciclo temor/ tensión/dolor que se presenta durante el parto y que ya habían sido utilizados en 1923 y 1933 por Velvovski y Dick respectivamente con algunas modificaciones, preparando a la mujer para enfrentar este ciclo con reducción del dolor y ansiedad. Además de otros beneficios que resultan de una preparación psicoprofiláctica, entre los que se encuentran los psicológicos, desde la aceptación del embarazo entre otros. Sin embargo, el índice de cesáreas se ha incrementado mundialmente; en los últimos 12 años en un 50.3%<sup>5</sup> pero existen diferencias.

Es importante resaltar que el método de la psicoprofilaxis<sup>6</sup> fue desarrollado por Velvovski en la ex Unión Soviética al inicio del tercer decenio del siglo pasado al recuperar los hallazgos de Pavlov sobre reflejos condicionados, los cuales ya han sido mencionados anteriormente.

Según Sapien y Córdoba (2007) en 1950 los neurofisiólogos Platonov, Velvovski y los obstetras Ploticher y Shugan le hicieron otras aportaciones al método de psicoprofilaxis, con la finalidad de que el parto ocurriera sin que la mujer sintiera dolor, puesto que se habían obtenido evidencias de que las emociones pueden alterar las sensaciones del trabajo de parto; según lo que dicen estos autores es importante que la mujer embarazada lleve a cabo una preparación psicoprofiláctica, la cual permita manejar las emociones durante el embarazo, además cabe recalcar que es un aspecto

---

<sup>5</sup> Alianza por la Salud Alimentaria. México el país con más cesáreas en el mundo: OMS.2014. recuperado el 16 de agosto de 2015 desde [www.vivavoz.com.mx/la-nacion-menu/13958-mexico-el-pais-con-mas-cesareas-en-el-mundo-oms](http://www.vivavoz.com.mx/la-nacion-menu/13958-mexico-el-pais-con-mas-cesareas-en-el-mundo-oms).

<sup>6</sup> VON Braüne, D. (2003). Embarazo y Parto Feliz. México. Ed. Libra.

al cual no se le da mucha importancia, y sin embargo, repercute demasiado en la mujer embarazada y en el bebé.

Lamaze (2004) citado por Reyes, en Francia en el año de 1952, pretendía eliminar miedos y supersticiones; ya que estos viene transmitidos de generación en generación y son aprendidos y transmitidos por el medio social; así como también la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor en la mujer embarazada; recordemos que el miedo es una condición innata, por lo tanto se aprende conforme el medio que rodea lo va estableciendo.

El método psicoprofiláctico<sup>7</sup> fue traído a México por Stefano Vich y Sopen en 1957; sin embargo no tuvo mucha relevancia durante esa época.

### **1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOPROFILAXIS**

El parto psicoprofiláctico (PPP) ha sido diseñado para que la embarazada controle el ciclo temor/tensión/dolor durante el parto; sin embargo, además de ello, ayuda al bienestar psicológico de la mujer.

Solís y Morales (2012) refieren que la psicoprofilaxis cumple un rol preventivo primordial, como el principal factor para suprimir el miedo en la gestante, devolviéndole el equilibrio emocional adecuado en tan importante momento de la vida y brindándole las herramientas para que tenga los mejores cuidados y calidad de vida; por lo cual se considera una preparación integral que como ya se mencionó anteriormente incluye los tres aspectos más importantes que según Lamaze y el Ministerio de Salud, son: preparación teórica-intelectual, física y psíquica; y además recordando que según Lamaze el miedo condiciona a la mujer embarazada.

---

<sup>7</sup> SAPIEN López, J. y Córdoba Basulto, D. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. Psicología y Salud: México.

Además de que el parto psicoprofiláctico (PPP) no solo disminuye el riesgo de cesárea sino que también tiene otros beneficios, como mayor satisfacción de la atención del parto y de la aceptación de la lactancia materna y métodos anticonceptivos (Oyuela-García J. et al., 2010). Estos serían considerados como aspectos postparto.

La psicoprofilaxis busca una preparación educativa para la mujer embarazada, donde los fenómenos dolorosos que se producen no se transformen en sufrimiento, por lo tanto como ya se mencionó anteriormente, toma en cuenta tres aspectos a considerar: 1) una preparación teórica, la cual tiene como finalidad proporcionar la información necesaria que rompa los lazos que ligan al embarazo y parto, con ideas preconcebidas negativas y en la mayoría de los casos falsas, las cuales en la mayoría de las ocasiones son prejuicios que van de generación en generación y son erróneos, en este aspecto la información será literaria; 2) un entrenamiento físico, que es el conjunto de ejercicios suaves y seguros que capacitan a la gestante a manejar su postura, movimiento, respiración, relajación y dominio de puntos analgésicos. Su objetivo principal es obtener de la gestante una mejor participación durante el trabajo de parto y sobre todo en el periodo expulsivo; y por último, una 3) preparación psicológica, integrada la cual complementa y se complementa con las anteriores, que en conclusión, desarrollará la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva (Reyes Hoyos, 2004).

Además la Psicoprofilaxis incluye técnicas de actividad respiratoria que aportarán una buena oxigenación materno-fetal; y técnicas de relajación neuromuscular, elementales para lograr en la madre un buen estado emocional que favorezca su comportamiento, actitud y disposición a colaborar durante todo el proceso (Solís y Morales, 2012). Estas están consideradas dentro de los aspectos físico y psicológico.

Tomando en cuenta el Curso de Psicoprofilaxis impartido por el IMSS (2012) las orientaciones que se dan en los cursos ayudan a quitarse el miedo cuando ingresan al hospital para dar a luz; además de que ayuda a las parejas a tener una participación

activa durante el desarrollo y el nacimiento del bebé; por lo cual lo ideal sería prepararse en pareja y a partir del segundo trimestre; además de que esto ayudaría para el bienestar emocional de la mujer embarazada.

#### **1.4 PSICOPROFILAXIS EN MÉXICO Y EN EL MUNDO**

Según Sapien López, et.al. (2008) la psicoprofilaxis perinatal es un método poco empleado en México; sin embargo hay algunos Hospitales que lo empiezan a implementar como es el caso del Hospital General del Municipio de Tenancingo.

Originalmente la psicoprofilaxis perinatal fue un entrenamiento para que las mujeres tuvieran un parto menos doloroso. Como se mencionó anteriormente el método tiene sus bases teóricas en el condicionamiento pavloviano y fue desarrollado por Velvovski. Sin embargo, en la actualidad también se considera importante la salud emocional de la mujer durante el embarazo, lo cual puede repercutir en la salud física de la misma.

Los países tecnológicamente desarrollados pusieron en práctica la preparación psicofísica del parto. Para 1951, el sistema soviético de psicoprofilaxis fue conocido en otros países. Por consiguiente, en ese mismo año Thoms y Kanlovsky estudiaron 2000 partos de primíparas que recibieron preparación para el parto en la base de la Escuela de Grantly Dick-Read, esto en Estados Unidos. En 1952, Laird y Hogan compararon los datos de 657 gestantes tanto primíparas y multíparas. Más tarde, referido anteriormente, en 1957 el método fue traído a México por Stefanovich y Stoopen practicándose por primera vez en el Hospital Central Militar. Davis y Morrone, en 1962, realizaron un estudio en 463 primíparas, divididos en cuatro grupos.

Posteriormente en enero de 1971 se impartió el primer curso teórico y práctico para formar instructoras; sin embargo este curso no incluía el aspecto psíquico, el cual ya había sido considerado por Lamaze en 1952, sino que estaba más enfocado al ámbito

médico. Después en agosto de 1981 se inaugura el Servicio de Psicoprofilaxis Perinatal en el Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE<sup>8</sup>.

Más tarde, Guzmán Sánchez, en 1983 señala la diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes que recibieron Psicoprofilaxis y las que no.; ya que al recibir una preparación psicoprofiláctica se cuida tanto el aspecto médico como el psicológico.

Continuando con el Dr. Rosemary Cogan<sup>9</sup>, que en 1986 después de revisar detenidamente las pruebas objetivas sobre los efectos de la preparación del parto, concluye que las mujeres que escogen la preparación del parto en general son de un nivel socioeconómico y cultural más elevado, y que sus esposos están interesados en la experiencia del parto más que los demás. Esta parte nos da un dato importante, es decir, aspectos sociales, económicos y culturales motivan el interés tanto en la mujer gestante como en la pareja de recibir una preparación adecuada e integral prenatal.

## **1.5 VENTAJAS DE LA PSICOPROFILAXIS**

Reyes (2004) retoma las ventajas materno-perinatales de la psicoprofilaxis según la OMS, citándolas de la siguiente manera:

### **En la madre:**

- Menor grado de ansiedad
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas
- Mayor posibilidad de ingresar al centro de salud en trabajo de parto
- Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso

---

<sup>8</sup> SAPIEN López, J. y Córdoba Basulto, D. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. *Psicología y Salud*, año/vol. 17, número 002. Universidad Veracruzana, Xalapa, México. Pp. 219-229.

<sup>9</sup> REYES Hoyos, L. (2004). Psicoprofilaxis obstétrica asociada a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero-diciembre 2002. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú.



- Menor duración de la fase de dilatación
- Menor duración de la fase expulsiva
- Menor duración del trabajo de parto
- Menor uso de fármacos en general
- Menor uso de analgésicos
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas
- Menor malestar y/o dolor durante el trabajo de parto
- Aprenderá a disfrutar mejor de su embarazo y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso
- Ampliará las posibilidades de gozar de la participación de su pareja
- Menor incidencia de partos por cesárea
- Recuperación más rápida y cómoda
- Aptitud total para una lactancia natural

Las ventajas perinatales se dividen en tres:

#### **Prenatal:**

- Mejor estimulación intrauterina
- Menor presentación de sufrimiento fetal agudo o crónico
- Curva de crecimiento intrauterino en promedio ideal

#### **Intranatal**

- Una fase expulsiva más rápida y menos traumática
- Menor nacimiento bajo instrumentación

#### **Post-natal**

- Mejor puntaje Apgar al minuto y a los cinco minutos
- Menor presentación de problemas neonatales
- Mejor lactancia natural

- Mejor estimulación temprana

## **CAPÍTULO II. MUJER EMBARAZADA**

## 2.1 EMBARAZO

*CONVERTIRTE EN MAMÁ ES SENTIR LA FUERZA QUE NO SABIAS QUE TENÍAS  
Y DESCUBRIR LOS MIEDOS QUE NO SABIAS QUE TENÍAS...*

El embarazo<sup>10</sup> es el término que designa el periodo que transcurre desde la fecundación al nacimiento. Se trata de un tiempo de crecimiento acelerado. En el óvulo fertilizado se encuentran las cargas genéticas de dos personas; un hombre y una mujer; y allí da comienzo un programa evolutivo fascinante: el surgimiento de un ser humano nuevo, cuyas características son únicas.

Durante el embarazo<sup>11</sup>, la Naturaleza da tiempo a la madre para que se adapte a la presencia del recién llegado. Incluso el embarazo es también un acontecimiento conmovedor para el futuro padre si participa atentamente en el desarrollo del aún no nacido, y además activamente, es decir; se involucra en todos los acontecimientos y actividades relacionados al embarazo, desde asistir a las consultas con la mujer embarazada hasta el apoyarla en el desarrollo de actividades cotidianas que se le dificulten.

## 2.2 TIPOS DE EMBARAZO

Según Aguilar (2010) existen diferentes tipos de embarazo, y cada uno presenta riesgos y síntomas diferentes:

- a) Embarazos psicológicos: se conocen también como imaginarios, utópicos o pseudociesis; son los menos importantes, estos dependerán de la persona que lo padezca y de las causas por las cuales se dio este. Este tipo de embarazos

---

<sup>10</sup> ZIMMERMANN M. (1998). Enciclopedia de Sexualidad, programa educativo. Embarazo y parto. Editorial: Cultural. Madrid, España.

<sup>11</sup> Enciclopedia Familiar de la Salud. Información Médica al alcance de todos. (2004). Ed. Everest: España.

se da cuando una mujer cree estar embarazada sin estarlo realmente y presenta la mayoría de los signos y síntomas gestacionales. Es un problema psicológico, su principal desencadenante suele ser el deseo desmedido de ser madre.

- b) Embarazos en la adolescencia: es el embarazo que ocurre desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Es considerado como una situación problemática.
- c) Embarazos ectópicos: son embarazos anormales que ocurren fuera de la matriz, por lo tanto el bebé no puede sobrevivir. Se da cuando el bebé comienza a desarrollarse fuera de la matriz; es causado por una afección que obstruye o retarda el paso de un óvulo fecundado a través de las Trompas de Falopio hacia el útero.
- d) Embarazos no deseados: los cuales se dan por tener relaciones sexuales sin protección y que además afectan la salud de las personas implicadas.

### **2.3 ETAPAS DEL EMBARAZO**

La duración del embarazo podemos contarla en días, semanas o meses; tiene una duración aproximada de 280 días, 40 semanas o 9 meses. Sin embargo, existen diferencias o variaciones en el período de gestación de cada mujer, recordemos que cada organismo es diferente, por lo tanto, el término del embarazo puede no ser tan preciso y tardar más o menos del tiempo considerado<sup>12</sup>.

De acuerdo a Papalia (2005) el desarrollo prenatal se da en tres etapas: germinal, embrionaria y fetal; y además de acuerdo a dos principios fundamentales: 1) el principio cefalocaudal, que indica que el desarrollo va de la cabeza a la parte más baja del tronco, y 2) el principio proximodistal, indica que el desarrollo va de adentro hacia afuera, es decir, de las partes cercanas del cuerpo a las extremidades.

---

<sup>12</sup> Junta de Andalucía. CONSEJERÍA DE SALUD. Recuperado el 17 de septiembre de 2016 desde [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/embarazo\\_y\\_salud/lactancia\\_materna/embarazo.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo.pdf)

Cada una de las etapas comprende un periodo y características particulares, los cuales se desglosan a continuación para cada una de las etapas.

1. Etapa germinal: contempla desde la fertilización hasta aproximadamente dos semanas de gestación, el cigoto se divide y se implanta en la pared del útero. Posteriormente inicia la mitosis hasta convertirse en un blastocito.
2. Etapa embrionaria: comprende de las dos a las ocho semanas; se caracteriza por un crecimiento y desarrollo de los principales órganos y sistemas corporales.
3. Etapa fetal: abarca de las ocho semanas hasta el nacimiento; y se caracteriza por un incremento en la diferenciación de las partes del cuerpo y aumento en el tamaño del cuerpo.

El desarrollo prenatal según Papalia (2005) se da de la siguiente manera:

- Primer mes: el crecimiento es mucho más rápido que en cualquier otro momento; el embrión alcanza un tamaño diez mil veces mayor que el del cigoto. A finales del primer mes, mide 1.26 centímetros de longitud. Ya presenta los indicios de un cerebro, riñones, hígado y tracto digestivo. Además el cordón umbilical ya está funcionando.
- Segundo mes: para finalizar el segundo mes ya mide dos y medio centímetros y pesa 2.18 gramos. Las partes de la cara están claramente desarrolladas. Los brazos tienen manos y dedos, y las piernas tienen rodillas, tobillos y dedos. Los órganos sexuales se encuentran en desarrollo y el latido cardíaco es estable. La piel es demasiado sensible y reacciona a la estimulación táctil.
- Tercer mes: el feto pesa 28 gramos y mide 7.5 centímetros de largo aproximadamente. Ya tiene uñas en manos y pies. El sexo puede determinarse con facilidad. Puede mover sus piernas, pies, dedos pulgares y cabeza.

- Cuarto mes: el feto mide entre 20 y 25 centímetros y pesa aproximadamente 170 gramos; la madre puede sentir las patadas del feto.
- Quinto mes: el feto pesa entre 340 y 450 gramos, y mide casi 30 centímetros; empieza a mostrar señales de una personalidad individual. Posee patrones de sueño-vigilia y se vuelve más activo. Comienza a crecer pelo en sus pestañas y cejas, su cabeza ya tiene pelo.
- Sexto mes: disminuye un poco la tasa de crecimiento fetal, mide 35 centímetros aproximadamente y pesa 562 gramos. Los ojos ya están completos, se abren, se cierran y pueden ver en todas direcciones. También puede oír y cerrar el puño con fuerza.
- Séptimo mes: para finalizar el sexto mes el feto mide 40 centímetros aproximadamente y pesa entre 1350 y 2250 gramos; en este momento sus reflejos ya están completamente desarrollados: llora, respira, traga y puede chupar el dedo pulgar.
- Octavo mes: el feto mide entre 45 y 50 centímetros, pesa entre 2250 y 3150 gramos. Su hábitat se vuelve más estrecho y sus movimientos se restringen.
- Noveno mes: una semana antes de nacer el feto deja de crecer, alcanzando un peso promedio de 3375 gramos y un tamaño de 50 centímetros, está listo para el nacimiento.

Anteriormente se mencionó la edad gestacional promedio que es de 280 días, sin embargo es importante mencionar que se considera ese tiempo porque los médicos calculan el embarazo a partir de la última menstruación, por lo tanto el feto pasa cerca de 266 días dentro del útero.

Para Zimmermann (1998) el proceso del desarrollo en el embarazo, desde la concepción hasta el nacimiento, se divide también en tres etapas, dándoles otro nombre y que a su vez se subdividen e incluyen los mismos procesos que Papalia:

- 1) **Periodo del óvulo germinado:** abarca desde la fertilización hasta el momento en el que el huevo fertilizado se adhiere firmemente a las paredes

del útero. Se caracteriza por una rápida división celular. Contempla tres procesos:

- a) **Segmentación o fecundación:** después de la concepción, comienza la mitosis.
- b) **Migración:** el huevo fertilizado se dirige desde el lugar de la fecundación hasta la cavidad uterina.
- c) **Anidación:** el huevo se implanta en la pared uterina y a partir del séptimo día comienza el período de gestación.

2) **Período del embrión:** se caracteriza por una diferenciación de todos los órganos principales que estarán presentes en el recién nacido, además de que la longitud del embrión irá en aumento. En este período se contemplan cuatro procesos:

- a) **Blastulación:** las células comienzan a diferenciarse, ya que de ahí derivarán todos los tejidos (tejido nervioso, óseo, muscular, circulatorio, etc.). El embrión recibe el nombre de blástula.
- b) **Gastrulación:** comienzan a desarrollarse tres capas: ectodermo, mesodermo y endodermo; a partir de las cuales se van a desarrollar los diversos órganos y cubiertas que forman el cuerpo humano.
- c) **Membranas y anexos embrionarios:** su misión es proteger al embrión de la desecación y de los golpes; además también le sirven para la respiración y la excreción, entre otras funciones de la vida embrionaria.
- d) **Desarrollo embrionario:** abarca de la segunda hasta la octava semana de gestación.

3) **Período del feto:** se caracteriza por el crecimiento de los órganos del cuerpo. Abarca desde la novena semana después de la fecundación hasta el momento del nacimiento. Los sistemas corporales se desarrollan y comienzan a funcionar.



a) **Desarrollo fetal:** el cual incluye el desarrollo mes a mes durante los nueve meses, y se presenta resumidamente en la siguiente tabla.

<b>1 mes</b>	La cabeza del embrión es más de la mitad de su volumen. Se observan esbozos de ojos y orejas.
<b>2 meses</b>	Se reconocen el rostro, la boca, ojos y orejas. Comienza el desarrollo de los cartílagos.
<b>3 meses</b>	Primeros focos de osificación. Sistema nervioso muy primitivo.
<b>4 meses</b>	Comienzan los movimientos fetales. Las extremidades, cabeza y órganos internos se desarrollan rápidamente.
<b>5 meses</b>	Aparecen las uñas y pelos, aparato digestivo, riñón, etcétera.
<b>6 meses</b>	Ojos formados por completo.  Diferenciación de sexo visible.
<b>7 meses</b>	El feto puede sobrevivir.
<b>8 meses</b>	Comienza la osificación general.
<b>9 meses</b>	Feto completo y maduro preparado para el parto.

**FUENTE:** ZIMMERMANN, M. ENCICLOPEDIA de Sexualidad Programa Educativo "Embarazo y Parto". (1998). Ed. Cultural: España. Pp.63.

## 2.4 SALUD Y EMBARAZO

Es bueno y divertido ocuparse de una misma y de la vida que se lleva dentro; las mujeres embarazadas pueden atender sus ocupaciones diarias hasta poco antes del parto. Se puede llevar una vida cotidiana, siempre recordando la etapa en la cual se encuentra la mujer.

Según la Enciclopedia familiar de la Salud (2004) es preciso adoptar ciertas medidas preventivas para protegerse a sí misma y al bebé durante el embarazo:

- Pasar los controles preventivos: Contar con cartilla de maternidad y acudir frecuentemente al ginecólogo.
- Adoptar una alimentación más sana: La mujer embarazada necesita un mínimo de calorías; debe prescindir de tomar todos aquellos alimentos que contengan sustancias nocivas que pueden dañar al no nacido u ocasionar su aborto; lo mejor es hacer comidas ligeras pero frecuentes.
- Disfrutar la sexualidad: Puede disfrutar de su sexualidad como antes siempre y cuando su embarazo transcurra sin problemas.
- Hacer deporte con moderación: Al embarazo no es impedimento para seguir haciendo deporte.
- Cuidar la vida psíquica: Si el estado de ánimo general es positivo y estable, muchos expertos están convencidos de que las sensaciones negativas dentro del útero carecen de efecto alguno sobre el no nacido.

El desarrollo prenatal está influenciado por factores maternos y factores paternos, los cuales pueden afectar la salud del organismo en desarrollo. Si bien es sabido de la responsabilidad de la mujer de evitar ciertas actividades que pueden dañar al feto; recientemente algunos científicos han descubierto algunos factores que pueden afectar al espermatozoides del hombre y por ende al hijo que concibe. Durante el embarazo las mujeres necesitan comer más de lo común, entre 300 y 500 calorías más al día. El incremento ideal de peso va a depender de factores individuales, como el peso y la estatura previos al embarazo.

Sin embargo, recordemos que hay un peso promedio que debe subir la mujer, ya hay aspectos como la desnutrición o el sobrepeso que pueden repercutir en la salud del bebé.

Dentro del proceso de embarazo es fundamental una buena actividad física de forma moderada, debido al movimiento se previene el estreñimiento, además de que mejora la respiración, y permite que el embarazo sea una experiencia cómoda.

Ahora bien es importante recalcar que durante el embarazo la mujer no debe consumir drogas ni alcohol, ya que todo lo que la madre consume llega directamente al útero, y puede tener efectos inmediatos o a largo plazo en el producto.

También es importante que la mujer cuide su salud sexual ya que las enfermedades de transmisión sexual son contagiables al feto, entre las cuales están el SIDA, la Sífilis, la Gonorrea y el Herpes Genital; aunque también existen mujeres que desde antes del embarazo ya han contraído estas enfermedades y que con un descuido pueden contagiar a su bebé.

Además también existen otras enfermedades más comunes, como un resfriado que también puede afectar al feto.

Asimismo la edad de la madre también es importante al momento de concebir, ya que la edad promedio oscila entre los 20 y 30 años de edad para procrear, antes o después de ese rango pueden existir complicaciones en la madre o resultar un bebé con malformaciones u otras complicaciones.

## **2.5 CAMBIOS DE LA MUJER EMBARAZADA**

Con referencia a la Junta de Andalucía<sup>13</sup> durante el embarazo existe una serie de cambios físicos en la mujer embarazada, los cuales preparan al cuerpo, para que éste proteja al embarazo dentro de dichos cambios se encuentran los siguientes:

- Aumento de peso de manera gradual, durante nueve meses, el cual oscila entre los 8 y 12 kilos.
- Las mamas se preparan para la lactancia, por lo cual aumentan su tamaño, y los pezones y areolas se ponen más oscuros.
- Crecimiento del útero, en el cual se va a desarrollar el bebé.

---

<sup>13</sup> Recuperado el 22 de agosto de 2016 desde [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/embarazo\\_y\\_salud/lactancia\\_materna/embarazo.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo.pdf)

- La vagina se vuelve más elástica y aumenta el flujo vaginal.
- Aumento de las ganas de orinar, esto a causa de la presión que ejerce el útero sobre la vejiga.
- Cambios en la piel, lo que provoca estrías.
- Perdida o aumento de cabello, según el organismo de cada embarazada.
- Fragilidad de las uñas.
- Sensibilidad en boca, por lo cual puede haber sangrado de encías.
- Los sentidos se agudizan.
- Cambios en la columna vertebral, conforme transcurre el embarazo.

### **2.5.1 EMOCIONES EN EL EMBARAZO A NIVEL FISIOLÓGICO**

Tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas, entre las cuales tenemos la alimentación.

De forma fisiológica, el organismo materno sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente<sup>14</sup>.

Todas las modificaciones, tanto físicas como psicológicas, que suceden durante la gestación, tienen la consideración de fisiológicas. Es evidente que durante este periodo todo el organismo se ve afectado tanto anatómica como fisiológicamente en un proceso de adaptación a la nueva situación que se presenta en la mujer.

Las modificaciones que el organismo de la mujer sufre durante el embarazo han sido mencionadas anteriormente.

---

<sup>14</sup> Ampliación de tema 53 del volumen 2 de Matronas del Servicio Andaluz de Salud recuperado el 2 de septiembre de 2015.

## 2.5.2 APARATOS Y SISTEMAS INVOLUCRADOS EN EL EMBARAZO

Como se menciona anteriormente existen una serie de cambios a nivel fisiológico durante el embarazo, en la cual se ven involucrados algunos sistemas y aparatos del organismo de la mujer embarazada, entre ellos tenemos los siguientes:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Sistema circulatorio</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Su objetivo es asegurar la circulación placentaria para que el feto pueda recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita.</li></ul>  |
| <b>Modificaciones Hematológicas</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• En el embarazo hay modificaciones de los principales factores de coagulación provocadas por las hormonas: estrógeno y progesterona; estos cambios garantizan una rápida hemostasia en la superficie de adhesión de la placenta.</li></ul>  |
| <b>Aparato Urinario</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>• La estimulación hormonal que aparece durante el embarazo tiene como resultado la dilatación tanto de la pelvis renal como de ambos uréteres. Los trastornos con más frecuencia son: poliuria, polaquiuria, nicturia, glicosuria y pielonefritis.</li></ul>   |
| <b>Modificaciones en la Piel</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• En el tercer trimestre suelen aparecer las denominadas estrías. Su localización más frecuente la tenemos en nalgas, abdomen, mamas, entre otros, las cuales persisten durante toda la vida.</li><li>• Aumento de la pigmentación de la piel.</li><li>• Aparición de arañas vasculares, que son manchas rojas brillantes localizadas en cara, brazo y cuello.</li></ul> |

### **Modificaciones en las Glándulas Endócrinas**

- En el páncreas hay una mayor sensibilidad a la insulina a dosis más bajas de glucosa; la concentración de insulina basal en el plasma esta elevada en la segunda mitad del embarazo.
- Glándulas suprarrenales: aumento de las cifras de cortisol en plasma.
- Ovarios: aparición de folículos atrésicos ya que durante el embarazo no se produce ovulación.
- Tiroides: aumento de su tamaño durante la gestación.
- Hipófisis: aumento de la prolactina hipofisiaria a lo largo de la gestación.

### **Modificaciones del Aparato Digestivo**

- Pueden aparecer varios trastornos como son náuseas y vómitos, teniendo un componente hormonal y un psicológico; pirosis, la cual aparece a partir del 6° mes y sus causas pueden ser mecánicas y hormonales; estreñimiento, entre otras causas puede ser por defectos de la dieta; hemorroides, las cuales son producidas por el propio estreñimiento, y colestasis, durante la gestación aumenta la concentración de bilis.

### **Modificaciones en el Aparato Respiratorio**

- El consumo de oxígeno esta aumentado durante el embarazo.
- La capacidad inspiratoria está aumentada.
- La ventilación por minuto suele estar aumentada.

### **Modificaciones en el Metabolismo**

- El metabolismo está incrementado en un 20%.
- Hidratos de carbono: aumento de los niveles en plasma de insulina.

**Modificaciones del  
Cuello Uterino**

- El epitelio de revestimiento es el que más cambios sufre. Esto dependerá del número de partos, los cuales son un factor predisponente.

**Mamas**

- Sufren severas modificaciones durante el embarazo con el objetivo de que puedan cumplir su función como secretoras de leche.

**Esqueleto**

- Los trastornos más usuales del aparato musculo esquelético son calambres, lumbalgias y caries.

FUENTE: Ampliación del tema 53 del Volumen 2 de Matronas del Servicio Andaluz de Salud. Cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer en el embarazo (en línea). (Fecha de Consulta 2 de septiembre de 2015). Disponible en <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>

## **2.6 PSICOLOGÍA DEL EMBARAZO**

El embarazo es una época<sup>15</sup> en la que la mujer se ve desde un punto de vista diferente; el desarrollo hormonal influye en la psique de la mujer: sus necesidades y sentimientos se orientan en este momento hacia el mantenimiento y protección de la nueva vida y es frecuente que la embarazada mantenga una lucha interna debido a la contraposición de sus sentimientos. Todo esto como consecuencia de la evolución psicológica correlativa a la evolución fisiológica<sup>16</sup> producida en la mujer durante el embarazo; es decir los cambios físicos y hormonales del embarazo repercuten en el estado emocional de la mujer en cada trimestre.

---

<sup>15</sup> Enciclopedia Familiar de la Salud. Información Médica al alcance de todos. (2004). Ed. Everest: España.

<sup>16</sup> ZIMMERMANN M. (1998). Enciclopedia de Sexualidad, programa educativo. Embarazo y parto. Editorial: Cultural. Madrid, España.

La actitud de la mujer embarazada durante el primer trimestre depende en gran medida de su salud psíquica, de su capacidad de ver al bebé en el interior de ella misma, de anticipar su llegada. Las primeras reacciones serán muy diferentes, dependiendo si el embarazo es o no deseado, se dan sentimientos ambivalentes de deseo y rechazo (Zimmermann, 1998).

El segundo trimestre es considerado como el período de la tranquilidad. Alrededor del cuarto o quinto mes, se acepta más el embarazo y el deseo de tener al hijo. En el tercer trimestre su hijo pasa a ser el único centro de interés; sin embargo existe angustia ante el temor del parto o algún daño físico.

Según la Zimmermann (1998) el estado emocional de una mujer embarazada también puede afectar a las reacciones y desarrollos fetales, si éstas atraviesan por situaciones de stress emocional; debido a que antes de nacer, el feto es un ser profundamente sensible que establece una relación intensa en su macro y matro<sup>17</sup> entorno gestacional, por lo que su desarrollo depende de los cuidados maternos y de la calidad de vida que le brinde las mejores oportunidades de crecer, desarrollarse y ser un individuo en todas sus capacidades físicas, intelectuales y psicoafectivas.

De acuerdo con la Enciclopedia Familiar de la Salud (2004) los estados de ánimo que la madre manifiesta a través de su voz, los latidos del corazón, los ruidos intestinales o sus movimientos influyen en gran medida en el no nacido; el nerviosismo, el enfado o la depresión son factores que pueden producir diversos cambios físicos en el bebé.

Por lo tanto durante el embarazo conviene rechazar<sup>18</sup> las situaciones conflictivas, los disgustos, depresiones, cambios de ánimo, exceso de trabajo y preocupaciones; pero sin embargo el estímulo más positivo que puede recibir la mujer embarazada es la

---

<sup>17</sup> SOLIS Linares, H. y Morales Alvarado, S. (2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Revista Horiz Médica.

<sup>18</sup> Enciclopedia Familiar de la Salud. Información Médica al alcance de todos. (2004). Ed. Everest: España



comprensión, delicadeza y esperanza confiada del esposo, ya que sin duda es la persona que más y mejor puede ayudar a la mujer embarazada.

## **2.7 EMBARAZO Y EJERCICIO**

A lo largo de la historia, las recomendaciones de los médicos a las embarazadas con respecto a la actividad física se han basado más en criterios sociales o culturales, que en evidencias científicas contrastadas<sup>19</sup>.

Dicho de otro modo el embarazo en sí no es un impedimento<sup>20</sup> para que la mujer embarazada siga haciendo deporte, y está bien que lo haga, algunos deportes como la gimnasia, la natación, montar en bicicleta y dar buenos paseos estimulan la circulación a la vez que fortalecen la musculatura; sin embargo debe tomarse en cuenta que una futura madre en ningún caso debe rebasar los límites de su resistencia física.

Según Clapp (1987) citado por Walker (2006) la mujer embarazada con buena condición física y sana que continua con su pauta de ejercicio durante el embarazo consigue efectos beneficiosos en múltiples aspectos del proceso del parto sin incrementar el riesgo en el feto o neonato.

Si tenemos en cuenta que la actividad física adaptada es un proceso de la cultura física, en el cual se planifica y actúa para dar respuesta a las necesidades y posibilidades de quienes la practican, entonces las actividades físicas constituyen una

---

<sup>19</sup> WALKER, C. (2006). Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Ed. ELSEVIER MASSON: España.

<sup>20</sup> Enciclopedia Familiar de la Salud. Información Médica al alcance de todos. (2004). Ed. Everest: España

forma de estimulación de las potencialidades físicas, cognoscitivas, afectivas, sociales y motrices de quienes la practican<sup>21</sup>.

## **2.8 PARTO**

Es la etapa final del embarazo en la cual el feto recorre el camino, que separa su alojamiento uterino del exterior, y termina una vez que ha nacido el niño y se han expulsado la placenta y sus membranas (Zimmermann, 1998).

Además proporciona una serie de signos para el parto:

- Aligeramiento: Se experimenta cuando el feto mismo se orienta de tal manera que su cabeza, o las nalgas, se colocan en la cavidad de la pelvis, en la parte inferior del útero.
- Mayor flujo: Consiste en un tapón mucoso pequeño y con manchitas de sangre que se ha desprendido del canal cervical debido a la dilatación del cuello uterino.
- Descarga del líquido amniótico: Debido a la ruptura de la bolsa de agua.
- Comienzo de las contracciones

### **2.8.1. PREPARACIÓN PARA EL PARTO**

Cada mujer es diferente y cada embarazo es también diferente. Ningún parto es igual y ninguna mujer tiene los mismos síntomas, los factores físicos y psicológicos varían, por lo que cada parto es único y especial (Walker, 2006).

---

<sup>21</sup> GARCÉS C., J. (2009). Actividad física adaptada para poblaciones especiales. Material instruccional para la Licenciatura en Actividad Física y Salud. Misión Sucre: Venezuela.

Es decir, no importa que una sea el primer embarazo de una mujer o que ya haya tenido otros más, cada embarazo es una experiencia diferente y ninguno se compara con otro, es un momento único e irrepetible sin importar el número de embarazo que sea. Inclusive pueden desarrollar sintomatología diferente respecto a las emociones.

Por lo anterior es importante que tanto la mujer como la pareja lleven a cabo una preparación psicoprofiláctica.

Por consiguiente los diversos métodos de preparación al parto consisten en una información suficiente a través de una enseñanza teórica y unos ejercicios de respiración, relajación y gimnasia (Zimmermann, 1998). Donde la enseñanza teórica pretende hacer comprender como se ha producido la fecundación y el consiguiente embarazo y cómo será posible el parto, explicando las razones por las cuales, con una preparación adecuada, el parto no será tan doloroso; los ejercicios de respiración y relajación se explican y practican; su importancia radica en una buena oxigenación fetal y amortiguación del dolor; y la gimnasia tiene por finalidad desarrollar los músculos que han de intervenir en el parto, facilitando la expulsión. Tomando en cuenta que existen diferentes métodos psicoprofilácticos pero sin embargo hay tres que son considerados lo más comunes, Dick, Bradley y Lamaze, los cuales serán abordados en otro capítulo.

El parto puede ser vivido como una experiencia extraordinaria física y emocional o puede resultar dramática si la mujer se cierra en sí misma, no supera sus miedos, no controla su estrés y se deja llevar por el descontrol<sup>22</sup>. Por ello, se considera importante la preparación durante el embarazo.

Para González J. et.al. (2006) la preparación maternal es una actividad que se propone para que la pareja pueda vivir activamente y colaborar en el embarazo y parto de su hijo. Con la información que se da en los cursos se intenta disminuir el miedo al parto,

---

<sup>22</sup> WALKER, C. (2006). Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Ed. ELSEVIER MASSON: España.

explicar el desarrollo del embarazo, el parto y los métodos de asistencia, así como la atención al recién nacido. También se enseña la forma práctica de relajarse y a realizar la respiración adecuada en cada momento del parto para ayudar a su evolución y disminuir el dolor.

## **2.9 SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO**

Durante el periodo de embarazo se presentan algunos síntomas que deben atenderse, así como signos (alarma) según Brukner (2001) citado en Walker (2006); estos suelen ser:

- Aceleración de la Respiración.
- Cualquier dolor abdominal inexplicable, intenso y continuo.
- Taquicardia o irregularidades en los latidos cardiacos.
- Dolores de cabeza acompañados de inflamación, además de fuertes y persistentes.
- Contracciones muy fuertes, intensas o muy frecuentes.
- Enfermedades óseas o musculares.
- Presión arterial elevada.
- Visión borrosa.
- Partos prematuros.
- Placenta previa.
- Rotura de la bolsa.
- Diabetes.
- Tres o más pérdidas.
- Fiebre mayor de 38°.
- Hemorragias.
- Mareos y cansancio.

- Dolor en el pubis.
- Dificultad al caminar.
- Dilatación temprana.
- Anemia grave.
- Flebitis.
- Insuficiente aumento de peso.

Además de estos hay otros signos que pueden considerarse como anormales o pueden producir un malestar en la embarazada y suelen requerir de atención médica:

- Pérdida de sangre por la vagina, por muy pequeña que sea.
- Náuseas y vómitos intensos.
- Disminución repentina y acusada de la cantidad de orina.
- Dolor y escozor al orinar.
- Hinchazón repentina de pies, manos y cara.
- Pérdida de líquido por vagina, acompañada o no, de escozor o picor genital.
- Cambio brusco del tamaño del útero.
- Ausencia de movimientos fetales, a partir del 5° mes.

Se consideran anormales porque pueden afectar el proceso de embarazo, inclusive pueden provocar muerte fetal, del mismo modo también pueden ser producto de la ansiedad provocada por este periodo, eso será determinado por el especialista correspondiente.

## **CAPÍTULO III. ANSIEDAD**

### 3.1 ANSIEDAD

*“LA ANSIEDAD ES EL COMIENZO DE LA CONCIENCIA, LA CUAL ES EL PADRE DEL ALMA PERO NO ES COMPATIBLE CON LA INOCENCIA”.*

*Angela Carter*

Sabemos que existen diferentes emociones que el ser humano experimenta durante su vida y que conducen a un modo de actuar, además de que cada emoción juega un papel singular que se reflejará en su sintomatología; pero que específicamente hay otras que son muy particulares de la mujer en gestación, entre ellas la ansiedad, la cual definiremos desde diferentes perspectivas.

Todas las mujeres embarazadas tienen momentos ansiosos. Estas pacientes tienen temores y preocupaciones relativos a los cambios corporales, la posibilidad de un trabajo de parto difícil y preocupaciones relacionadas con la salud del niño. Los sentimientos ambivalentes y contradictorios con respecto al embarazo pueden predisponer a una mujer a un estado de ansiedad (Reyes Carbajal).

La ansiedad se define como una sensación de peligro indefinido que no somos capaces de concretar. Es normal que durante el embarazo se experimenten momentos de este tipo, debidos a los cambios fisiológicos y vitales que el embarazo implica. Los momentos de ansiedad son, normales, siempre que no sean constantes o lo suficientemente importantes como para condicionar la vida de la embarazada, impidiendo llevar a cabo actividades normales.<sup>23</sup>

Según Reynolds (2006) la ansiedad es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano y se encuentra presente a lo largo de toda su vida. Constituye una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro y su finalidad es la protección del individuo.

---

<sup>23</sup> Recuperado el 2 de febrero de 2015, desde <http://inatal.org/el-embarazo/los-sintomas/el-sistema-nevioso-y-las-emociones/223-ansiedad-durante-el-embarazo>

O sea que la ansiedad es una emoción común en los individuos que va a producir respuestas como un arma de defensa ante la situación amenazante.

Mientras que para la Enciclopedia de Ciencias de la Educación es una agitación, inquietud, tensión que acompaña a algunas enfermedades; está asociada a cambios en la actividad fisiológica del Sistema nervioso Autónomo.

Esto debido a que todas las funciones del cuerpo vienen comandadas desde el Sistema Nervioso. A diferencia de Reynolds la Enciclopedia de Ciencias de la Educación más que una definición de ansiedad, refiere una serie de síntomas presentados ante una situación de alerta a los que nombra como ansiedad.

Reynolds (2006) además también nos dice que puede definirse como un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.

En el caso de la mujer embarazada la amenaza es el futuro bebé, los cambios que se van transitando durante el embarazo, y posteriormente el momento del parto, todo esto provoca ansiedad. Recordemos que el embarazo se compone de tres trimestres y cada uno tiene sus propios síntomas psicológicos, sin embargo el trimestre que se considera el más tranquilo es el segundo, ya que en el primero los cambios hormonales, la aceptación, entre otros producen ansiedad; y en el último trimestre que es la etapa final del embarazo, el pensar en el parto trae consigo ansiedad.

La ansiedad es una emoción natural que es experimentada como una emoción desagradable, negativa, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (SEAS, 2003). Para afrontar esta situación es importante que el individuo se ponga en alerta.



De acuerdo a SEAS (2003)<sup>24</sup> la reacción emocional puede observarse a un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable).

- **Cognitivo-subjetivo:** la ansiedad se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios psicológicos (cardiacos, respiratorios, etc.)
- **Fisiológico:** la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros, como el Sistema Nervioso Central, Sistema Endocrino, Sistema Inmune, etc. De todos los cambios que se producen el individuo solo percibe algunos cambios.
- **Motor u observable:** la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc.), llanto, tensión en la expresión facial, etc.

Klein (1950; citado por Salvatierra, 1989) en un estudio con 27 primigestantes logro identificar dos tipos de temores como fuentes de ansiedad. El primero hace referencia al temor por ellas mismas (por su salud, complicaciones en el embarazo y el parto, miedo al dolor y a la muerte) así mismo a problemas económicos. El segundo gran temor identificado hace referencia al hijo (a un posible aborto, malformación, muerte intrauterina o neonatal, normalidad mental y embarazo múltiple).

Por lo anterior se puede señalar que los principales temores y preocupaciones están enfocados a la mujer en sí misma y al niño; y estos desencadenan en ansiedad.

---

<sup>24</sup> Sociedad Española para el estudio de Ansiedad y el Estrés SEAS (2003). ¿Qué es la ansiedad?

Las características principales de la ansiedad a nivel fisiológico son: tensión muscular, taquicardia, hiperventilación, cefalea tensional, exudación, náuseas, vértigo, hipertensión, adormecimiento, emesis, escalofrío, sin que exista ninguna etiología médica que la sustente<sup>25</sup>.

Esta serie de síntomas si bien no tienen una base médica, son producto de la respuesta ante una situación de amenaza o alerta, característicos de la ansiedad.

La mayoría de las embarazadas intuyen que su estado anímico influye en su bebé y cuando están estresadas suelen manifestar su preocupación por cómo afectará su estado al bebé; ya que durante el embarazo la mamá es una sola con dos cuerpos, y todo lo que externamente le causa malestar de manera física o emocional llega al útero, que es en donde se está desarrollando el bebé, y por ello repercute directamente en éste.

La ansiedad es una respuesta emocional que se pone en marcha ante la percepción de amenaza o resultado incierto, ante la que se genera un estado de alerta cognitivo (atención centrada, procesamiento rápido de información), activación fisiológica del organismo (preparación para la acción) e inquietud motora (puesta en marcha de conductas rápidas), estado que podría mejorar el nivel de respuesta del individuo al entorno (Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008).

Por ello según Miguel Tobal & Cano-Vindel (1995) en Ramos-Cejudo y Cano-Vindel (2008) la ansiedad es una reacción en principio deseable, porque tiende a ayudarnos a buscar y generar respuestas alternativas que encuentren un mejor resultado; a menos que se experimente excesivamente intensa, frecuente o duradera, lo que daría lugar a posibles interferencias en la vida cotidiana de las personas generando además un profundo malestar y conformando posibles trastornos.

---

<sup>25</sup> Ansiedad a nivel fisiológico. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 desde [www.facmed.unam.mx/deptos/familiar.compendio](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar.compendio)

Beck (1984, en Payne 2002) refiere que la ansiedad emerge de un modo de pensar erróneo; ya que es creada por modelos erróneos de pensamiento que hacen que el individuo tenga visiones distorsionadas de los hechos.

Entonces según Beck el individuo ve y piensa lo que no es, por que distorsiona la realidad del acontecimiento.

Según Payne (2002) la adrenalina está asociada con la ansiedad y con la conducta de huida; se incrementa el aporte de sangre a las piernas, se experimentan sensaciones de amenaza y las capacidades mentales se reducen. Recordemos que al inicio del capítulo se habla de las cinco hormonas que tienen que ver con las emociones, entre ellas la adrenalina y se explica la relación que existe con la ansiedad.

Por lo tanto, podemos definir la ansiedad como un estado emocional y anticipación de daño o desgracia futuros, que se acompaña de cambios somáticos como taquicardias, sudoración, temblor entre otros y además también incluirá cambios psíquicos como preocupación, miedo, etcétera.

De acuerdo a las perspectivas anteriormente citadas, la ansiedad se puede manifestar de tres formas que incluyen diferentes síntomas: cognitivos, fisiológicos y conductuales; si la mente lo crea y acepta acelera la manifestación fisiológica y por ende a su vez está disparará los síntomas conductuales.

Aunque es importante hacer hincapié que la ansiedad es una emoción cotidiana y por ende se consideran normales ciertos niveles y recurrencia de la misma en la vida diaria de las personas, sin embargo, no así en la mujer embarazada por todo lo que implica el embarazo.

### 3.2 CAUSAS DE LA ANSIEDAD

Según Eysenck (2007) en Maya (2015), aquellos individuos que presentan un alto rasgo de ansiedad se caracterizan por la presencia fundamental de tres tipos de sesgos:

- **Sesgo atencional:** Es la tendencia a centrar la atención en los estímulos del entorno potencialmente amenazantes.
- **Sesgo interpretativo:** Se interpretan las situaciones ambiguas o neutras como amenazantes.
- **Sesgo de memoria:** Tendencia a recordar los acontecimientos congruentes con el estado de ánimo negativo.

Como ya se mencionó anteriormente la ansiedad es una de las emociones básicas del individuo, la cual se pone se activa con un factor llamado percepción, ante una situación de amenaza o de peligro, que conlleva un nivel máximo de adaptación de la especie a su entorno; que son respuestas adaptativas, a nivel filogenético y ontogenético<sup>26</sup>.

Para Bados y Sanz (2005) las características principales de la ansiedad son: preocupación excesiva o incontrolable, generada por una amplia variedad de acontecimientos como pueden ser trabajo, salud, relaciones, entre otros. Sin embargo, también existen otros síntomas de la ansiedad como inquietud persistente, dificultades para concentrarse, tensión muscular excesiva, temblor, fatiga, irritabilidad o trastornos del sueño; aunque cabe resaltar que si supera la capacidad adaptativa de la persona se puede convertir en patología, y por lo tanto los síntomas van a afectar lo físico, lo psicológico y lo conductual.

---

<sup>26</sup> RAMOS Cejudo, Juan (2011). El Efecto del Estrés y del Rasgo de Ansiedad en el Procesamiento de la Información Amenazante: Un Estudio Experimental Basado en el Sesgo Atencional. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid.

### 3.3 CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD

Como ya se mencionó anteriormente si la ansiedad excede los parámetros normales puede llegar a ser patológica y esto por ende va a alterar el comportamiento del individuo, y entonces si era una reacción defensiva ahora será una amenaza para el individuo ya que no podrá controlarse; cuando ya es patología debe ser tratada por especialistas, como un psicólogo o un psiquiatra.

Según Carbelo (2005) en Maya (2015), algunos de los principales síntomas que se incluyen en un trastorno de ansiedad son los siguientes:

- **A nivel emocional:** irritabilidad, aprensión, inquietud, angustia, nerviosismo, desconcierto, temor, sobreexcitación, preocupación.
- **A nivel cognitivo:** Confusión, bloqueo de pensamiento, olvido, déficit de atención, disminución de la capacidad para resolver problemas, aprender.
- **A nivel conductual:** Disminución de la productividad, aumento de conductas de control y vigilancia, lanzar miradas alrededor, movimientos extraños o repetitivos, insomnio.
- **A nivel fisiológico:** Voz temblorosa, temblor de manos, aumento de la respiración, urgencias urinarias, aumento del pulso, aumento o disminución de la tensión, diarreas, anorexia, sequedad de boca, espasmos musculares, dolor abdominal.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura y se clasifica de la siguiente manera:

Trastorno	Características	Manifestaciones	Observaciones
<b>Ansiedad por separación</b>	Ansiedad excesiva ante el alejamiento	Preocupación excesiva y	Aparece al estar separados de su

	del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado.	persistente, resistencia a estar fuera de casa, pesadillas.	hogar o de las figuras de mayor apego. Se desarrolla con frecuencia después de un estrés vital, en especial de una pérdida.
<b>Mutismo selectivo</b>	Cuando se encuentran con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. Caracterizado por una elevada ansiedad social.	Timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social, "pegarse" a otros, rasgos compulsivos, negativismo y pataletas.	Aparece en las interacciones sociales con niños y adultos.
<b>Fobia específica</b>	Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica.	Miedo o ansiedad a objeto o situaciones claramente circunscritos. Deterioro social.	Se desarrolla tras un acontecimiento traumático.
<b>Fobia social</b>	Marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser	Rubor, temblores, sudoración, trabarse con las palabras o no poder mantener la mirada.	Los individuos sobreestiman las consecuencias negativas de las situaciones sociales, muestran posturas

	analizado por los demás.		corporales excesivamente rígidas, contacto ocular inadecuado, voz demasiado baja.
<b>Pánico</b>	Aparición súbita de miedo intenso.	Palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de asfixia, sensación de ahogo, náuseas, mareo, escalofrío, parestesias, miedo a perder el control, miedo a morir.	Puede aparecer espontáneamente o estar provocado por un estímulo.
<b>Agorafobia</b>	Marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones,	Mareos, desmayos, miedo a morir, vómitos, síntomas inflamatorios del intestino.	Pensamientos de que algo terrible podría suceder.  Puede motivar que los individuos se queden totalmente confinados en casa.
<b>Ansiedad generalizada</b>	Ansiedad y preocupación excesiva sin causa real que los provoque.	Inquietud, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas del sueño.	Preocupaciones excesivas que interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial.

<b>Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos</b>	Presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia.	Durante la intoxicación, durante la abstinencia o después del consumo de medicamentos.	Comienza con la sustancia específica que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad.
<b>Ansiedad debida a otra afección médica</b>	Es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica.	Manifestaciones de ansiedad o de pánico prominentes.	Afecciones orgánicas como enfermedades endocrinas, trastornos cardiovasculares, enfermedades respiratorias, trastornos metabólicos y enfermedades neurológicas.
<b>Otro trastorno de ansiedad especificado</b>	Se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.	No cumple con los criterios de un trastorno de ansiedad específico.
<b>Otro trastorno de ansiedad no especificado</b>	Se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.	No cumple con los criterios de un trastorno específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente



	trastorno de ansiedad específico.		información para hacer un diagnóstico más específico.
--	-----------------------------------	--	---

FUENTE: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, elaborado por la Asociación de Psiquiatría (2014).

### 3.4 ANSIEDAD Y CEREBRO

El cerebro es el órgano que dirige y coordina las actividades y funciones de nuestro cuerpo; es también el encargado de almacenar todos los estímulos que recibimos diariamente con el fin de adaptarse a ellos, dando como resultado las bases de la personalidad de cada individuo (Ramos, 2014).

Ahora bien, para desarrollar sus funciones, el cerebro está dividido en sistemas que interactúan entre sí; entre ellos el sistema límbico, que es del encargado de procesar las emociones. A su vez este se compone de estructuras, de las cuales cada una tiene su función.

- **Hipotálamo:** órgano encargado de mantener el equilibrio hormonal de cuerpo, lo que se conoce como homeostasis. Regulando el ritmo cardíaco, la presión arterial y la respiración. Mide los niveles de dolor, placer, hambre, libido e ira que experimentamos.
- **Hipófisis o pituitaria:** es la encargada de regular la producción de hormonas en el cuerpo.
- **Hipocampo:** se encarga de la memoria. Nos permite almacenar nuevas experiencias y es esencial para el condicionamiento.
- **Amígdala:** órgano encargado de la autopreservación y el deseo.
- **Córtex prefrontal y área septal:** son estructuras cerebrales encargadas del pensamiento y la reflexión.

Belmonte (2007) refiere que el cerebro es el origen de las emociones, tras los componentes conscientes subyacen e interaccionan toda una serie de mecanismos cerebrales no conscientes, que determinan de manera decisiva las características conscientes del pensamiento y la emoción.

Entonces las emociones, incluida la ansiedad, son la reacción psicológica ante un estímulo externo; son capaces de producir una respuesta fisiológica de acuerdo con su intensidad, determinada por cinco hormonas emocionales<sup>27</sup>: dopamina, endorfinas, serotonina, adrenalina y esteroides.

Cada una de estas hormonas antes mencionadas tiene una función específica:

- **Dopamina:** mantiene una estrecha relación en la formación de la conducta a través del condicionamiento de recompensa y castigo. Activa un efecto simpático inicial que resulta en el incremento del ritmo cardiaco. Producen un efecto estimulante.
- **Endorfinas:** grupo de neurotransmisores con efecto analgésico producidas a nivel del hipotálamo y la hipófisis. Se secreta en respuesta a periodos de ejercicio, excitación, orgasmo y dolor físico, aunque también en algunos procesos mentales como fantasías, reflexiones, recuerdos y meditación. Cabe resaltar que incrementan el umbral de dolor y retrasa la percepción del mismo. Tienen un efecto inhibitorio de sedación, que permite a la mente preservar un estado de relajación.
- **Serotonina:** es un neurotransmisor sintetizado; a nivel cerebral ejerce una doble función, tanto cognitiva como reguladora. El déficit de serotonina se relaciona con afecciones anímicas como la ansiedad y la depresión.
- **Adrenalina:** hormona que se produce exclusivamente a nivel medular en las glándulas suprarrenales, su efecto es estimulante. A nivel psicológico, es la

---

<sup>27</sup> RAMOS Frayjo Martínez, M. A. (2014). El origen de las emociones. México: Ed. Trillas.

percepción de peligro; a nivel fisiológico el estímulo causal es el dolor; en el aspecto emocional se acompaña de miedo.

- **Esteroides:** son una familia de hormonas, conocidos como hormonas del estrés. Anímicamente se relacionan con el deseo y la motivación, al igual que con el enojo ante cualquier obstáculo.

Las hormonas que se relacionan con el embarazo son las endorfinas por el incremento del umbral de dolor; la serotonina, ya que una deficiencia en esta hormona lleva a la ansiedad, y la adrenalina, debido a que su estímulo causal es el dolor.

Es así como la ansiedad dentro de las emociones, alteran o modifican algunos comportamientos pues la ansiedad según Gutiérrez (1996) cumple una función de impedir algún daño a través de respuestas preparatorias; por lo tanto pone en práctica un doble mecanismo: el cognitivo y el conductual.

- **Mecanismo cognitivo:** consiste en la activación de un estado que prioriza la detención de señales informativas ambientales asociadas con amenazas o peligros futuros.
- **Mecanismo conductual:** se encuentra relacionado con los recursos de la persona para aliviar en lo posible el daño percibido anticipadamente; dichos recursos pueden ser de tipo fisiológico, incrementando así la actividad simpática del Sistema Nervioso Autónomo y Motor, que aumenta la tensión muscular y rapidez de los movimientos corporales.

### **3.5 EMBARAZO Y PSICOLOGÍA**

La mujer experimenta distintos sentimientos a lo largo de la espera del nacimiento de su hijo. Es necesaria la aceptación emocional y psíquica del embarazo por parte de la futura mamá.

La mujer vive profundos cambios en el embarazo; aunque los físicos son los más notorios, no son los únicos. Adaptarse psicológicamente al embarazo lleva su tiempo y cada trimestre tiene sus características.

Según Di Bártolo en el embarazo se provocan cambios emocionales en la mujer y al mismo tiempo la psicología particular de cada mujer afecta su embarazo:

### **Primer trimestre:**

Presencia de náuseas y vómitos, se relaciona con ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información del embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión, otros síntomas somáticos, y disfunción social. La fatiga se puede asociar a la depresión y ansiedad.

El sueño es una manifestación física de que la futura mamá está intentando reacomodarse a su nueva realidad psíquica; se retrae sobre sí misma y busca descansar a solas, lo que le permite ir elaborando paulatinamente los cambios que vendrán.

La hipersensibilidad de la mujer, el humor cambiante y la irritabilidad es una de las características del embarazo y se expresa también en los sentimientos ambivalentes que experimenta: por un lado, se siente muy vulnerable y, por el otro, muy fuerte.

### **Segundo trimestre**

El embarazo es una realidad. La mujer se sentirá más serena y positiva porque los niveles hormonales tienden a estabilizarse.

Algunas mujeres experimentan un aumento de la libido debido a los mayores niveles hormonales y al hecho de que el cuerpo se encuentra más sensible al tacto.

El miedo a las malformaciones es una de las mayores preocupaciones.

### **Tercer trimestre**

La futura mamá tiene sentimientos ambivalentes: quiere que su hijo nazca pronto pero, a la vez, teme al parto o, ante la inminencia de grandes cambios en su vida, manifiesta deseos de que todo siga igual.

## **CAPÍTULO IV. EMBARAZO Y ANSIEDAD**

#### 4.1 DEFINICIÓN DE EMOCIONES

*“ME DOY CUENTA QUE SI FUERA ESTABLE, PRUDENTE Y ESTÁTICO; VIVIRÍA EN LA MUERTE. POR CONSIGUIENTE, ACEPTO LA CONFUSIÓN, LA INCERTIDUMBRE, EL MIEDO Y LOS ALTIBAJOS EMOCIONALES, PORQUE ÉSE ES EL PRECIO QUE ESTOY DISPUESTO A PAGAR POR UNA VIDA FLUIDA, PERPLEJA Y EXCITANTE”.*

*Carl Rogers*

La búsqueda por comprender las emociones se remonta al tiempo inmemorial en que se desarrollaron los ideales del amor y el deseo, aun antes de que existieran palabras para expresarlos. A lo largo de la historia, el ser humano ha percibido las emociones de distintas maneras. Los guerreros las consideran una debilidad, al disminuir la concentración y la devoción de sus soldados; para los artistas, son el origen de toda creatividad; para los protectores de la paz y cuerpos de ayuda, éstas ofrecen un estímulo para anteponer el bienestar ajeno al propio, lo cual también aplica para los integrantes de una familia; y para los científicos y médicos, las emociones son un fenómeno secundario a las experiencias presentadas en la vida, mismas que interfieren con la objetividad de una persona (Ramos Frayjo Martínez, 2014).

Es decir que la definición que se le dé a emoción dependerá según el ámbito o ciencia que busque definirla. Ahora bien veremos una serie de definiciones sobre lo que es una emoción desde diferentes autores.

Todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado. Etimológicamente la palabra emoción viene de motere que es “mover” además del prefijo “e” que implica alejarse (Goleman, 1995).

Desde este autor, entonces, la emoción es una tendencia a actuar, moverse de la situación.

La emoción es la percepción de activación (arousal), del sistema nervioso vegetativo, con aumento generalizado y difuso de los órganos periféricos (frecuencia cardiaca, tensión arterial, etc.).<sup>28</sup>

Es decir, el sistema nervioso está en estado de alerta ante diversas situaciones, es como un receptor que manda la información al sistema nervioso vegetativo, para posteriormente manifestarla ante los diversos órganos, lo que pone en estado de alerta, según la emoción que se desencadene.

Según la Enciclopedia Ciencias de la Educación, la emoción es un fenómeno de tipo afectivo que se acompaña por una conmoción orgánica característica en el comportamiento del individuo, de emergencia o alarma. Por ser un estado complejo del organismo, incluye cambios fisiológicos del más amplio carácter como la respiración, secreción glandular, pulso, etc.; como ya lo mencionamos anteriormente.

O sea que al involucrar el aspecto afectivo, por ende tendrá una manifestación externa, la cual incluirá los cambios antes mencionados, es decir, lo sentimos y lo manifestamos. Por ejemplo ante una situación de miedo la respiración puede acelerar su ritmo.

En cambio Díaz (2010) dice que las emociones son reacciones subjetivas al ambiente que van acompañadas de respuestas neuronales y hormonales; las cuales generalmente se expresan como agradables o desagradables y se consideran reacciones de tipo adaptativo que afectan a nuestra manera de pensar y ser. Menciona además que la experiencia de una emoción involucra tres componentes: fisiológico, verbal y conductual.

El cuerpo al detectar que se encuentra en una situación de alarma, lo manifestará con respuestas hormonales como las que se han ido mencionando, y esto, afecta al individuo de manera psicosocial; primero será el componente fisiológico,

---

<sup>28</sup> Definición de emoción. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 desde <http://facmed.unam./deptos/familiar>



posteriormente la forma en que lo exprese y finalmente la manera en que lo manifiesta en cuando a conducta.

Del mismo modo Chóliz (2005) define las emociones como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica, la cual comprende tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo.

Esto quiere decir que según la emoción que presentemos va será la forma en cómo nos comportemos, por ejemplo si una persona siente tristeza lo reflejara posiblemente con llanto, silencio o aislándose. Además también involucra el sistema nervioso quien es el que comanda todas las funciones del cuerpo; considerando tres componentes, lo siento, lo expreso y lo manifiesto, respectivamente.

De igual manera en relación a lo mencionado por Díaz (2010) el Doctor Levenson del Departamento de Psicología de la Universidad de Berkeley, California, citado en Ramos (2014) refiere que las emociones son fenómenos psicofisiológicos que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo. Psicológicamente, alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guías de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria.

Los componentes que Levenson en Ramos (2014) distingue dentro de una emoción al igual que Díaz son tres, primero el efecto psicológico el cual modifica la percepción de la realidad; después la estimulación fisiológica que como ya se mencionó anteriormente, induce una respuesta neurológica y del sistema hormonal; y finalmente, el conductual, que genera patrones de predisposición hacia actividades y pensamientos específicos, ligados a la emoción que los genere, lo cual resulta en una respuesta condicionada.

La mente lo capta, distorsiona la realidad; después el componente fisiológico que al igual que Díaz (2010) tendrá dos respuestas: neuronal y hormonal; y por último el

componente conductual que condiciona al sujeto de acuerdo a la situación que provoque la emoción.

Según Zanjonc (citado en Díaz, 2010) la emoción puede producirse de forma automática sin que medie ningún tipo de cognición ni proceso evaluativo; además también dice que nuestras emociones pueden ser más rápidas que nuestras interpretaciones de una situación, lo que implica que:

- Sentimos algunas emociones antes de pensarlas
- Algunas vías nerviosas implicadas en la emoción no pasan por las áreas corticales vinculadas al pensamiento.

Esto según Zanjonc, sería primero sentir sin que implique el pensamiento; es decir, se da la emoción sin que permita haber ningún tipo de proceso cognitivo que permita evaluar la situación y pensar en ella; se da sin pasar por el pensamiento.

Lazarus amplió la teoría cognitiva de las emociones, precisando que el tipo de emoción depende de una transacción entre la atribución causal de la situación estresante que haga el sujeto y la evaluación cognitiva de la significación de esta atribución, para el bienestar del mismo.<sup>29</sup>

Lazarus (1981, 1998; citado en Díaz, 2010) dice que la valoración e identificación de los acontecimientos también determinan nuestras respuestas emocionales, es decir, inconscientemente analizamos la situación vivida, para posteriormente manifestar la respuesta emocional acorde al momento.

Es decir, existen diversas emociones, y cada una dependerá de la situación que la cause y cómo el organismo de cada sujeto la reciba.

---

<sup>29</sup> Teoría de las emociones. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 desde <http://facmed.unam./deptos/failiar/>

Lang (1984; citado en Díaz, 2010) refiere que cada emoción esta codificada en la memoria mediante un esquema en el que se organizan tres tipos de información:

1. Información sobre los estímulos y el contexto
2. Información sobre nuestras propias respuestas
3. Información cognitiva sobre el significado

Desde otro punto según el tipo de información que se reciba será el tipo de manifestación que tendremos; es por ello los tres componentes de la emoción; fisiológico, psicológico y conductual.

Entonces podemos definir una emoción como una manifestación del cuerpo ante ciertas situaciones de emergencia o alarma, involucrándose aspectos neuronales y hormonales y que a su vez incluye tres aspectos físico, psicológico y conductual.

Además las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos a fin de establecer un medio interno ideal para el comportamiento más efectivo y sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno.

Por lo tanto, el origen de toda emoción es el dolor, así como la base de todo pensamiento es mitigar un dolor el cual se desarrolla al no cumplirse alguna de las necesidades básicas del cuerpo (Ramos, 2014).

Por ejemplo, si algo molesta, se manifiesta dolor a través de la emoción, apaciguándose ese dolor a través del cumplimiento de una necesidad. Ahora bien, si no se cumplen esas funciones, entonces el dolor se guarda en el cerebro a manera de manifestar una carencia y desencadena una situación de ansiedad.

Desde una perspectiva evolutiva, las emociones son consideradas como procesos adaptativos que han posibilitado la supervivencia de la especie a lo largo de su historia (Ramos Cejudo, 2011).

O sea, que hasta cierto punto, las emociones son necesarias en la vida de los individuos, ya que conllevan a la adaptación, sin embargo, cuando excede ciertos parámetros puede considerarse patológica.

Hemos revisado diferentes perspectivas de la emoción que nos proporcionan una postura más integral de dicho concepto; existen diferentes emociones y cada una puede manifestarse de múltiples maneras, sin embargo el presente trabajo es con mujeres embarazadas, por lo cual, dentro de las emociones existentes nos guiaremos bajo la emoción de ansiedad, que es la base de dicho trabajo, porque como ya se mencionó es con mujeres gestantes. Y esto se va a dar cuando la mujer embarazada sienta que los recursos personales para afrontar las demandas al embarazo no son suficientes, por lo tanto, al embarazo como amenazante y esta emoción será desagradable.

## **4.2 EMOCIONES Y CEREBRO**

El cerebro es el órgano que dirige y coordina las actividades y funciones de nuestro cuerpo; es también el encargado de almacenar todos los estímulos que recibimos diariamente con el fin de adaptarse a ellos, dando como resultado las bases de la personalidad de cada individuo (Ramos, 2014).

Es decir, el cerebro es quien manda las funciones, nuestro organismo las recibe y procede a realizar los comandos. Además, de ser un almacén que guarda lo que se recibe del exterior.

Belmonte (2007) refiere que el cerebro es el origen de las emociones, tras los componentes conscientes subyacen e interaccionan toda una serie de mecanismos cerebrales no conscientes, que determinan de manera decisiva las características conscientes del pensamiento y la emoción.

Al ser el cerebro la base fundamental en la formación de la personalidad, por ende también es ahí donde se originan nuestras emociones y aquellos mecanismos no conscientes.

La emoción es la percepción de activación (arousal), del sistema nervioso vegetativo, con aumento generalizado y difuso de los órganos periféricos (frecuencia cardiaca, tensión arterial, etc.).<sup>30</sup>

Una emoción se va a ver reflejada de manera consciente por diversos sistemas que la hacen notar a través de aumento de ritmo cardiaco, nerviosismo, etc.

### **4.3 SALUD MENTAL PERINATAL**

Desde los inicios de la historia de la psiquiatría, se ha sabido que el nacimiento de un hijo puede acarrear complicaciones psiquiátricas. En el año 1551 Rodríguez Castelo Blanco, un médico portugués que trabajaba en Roma, describió la melancolía puerperal. En el año de 1757 un médico inglés describió en los Proceedings of the Royal Society, obsesiones de infanticidio. Está fue la primera mención de un grupo de trastornos de ansiedad (Maldonado-Durán, 2011).

El embarazo en la mayoría de las mujeres es un periodo de desarrollo y adaptación psicológicos, existen algunas mujeres cuyos antecedentes, su situación de vida o experiencia personal las coloca en un riesgo mayor de sufrir dificultades emocionales durante el embarazo y en el periodo postparto. Las mujeres con antecedentes de dificultades psicológicas o aquellas que han experimentado abuso o traumatismo sexual tienen un riesgo elevado. Las mujeres con dificultades maritales o de relación o las que tienen problemas económicos o laborales serios también se encuentran en mayor riesgo. Dado que la capacidad para dar afecto a un hijo está directamente relacionada con la experiencia de haber recibido (Reyes Carbajal).

---

<sup>30</sup> Recuperado el 8 de septiembre d 2015 desde <http://facmed.una./deptos/familiar/>

#### 4.4 EMOCIONES EN EL EMBARAZO A NIVEL SOCIAL

Cada cultura posee creencias establecidas de cuáles son las conductas apropiadas en el embarazo; las expectativas y comportamientos de las gestantes y futuras madres se deben acomodar a dichas creencias y están condicionadas por estas.

Los objetivos psicosociales del embarazo son<sup>31</sup>:

- Aceptación del embarazo a nivel intelectual y emocional.
- Adaptación al papel materno que requiere la asignación al neonato de una identidad basada en la realidad.
- Actitud positiva materno-fetal como base de la relación afectiva con el hijo.

Por lo tanto el aspecto psicológico esencial es “ser consciente de la significación del embarazo”. Es decir el embarazo es una realidad, que viene acompañado cambios hormonales, físicos, psicológicos, entre otros.

La gestación, como indica Moliski (1986, citado en Salvatierra, 1989), plantea la aceptación de tres realidades:

- La aparición de un nuevo ser
- Profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y conllevan la posibilidad de daño corporal
- Cambio en el papel social

Estas realidades llevan a reacciones ambivalentes como pueden ser el deseo del hijo contra aceptación o rechazo de una gestación (Salvatierra, 1989), las reacciones pueden ser maximizadas si se dan dentro de una situación estresante, generando

---

<sup>31</sup> Objetivos psicosociales del embarazo. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 desde <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio>

niveles altos de ansiedad. Desea el embarazo y a la vez lo rechaza, es decir, sentimientos encontrados.

La gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial, es decir, una sucesión de tareas u objetivos, difíciles y comprometedoras, cada vez más exigentes; a lo que simultáneamente hay importantes descargas físicas y una concreta amenaza de daño; entonces la mujer es consciente de ello y experimenta preocupación y miedo.

El apoyo social según Cobb (1976, citado en Bravo, 1991) es la información que lleva a la persona a creer que es cuidada, amada, estimada, valorada y miembro de una red de comunicación; es decir, juntar lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda.

Por lo tanto, un apoyo social personal, estable, sensible, activo y confiable protege a la persona actuando como agente de ayuda.

Los lazos de una persona con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, pueden ser fuente de afecto, de recursos o ayudas prácticas y de información (Morales, 1999).

Por lo que la carencia de soporte social está implicada en el malestar psicológico; ya que la percepción de que otros den, ayuda a tener un efecto positivo y un mejor estado psicológico, por tal razón, la percepción de apoyo social mejora el bienestar en todos sus sentidos.

La persona se siente apoyada cuando se le expresa afecto positivo al igual que cuando se le alienta a expresar sus ideas libremente. La existencia de una red afectiva amortigua reacciones emocionales; sin embargo ante el aislamiento social, existen más quejas somáticas y más malestar psicológico.

En el caso de las embarazadas el apoyo social es de mucha importancia, ya que contar con redes de apoyo contribuye a un buen desarrollo gestacional, y además como ya se mencionó anteriormente favorece el bienestar.



**CAPÍTULO V. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA DISMINUIR LA  
ANSIEDAD EN EL EMBARAZO**

## 5.1 MÉTODOS Y TÉCNICAS

*“Los PROTAGONISTAS deben ser TÚ, tu BEBÉ y tu PAREJA, y no el médico que asiste”.*

De acuerdo a la Enciclopedia de Ciencias de la Educación, un método es el camino por el que se llega a cierto resultado, incluso cuando ese camino no ha sido fijado de antemano de manera deseada y reflexionada.

La palabra método hace referencia a ese conjunto de estrategias y herramientas que se utilizan para llegar a un objetivo preciso, el método por lo general representa un medio instrumental por el cual se realizan las obras que cotidianamente se hacen. (Recuperado el 20 de febrero de 2017 desde <http://conceptodefinicion.de/metodo/>).

Cualquier proceso de la vida requiere de un método para funcionar, etimológicamente la palabra proviene de un grafema griego que quiere decir Vía, por lo que nos indica que es un camino obligatorio para hacer cualquier acto.

El uso de métodos determinados para la resolución de los problemas o circunstancias en la vida constituyen una disciplina doctrinaria que se fundamenta en la educación básica y establece bases sólidas de concentración y buen vivir, como es el caso de la preparación psicoprofiláctica.

Ahora bien, la técnica es un procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos que tienen como objetivo obtener un resultado determinado y efectivo, ya sea en el campo de las ciencias, de la tecnología, del arte, del deporte, de la educación o en cualquier otra actividad. Es el conjunto de procedimientos que se usan para un arte, ciencia o actividad determinada que, en general, se adquieren por medio de su práctica y requieren determinadas habilidades o destrezas. (Recuperado el 20 de febrero de 2107 desde <https://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9cnica>).

## **5.2 MÉTODO PILATES**

Este método consiste en realizar ejercicios de acondicionamiento y mejoramiento físico y mental. Fue desarrollado por Joseph Pilates, hace más de 90 años. Comprende ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular con la intención de promover flexibilidad y fuerza (Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología).

Ofrece el perfeccionamiento de la conciencia corporal, la relajación de las tensiones logrando la correcta alineación corporal, la tonificación muscular y la recuperación de la flexibilidad en todo el cuerpo (Walker, 2006).

### **Beneficios según la Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología:**

- Evita el exceso de peso: ganan menos kilos y recuperan su peso anterior con más rapidez
- Evita la sensación de fatiga por el exceso de peso
- Aumenta la autoestima y la imagen corporal
- Ayuda a controlar la diabetes gestacional
- Facilita la recuperación física después del parto
- Los niños nacen con más peso, menor porcentaje de grasa corporal, responden mejor a los estímulos ambientales y son más tolerantes al estrés
- Evita la retención de fluidos
- Evita la hinchazón y pesadez de las piernas

### **Principios básicos**

- Vestimenta: vestir siempre ropa muy cómoda; evitar cierres y telas muy duras, pies sin calzado.
- Elementos: una colchoneta, una banda elástica, una pelota de tenis y dos mantas o cojines.

- Espacio: buscar un lugar amplio y cómodo, con luz natural y temperatura agradable.
- Respiración
- Correcta alineación del cuerpo

### **5.3 TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN**

Las técnicas de respiración son de los métodos más utilizados para liberar tensiones, relajar el cuerpo, ayudar al organismo a conectarse con el momento presente y olvidar las preocupaciones, ayudando como técnica curativa en algunas prácticas de bioenergía. Los músculos más involucrados en la respiración son aquellos ubicados en la cavidad abdominal, los músculos pequeños entre las costillas y el diafragma.<sup>32</sup>

Este tipo de técnicas son de gran utilidad, ya que permiten a la embarazada relajarse, además de que le servirán durante las contracciones y el momento del parto, siempre y cuando las sepa utilizar.

Los ejercicios respiratorios centran la atención durante el parto y consiguen que la madre se relaje durante las contracciones para poder focalizar mejor el esfuerzo durante los pujos. Los ejercicios respiratorios también consiguen aumentar la segregación de endorfinas, las hormonas de la felicidad, lo que conlleva un bienestar para la madre y un descenso de la ansiedad.<sup>33</sup>

#### **Beneficios de la respiración a nivel fisiológico**

1. Aumento de la respiración alveolar para mantener un intercambio de gases adecuado.

---

<sup>32</sup> Recuperado el 20 de octubre de 2014 desde <http://www.guiinfantil.com/articulos/embarazo/la-respiración-en-el-embarazo>

<sup>33</sup> Recuperado el 20 de octubre de 2014 desde <http://www.guiinfantil.com/articulos/embarazo/la-respiración-en-el-embarazo>

2. La restitución del diafragma a su función normal como principal músculo respiratorio.
3. El restablecimiento de la respiración bien coordinada y eficiente para disminuir el esfuerzo respiratorio.

### **5.3.1 EJERCICIOS RESPIRATORIOS**

La aceleración del ritmo respiratorio hace que llegue menos oxígeno a la sangre y se eleve el contenido anhídrido carbónico, lo cual provoca la tensión muscular, mejora la percepción y reduce la sensibilidad al dolor; una respiración muy agitada impide el descanso normal del cuerpo (Enciclopedia Familiar de la Salud, 2004).

De acuerdo a la Enciclopedia Familiar de la Salud (2004) las claves de la respiración son: espiración-inspiración regular y profunda, y la concentración de la persona en el proceso respiratorio.

- Los ejercicios respiratorios suponen una ayuda rápida y eficaz contra el estrés; los nervios se relajan y la psique encuentra la tranquilidad para su recogimiento.
- En los ejercicios de relajación la inspiración se realiza a fondo por la nariz y por la boca.
- La espiración se debe realizar con lentitud, pues debe durar el doble de tiempo que la inspiración.
- Después de cada inspiración sigue una pausa natural.

Para llevar a cabo este tipo de ejercicios las mujeres deben estar en un lugar tranquilo y silencioso, para lograr relajarlas y por ende cumplir el objetivo que es la disminución de la ansiedad, pero es importante mencionar que para ello se requiere práctica y constancia en la realización de dichos ejercicios.

## 5.4 EJERCICIOS FÍSICOS

La actividad física durante el embarazo ha demostrado ser beneficiosa tanto para la madre como para el bebé. En la madre se producen efectos beneficiosos a nivel físico y psicológico incluyendo mejor función cardiovascular, menor riesgo de desarrollar diabetes gestacional, mayor elasticidad en las articulaciones, menos problemas de obesidad y menor tasa de síntomas depresivos y de insomnio.<sup>34</sup>

Son muchos los beneficios de realizar ejercicio durante este periodo siempre y cuando sean bien dirigidos, sin embargo, hay ciertas limitaciones como es el caso de las mujeres con antecedentes de aborto o amenaza.

Los programas de ejercicio durante el embarazo deben estar dirigidos hacia el fortalecimiento de los músculos para minimizar el riesgo de lesiones en las articulaciones y ligamentos.<sup>35</sup>

Con respecto a lo anterior, van enfocados a esa parte porque además de relajar a la mujer, este tipo de ejercicios sirven para preparar a la mujer al momento de dar a luz.

## 5.5 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y MASAJE

Las futuras madres pueden recibir masajes durante la gestación, a partir del segundo trimestre, para relajarse o mitigar dolores; consiste en un tratamiento para relajarse y aliviar tensiones pero, también, en un método eficaz de mitigar el dolor y los efectos de algunas de las dolencias más comunes de la gestación.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Recuperado el 21 de octubre de 2015, desde <http://inatal.org/el-embarazo/consultas/ejercicio-y-actividad-fisica-habitual/175-beneficios-depracticar-ejercicio-fisico-durante-el-embarazo.html>.

<sup>35</sup> Recuperado el 14 de febrero de 2015 desde <http://www.efisioterapia.net/articulos/programa-ejercicios-parto-psicoprofilactico>).

<sup>36</sup> Recuperado el 17 de octubre de 2015, desde <http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/segundotrimestre/2012/11/15/214158.php>

Para lo anterior se requiere de la ayuda de alguna persona, lo ideal es que fuera la pareja, sin embargo, también podría ser la madre. Este tipo de masajes se deben hacer con cuidado, ya que la idea es relajar a la mujer.

Los masajes tienen un efecto relajante para la mujer durante el embarazo y ayudan a aliviar la tensión acumulada durante la gestación. También le permiten a la embarazada disfrutar de un tiempo de tranquilidad para sí misma, que revitaliza en el plano psicológico y emocional y le dota de nuevas fuerzas para afrontar el resto del embarazo (Vázquez-Reyna, 2012).

Estos masajes liberan toda esa ansiedad que la mujer va acumulando conforme transcurre el embarazo, pero que si hace uso de las diversas técnicas, se encontrará relajada. Si así lo desea y no se le dificulta, también ella sola puede darse los masajes, en el momento que crea necesario.

### **5.5.1 RELAJACIÓN POR EL TACTO**

La relajación según Payne (2002)<sup>37</sup> tiene una dimensión tanto mental como física. Para Sweeney (1978, en Payne; 2002) la relajación es un estado o respuesta percibidos positivamente en el que la persona siente alivio de la tensión o el agotamiento; esto incluye aspectos psicológicos de la experiencia de la relajación, tales como una sensación agradable y la ausencia de pensamientos estresantes o molestos.

Por todo lo vivido en el embarazo es recomendable este tipo de relajación, que permitan a la embarazada disminuir situaciones que le causen ansiedad.

Esta técnica requiere la presencia de un ayudante que vaya colocando sus manos sobre los distintos grupos musculares del cuerpo de la mujer para que éste vaya relajándose con el contacto. A veces conviene que el tacto se convierta en un suave

---

<sup>37</sup> PAYNE, Rosemary. (2002). Técnicas de relajación. Guía práctica. Editorial Paidotribo, tercera edición. España.

masaje sobre la parte del cuerpo que está tensa; este masaje debe ser muy lento (Revista matronas profesión).

La relajación tiene tres objetivos según Titlebaum (1988, en Payne; 2002):

1. Como medida de prevención, para proteger a los órganos del cuerpo de un desgaste innecesario, y especialmente a los órganos implicados en las enfermedades relacionadas con el estrés.
2. Como tratamiento, para facilitar el alivio del estrés en condiciones tales como hipertensión idiopática, dolor de cabeza debido a la tensión, asma, deficiencia inmunitaria y ansiedad.
3. Como técnica para poder hacer frente a las dificultades, para calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz.

### **Teorías psicológicas relativas a la relajación según Payne (2002)<sup>38</sup>:**

1. Teorías cognitivas: nuestros pensamientos definen nuestro universo; nuestra manera de ver lo que nos sucede determina como nos sentimos en relación a ello. Esta idea resume el enfoque cognitivo que considera las sensaciones como una función del pensamiento. La ansiedad está relacionada con el modo en que interpretamos los acontecimientos de nuestras vidas.
2. Teorías conductuales: se ocupan de acciones observables; considera la conducta como condicionada por los acontecimientos del ambiente, cree que tales acontecimientos llevan al individuo a actuar de forma predecibles.
3. Teorías cognitivo-conductuales: su objetivo era facilitar el cambio de la conducta mediante la reestructuración de los pensamientos conscientes. Se consideraba que la conducta era gobernada en gran medida por el auto-dialogo que practicamos; el cual es el dialogo interno que llevamos a cabo con nosotros mismos a fin de interpretar el mundo.

---

<sup>38</sup> PAYNE, Rosemary. (2002). Técnicas de relajación. Guía práctica. Editorial Paidotribo, tercera edición. España.



Las teorías anteriores se mencionan porque dicho trabajo está enfocado en el condicionamiento hacia la mujer embarazada a través de la implementación de un programa con el objetivo de disminuir la ansiedad.

### **5.5.2 VISUALIZACIÓN (IMAGINACIÓN- CONCENTRACIÓN)**

El hecho de visualizar imágenes mentalmente durante el parto puede ayudar a la mujer a sentir alivio del dolor; concentrándose en imágenes que le resulten relajantes (las olas rompiendo en una playa desierta, un campo verde y florido, un cielo estrellado...) puede llegar a evadirse y sentir que las sensaciones dolorosas disminuyen (Manual de obstetricia, 2007).

De acuerdo a Payne (2002) la visualización puede usarse para aumentar la relajación durante el embarazo y como dice anteriormente también les puede servir al momento de dar a luz.

Según el Manual de Obstetricia<sup>39</sup> debemos enseñar a la mujer a usar la mente para influir positivamente sobre su cuerpo, la recreación de imágenes que establezcan un vínculo entre lo que sucede dentro de su cuerpo y lo que imagina la mujer puede ser de gran ayuda (por ejemplo imaginarse que el útero fuera un horno y las contracciones chorros de calor; ir abriendo progresivamente la puerta del útero para que se disipe el calor, imaginarse que cuando la cabeza del bebé pasa por el canal del parto y por la vagina, todos los tejidos se abren como si fueran pétalos de una flor...). Y entonces al trabajar de esta manera, la mujer tendrá el control de su mente y sabrá manejar las diversas situaciones.

Dirigir el pensamiento a una sola cosa u objeto ayudara a la concentración durante las contracciones. Para ello, hay que mirar o visualizar el elemento elegido durante un minuto. Después, lentamente, darse el tiempo necesario para sentir la energía y el flujo

---

<sup>39</sup> GONZÁLEZ-Merlo, J. et.al.(2006).obstetricia. 5° edición. Editorial MASSON. Barcelona, España

del nacimiento (Manual de obstetricia, 2007). Esto sirve para llevarlo a cabo durante el nacimiento.

De acuerdo a Payne (2002) sugiere la técnica “**Comparación del parto con el mar**”: “Imagine un hermoso día en el mar...con el cielo azul, el aire quieto y el agua tranquila. A medida que el día va transcurriendo, la superficie del agua comienza a mostrar un rizo extraño. Estos rizos son pequeños y usted apenas los nota. Gradualmente los rizos se van transformando en olas pequeñas; olas que se desplazan con mucha facilidad. Al cabo de un rato, las olas se hacen más altas y, a medida que crecen, se acercan más unas a otras. Usted sigue montándolas. Más altas todavía y más juntas...las olas parecen casi pasarle por encima, pero cuando se hunden usted se da cuenta de que le están acercando a la orilla...más cerca de la orilla en la que va a nacer su bebé. Una excelente técnica de asociación que les permitirá a las mujeres relajarse, estar preparadas y disfrutar ese momento.

### **5.5.3 VOCALIZACIÓN-SONORIZACIÓN**

Muchas mujeres por vergüenza o temor a molestar, evitan gritar durante el parto. Sin embargo, gritar, gemir, cantar, constituyen un método excepcional para aliviar la tensión; por ello no se deben censurar estas manifestaciones ni reprender a la mujer por hacerlo, sino más bien animarlas para que se hagan de forma controlada y resulten productiva. No se trata de gritar descontroladamente, sino de utilizar la voz para hacer sonidos que a la mujer le ayuden durante las contracciones. Verbalizar las sensaciones, repetir determinadas frases, sílabas o sonidos permiten a la mujer concentrarse y relajarse (Manual de obstetricia, 2007).

### **5.5.4 MUSICOTERAPIA**

Los efectos beneficiosos de la música, a nivel mental y emocional son de sobra conocidos. De acuerdo al Manual de Obstetricia (2007) como método de evasión-distracción o como inductora de determinados estados anímicos (euforia, serenidad,

goce...), la música puede ayudar a la mujer embarazada a conseguir relajación y una actitud mental positiva.

*La musicoterapia parece ser el remedio perfecto para tratar los miedos, sensaciones de angustia o tristezas generadas durante el embarazo. El estado emocional de la mujer es un referente importante en la formación de aquella personita que está creciendo en su vientre.<sup>40</sup>*

### **5.5.5 AROMATERAPIA**

Consiste en respirar olores agradables que ayuden a la mujer a sentirse bien. Estos olores originan la liberación de neurotransmisores y endorfinas y estimulan determinadas zonas cerebrales produciendo sensaciones placenteras y bienestar. Algunas esencias tienen una gran fuerza vitalizante (naranja, romero, sándalo, neroli...) o bien relajante (lavanda, rosa, jazmín, melisa, geranio). Estos aceites se aplican colocando unas gotitas en la almohada o en un pañuelo, también mediante un suave masaje sobre la piel (Manual de obstetricia, 2007).

Las técnicas antes mencionadas son de relajación, utilizadas durante las sesiones de la implementación del programa de psicoprofilaxis para disminuir ansiedad, sin embargo, son de gran utilidad al momento del parto.

---

<sup>40</sup> Recuperado el 23 de febrero de 2015, desde <http://elembarazo.net/musicoterapia-embarazo.html>

## **CAPÍTULO VI. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN**

## 6.1 TIPOS DE PROGRAMAS QUE SE CONOCEN

Existen diferentes métodos psicoprofilácticos y cada uno de ellos lleva el nombre de su creador, sin embargo hay tres, los cuales son los más comunes<sup>41</sup>:

- Dick Read: incluye la educación sobre la fisiología del parto, ejercicios para los músculos abdominales y del perineo y técnicas de relajación.

El método de Dick se remonta al año 1933 y fue propuesto por el médico inglés Dick Grantly-Read. En su libro “Parto sin Dolor”, antes mencionado, refiere que las mujeres que dan a luz no tienen por qué sentir dolor, ya que este solo debe estar presente como señal de alarma o en caso de que exista una anomalía.

Según Read el dolor del parto se origina, debido a la tensión de los músculos y al nerviosismo psicológico que se produce por el temor a sentir dolor.

- Bradley: Le da importancia al apoyo de la pareja, las técnicas de respiración y sentarse en posición de Sastre.

Se llama así en honor al doctor Roberto A. Bradley a quien se le atribuye el crédito de hacer que los padres regresen a la sala de partos, ya que en su teoría la figura paterna es muy importante.

Enfatiza el enfoque natural del parto y la participación activa del padre del bebé como ayudante. Evitar la medicación a menos que sea absolutamente necesaria

- Lamaze: El más popular en la actualidad. Combina la relajación muscular controlada con técnicas de respiración.

---

<sup>41</sup> MARÍA DEL CARMEN. Preparación al Parto. Recuperado el 01 de octubre de 2016 desde <http://www.saludterapia.com/glosario/d/82-preparaci%C3%B3nparto.html>

Es una filosofía surgida en los años cincuenta con el obstetra Ferdinand Lamaze, la cual promueve un parto consciente sin dolor.

Sostiene que el parto es un proceso fisiológico normal, milagroso, natural y que enseña a la mujer a parir con confianza, a vivir conscientemente ese gran momento, como sucedía antes cuando las mujeres parían en sus casas. Este método afirma que el miedo condiciona a la mujer.

El padre cumple una parte fundamental ayudando a la mujer con masajes y apoyo psicológico, para que así, ambos puedan compartir de forma activa el nacimiento de su bebé.

Este método promueve técnicas que ayudan a sobrellevar el dolor. Actualmente la técnica ya está bastante difundida, pero su enfoque ya no solo es el parto, sino una educación temprana que involucre a ambos padres como vitales en este proceso.

De acuerdo a la consulta en línea los programas de psicoprofilaxis que se conocen en el Estado de México y en algunos estados de la República Mexicana son:

- Curso de psicoprofilaxis en Ecatepec, Tecámac y Texcoco
- “Embarazo Consciente” Cursos de Psicoprofilaxis Zona Satélite, Echeagaray y Naucalpan
- Psicoprofilaxis en Ecatepec, Coacalco y Nezahualcóyotl
- Psicoprofilaxis en el Estado de México
- Centro “Buen Nacer” Chihuahua
- Curso de Preparación para el Parto, San Luis Potosí
- Curso de Psicoprofilaxis perinatal en la Ciudad de México
- Curso Psicoprofiláctico en Guadalajara
- “Centro Nacser” en Morelia
- “Ludi Taller” Estimulación Temprana y Psicoprofilaxis, Tijuana, Baja California
- “Danatal” Curso Psicoprofiláctico en Guadalajara

- Centro “Educando para Nacer”, Psicoprofilaxis y Ejercicio en el Embarazo, México, Distrito Federal
- Psicoprofilaxis Lamaze en Monterrey
- “Nanti” El arte de ser mamá, Zapopan, Jalisco, México
- “La Flor de Loto” Educación Perinatal, Cd. Satélite, Monterrey

## **6.2 CARACTERISTICAS DE LOS CURSOS PSICOPROFILACTICOS**

Según González J. et.al. (2006) los cursos de preparación se inician mediante clases teóricas para la enseñanza de los elementos anatómicos y funcionales ligados al embarazo y al parto, todo ello ilustrado con medios visuales. Como complemento de las clases teóricas se hacen prácticas de gimnasia y ejercicios físicos de respiración y relajación; considerando que es muy útil la asistencia de las parejas a las clases teóricas, lo que ayuda a reforzar la confianza de las pacientes en sí mismas, que es la base de la preparación psicoprofiláctica.

Por lo tanto, los cursos empiezan desde la teoría que es el conocimiento básico para posteriormente trabajar las otras dos esferas, que son la física y la emocional.

## **6.3 OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

### **OBJETIVOS**

- Informar a las madres sobre temas relacionados al embarazo, parto y postparto.
- Capacitar a las mujeres para que desarrollen habilidades que les permitan participar activa y responsablemente durante el embarazo a través de una serie de sesiones formativas e informativas.

- Desarrollar sesiones de gimnasia, técnicas de relajación y técnicas de respiración, para la ansiedad.
- Fomentar la participación de la pareja durante el embarazo
- Conocer los diferentes tipos de respiración que son útiles durante el parto.
- Capacitar física y mentalmente a las mujeres, contribuyendo a manejar la ansiedad.



## **CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA**

## 7.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad vivimos en una sociedad de constantes cambios en todos los aspectos de la vida, tal es el caso de un embarazo, el cual no cambia, pero la forma en como la sociedad ayuda a las madres y a los bebés, está en constante cambio.

Entre los aztecas la mujer encinta era cuidada celosamente, se le ofrecía ceremonias, baños con hierbas aromáticas, así como sesiones de relajación y ejercicio, lo que le permitía vivir cómodamente la gestación y dar a luz sin sufrimiento. Este proceso en la actualidad está siendo rescatado a través de la preparación para el Parto Psicoprofiláctico.<sup>42</sup>

Generalmente se piensa que el embarazo es un tiempo de felicidad y bienestar para la mujer o se espera que eso sea el ideal. Sin embargo, para muchas mujeres, el embarazo aumenta su vulnerabilidad hacia condiciones como es el caso de la ansiedad. Los síntomas de dichas condiciones pueden pasar desapercibidos por ser atribuidos a los cambios temperamentales o fisiológicos sufridos en el embarazo (Alejandra Alonso, 2015).

Los síntomas pasan desapercibidos, debido a que se le da mayor importancia al aspecto médico y se olvidan que el aspecto psicológico juega un papel muy importante durante y después del embarazo.

Como encontró Chevalier (1982) en Sapien y Córdoba (2007), parir para muchas mujeres es un acontecimiento traumático, por lo que necesita una preparación en tres planos: ejercicios de gimnasia médica, información sobre funciones sexuales, concepción, embarazo y alumbramiento, y aprendizaje de la distensión corporal entre el dolor.

---

<sup>42</sup> Recuperado el 13 de septiembre de 2014, desde <http://saludymedicinas.com.mx>

Considerando que este tema en el área psicológica no se le ha dado la importancia que requiere, olvidándose de que en este periodo de gestación además de los cambios físicos que se dan en la mujer gestante, también existen cambios hormonales y cambios emocionales que llevan a la mujer a situaciones de ansiedad. Además este tema desencadena una serie de mitos entre los que se encuentran mujeres que jamás podrán concebir un hijo según la ciencia y los médicos, sin embargo, al romper un estereotipo como este, destacamos la importancia del aspecto psicológico en la mujer. Sin embargo, también existen situaciones que jamás un médico tocara como lo es el aspecto psicológico que conlleva a la mujer a preocuparse solo por su bienestar físico desplazando o suprimiendo las emociones negativas experimentadas durante este periodo. También otra parte importante, es el contexto social y biológico por el cual se genera un embarazo psicológico de la pareja, para lograr el nacimiento de la forma más natural y más segura a través de un parto consciente y activo; como consecuencia sin sufrimiento.

Lamaze (1952) en Reyes (2094) dice que se trata de una preparación intelectual, física y psíquica, buscando eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor. Además cabe resaltar que en la actualidad se pretende la inclusión del padre como parte vital de este acontecimiento.

Para ello se trabajara a través del condicionamiento clásico, que como su nombre lo dice se condicionara a la mujer embarazada para así disminuir la ansiedad, y si no se logra, al menos que la mujer pueda dominar sus emociones y no que sus emociones la dominen.

La psicoprofilaxis perinatal fue pensada a mediados del siglo pasado como un método educativo y de entrenamiento para mejorar las condiciones de la mujer gestante en vistas del parto, para no temer ni sufrir dolor por éste (Valley, 1985).

Si este método se llevará a cabo en tiempo y forma en las embarazadas, se evitarían muchas cosas, entre ellas muertes neonatales y maternas, además de que los nacimientos serían de forma natural, ya que la mujer estaría preparada física, mental y psicológicamente para vivir y disfrutar la experiencia; y por lo tanto no requeriría de medicamentos, entre otras.

De acuerdo con Elly Rosas (2012) el embarazo y el parto son procesos normales, naturales e indicadores de una buena salud de la mujer. Desde que tenemos conocimiento, hemos escuchado repetidamente la frase bíblica "Con dolor darás a luz los hijos..." (Génesis 3:16), ¿Quién de nosotros no ha manifestado temores relacionados con el parto? Esto se debe a que lo asociamos inevitablemente a un momento de sufrimiento materno. Esto tiene una explicación multifactorial, tales como los neurológicos, somáticos y psicológicos que van a condicionar la sensibilidad y actuación de la madre frente al proceso de su embarazo y parto.

En este aspecto entra lo social, ya que las mujeres se dejan llevar por lo que les platican infundiéndoles el miedo, por lo cual lejos de que el embarazo sea la mejor experiencia, van a vivirlo con ansiedad, por ello, destacamos aquí la importancia de la psicoprofilaxis.

Durante el embarazo, se viven muchísimas emociones encontradas, mágicos momentos de felicidad que contrastan con miedo e incertidumbre al penar en lo que se viene.<sup>43</sup>

Por lo anterior, la importancia de tomar un curso psicoprofiláctico que conlleve a lo antes mencionado. Sería de gran importancia que en los hospitales se le brinde mayor relevancia al aspecto psicológico, y que se implemente un programa para llevarlo a cabo con las mujeres que asistan a consulta.

---

<sup>43</sup> Recuperado el 13 de septiembre de 2014, desde <http://bebésencamino.com/articles/enque-consisten-los-curso-psicoprofilácticos>

Además de que sería también un gran trabajo para el psicólogo, podría demostrar lo importante que es el ámbito psicológico en el embarazo, y se modificaría el paradigma, no solo el aspecto médico juega un papel importante, también el psicológico.

Según Sapien López, et.al. (2008) la psicoprofilaxis perinatal es un método poco empleado en México; y de acuerdo con Reyes Hoyos (2004) el dolor que acompaña el trabajo de parto constituye una de las principales preocupaciones de la embarazada y llega en algunos casos a producir tensiones que se acrecientan a medida que se acerca el parto, por lo que es importante la aceptación del nuevo ser por parte del organismo materno sin ningún tipo de rechazos. Así, la futura madre se ve obligada a luchar continuamente contra sentimientos contrapuestos. De acuerdo a la Enciclopedia Familiar de la Salud (2004), el embarazo es una época en la que la mujer se ve desde un punto de vista diferente; el desarrollo hormonal influye en la psique de la mujer: sus necesidades y sentimientos se orientan en este momento hacia el nacimiento y protección de la nueva vida y es frecuente que la embarazada mantenga una lucha interna debido a la contraposición de sus sentimientos; por lo tanto se pretende Implementar un Programa de Psicoprofilaxis en el Municipio de Tenancingo, que ayude a la disminución de la ansiedad en la embarazada, con mujeres que tengan entre 3 y 8 meses de gestación y que asistan a consulta con la Doctora Itzarí Téllez Tapia, lo cual ayudara y prepara a las futuras mamás de manera física, emocional y mentalmente para disminuir la ansiedad durante el embarazo.

Por todo lo anterior y ante la situación que vive la mujer en el embarazo inquietud de generar un programa en beneficio a la mujeres embarazadas y la incógnita ¿LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS DISMINUIRÁ LA ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DE ENTRE 3 Y 8 MESES DE GESTACIÓN?

## **7.2. HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS NULA**

- **Ho.:** A través de un programa de psicoprofilaxis disminuirá la ansiedad en mujeres de entre 3 y 8 meses de gestación.

### **HIPÓTESIS ALTERNA**

- **H1.:** A través de un programa de psicoprofilaxis aumentará la ansiedad en mujeres de entre 3 y 8 meses de gestación.

## **7.3. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Implementar un programa de psicoprofilaxis en mujeres embarazadas entre 3 y 8 meses que asistan a consulta con la Doctora Itzarí Téllez Tapia para disminuir la ansiedad en mujeres embarazadas en el Municipio de Tenancingo.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar ansiedad en mujeres embarazadas de entre 3 y 8 meses de gestación que asistan a consulta con la Doctora Itzarí Téllez Tapia, en el Municipio de Tenancingo.
- Analizar los resultados de la ansiedad antes y después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en mujeres de entre 3 y 8 meses de embarazo que asistan a consulta con la Doctora Itzarí Téllez Tapia, en el Municipio de Tenancingo, para ver si disminuyo o no.

#### 7.4. JUSTIFICACIÓN

*“El miedo a saber es, en el fondo, miedo a hacer, porque todo conocimiento entraña una responsabilidad”.*

*(Abraham Maslow, 1908-1970).*

La sociedad actual está en cambios constantes, el ritmo de la forma de vivir es más intenso que en años pasados. Esto ha propiciado situaciones especiales en algunos aspectos de la vida, así pues es el caso que ocupa el presente trabajo, es decir, el alumbramiento de un bebé; en los hospitales para atender un parto ahora es multidisciplinario, en donde la madre recibe apoyo de diversos especialistas entre los que se incluyen los psicoterapeutas para atenuar los daños o secuelas que puede dejar un embarazo o el parto mismo.

Según Reyes (2004) la maternidad y el nacimiento han significado la formación de una serie de concepciones y prácticas alrededor del miedo y el “rechazo al sufrimiento en el proceso del parto”.

De acuerdo a Read (1933) el dolor del parto se ha magnificado en la mujer como fruto de la civilización que con sus prejuicios y falsas concepciones ha desvirtuado al sentido de la maternidad. El temor producido en la gestante por la ignorancia y los prejuicios hace que en ella se produzca un estado de tensión que reflejado en el útero producirá anoxia uterina y el dolor consiguiente. El temor aumentará la tensión produciendo más y más dolor, formándose un círculo vicioso: Temor-Tensión-Dolor.

Según Ruíz (1955) investigaciones demuestran que la Psicoprofilaxis en el embarazo tiene gran impacto en la salud de la madre, del feto y en el recién nacido. La gestante al adquirir conocimientos del proceso de su embarazo y parto, va tomando confianza y habilidades para su autocuidado y manejo de su propio embarazo y parto.

El interés de esta investigación surge a raíz de la propia experiencia con familiares y conocidas embarazadas que manifiestan incomodidad durante el embarazo, denotando diversas emociones que inclusive repercuten el parir de una forma satisfactoria donde esta experiencia sea agradable.

Otro motivo por el cual nace el interés en esta temática es con la finalidad de realizar algo a favor del municipio principalmente en las mujeres y tener un reconocimiento social, además de contribuir con beneficios psicológicos hacia las madres embarazadas o futuras mamás, donde se les prepare de manera física, psicológica y emocional, de esta manera disminuyendo la ansiedad en ellas durante este periodo.

Además de que implementar dicho programa será con la finalidad de disminuir ansiedad el embarazo en mujeres que asisten a consulta con la Doctora Itzari en el municipio de Tenancingo; y seguramente si es bien aplicado tendrá efectos positivos también después del embarazo. Ya que de acuerdo a Martha Aguilar Juárez (Directora del CSS, Toluca, 2012) se les debe brindar atención psicológica y cuidados a la hora del parto, con el fin de que mantengan la calma con ejercicios de respiración y físicos, los cuales ayuden al bebé a nacer de manera más tranquila y natural.

La implementación del programa de psicoprofilaxis tiene como meta personal una trascendencia.

## **7.5. MÉTODO**

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

- ¿La implementación de un programa de psicoprofilaxis para el control de la ansiedad beneficiará a las mujeres de entre 3 y 8 meses de gestación?



## **7.5.1 DISEÑO DE ESTUDIO**

### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación será de tipo cuanti-cualitativa con un diseño longitudinal ya que este tipo de diseño compara datos obtenidos en diferentes oportunidades o momentos de una misma población con el propósito de evaluar los cambios.

Esta investigación tendrá un enfoque cualitativo, cuantitativo, descriptivo transversal. CUALITATIVO ya que se enfoca en comprender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ámbito natural y en relación con su contexto, el enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que lo rodean, profundizado en sus puntos de vista interpretaciones y significados. (Punch, 2014; Lichtman, 2013; Morse, 2012; Enciclopedia of Educational Psychology, 2008; Lahman y Geist, 2008; Carey, 2007; y DeLyser, 2006: en Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio. 2014); considerando también que la investigación cualitativa requiere información sobre las vivencias, percepciones, sentimientos y emociones de las personas. Proporcionando diferentes alternativas al investigador para tener un conocimiento más profundo de una situación en concreto que le permitirá resolver un problema. (Kemmis y McTaggart, 1998 en Pocovi, 1999, citados en Balcázar, et. al., 2007). DESCRIPTIVO ya que tiene como objetivo describir situaciones y eventos, es decir busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986; citado en Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio, 1991).

### **TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio a utilizar en esta investigación será de tipo TRANSVERSAL. Los estudios transversales son estudios estadísticos y demográficos, utilizados en ciencias

sociales y ciencias de la salud. Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal (Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio. 2014).

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Las mujeres a participar dentro de la implementación del programa deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Mujeres gestantes
- Que tengan un buen estado de salud física
- Que tengan entre 20 y 35 años de edad
- Que vivan con su pareja (ya sea casadas o unión libre)
- Que tengan como mínimo el nivel básico concluido (secundaria)
- Que firmen Carta de Consentimiento Informado para poder participar.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Las mujeres que NO podrán participar en dicho programa serán las que presenten uno o más de los siguientes criterios:

- Que sufran de desnutrición o anemia
- Que padezcan taquicardias
- Que sean madres solteras
- Que no hayan concluido el nivel básico (primaria y secundaria)
- Que tengan menos de 20 y más de 30 años
- Que su embarazo sea de alto riesgo
- Que no cumplan con los criterios de inclusión
- Que no quieran participar

## **UNIVERSO**

Mujeres embarazadas cuyo embarazo se atiende en el Consultorio de la Doctora Itzari en el municipio de Tenancingo.

## **POBLACIÓN**

Mujeres embarazadas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, y cuyo embarazo sea atendido por la Doctora Itzarí.

## **TIPO DE MUESTRA**

- No probabilística o dirigida, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. (Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio, 1991).

## **MUESTRA**

- Mujeres embarazadas que tenga entre 3 y 8 meses de gestación y que cumplan con los criterios de inclusión.

**N=12**

La muestra estuvo conformada por 12 mujeres las cuales cumplieron con los criterios de inclusión para poder participar en dicha investigación.

## **7.5.2 VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Psicoprofilaxis
  - Definición Conceptual: La psicoprofilaxis es una preparación intelectual, física y psíquica, que de acuerdo a Lamaze (1952) se busca eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para eliminar el dolor.
  - Definición Operacional: Los efectos que la implementación del programa tengan serán identificados con el retest.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Ansiedad
  - Definición Conceptual: Según Reynolds (2006) la ansiedad es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano y se encuentra presente a lo largo de toda su vida. Constituye una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro y su finalidad es la protección del individuo.
  - Definición Operacional: La cual será medida por la Escala de ansiedad de Hamilton y el AMAS-A. el objetivo es evaluar la ansiedad presente en las mujeres embarazadas. El resultado debe ser interpretado cualitativamente. El tiempo de aplicación dependerá de cada una de las pruebas, siendo un aproximado de 45 minutos.

## **7.6 RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS**

### **HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN**

- Escala de Ansiedad Manifestada en Adultos AMAS-A
- Escala de Ansiedad de Hamilton

### **ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS (AMAS) (ANEXO 1)**

**Autores:** Reynolds C., Richmond B. y Lowe P.

La AMAS o Escala de ansiedad manifiesta en adultos es un conjunto de tres instrumentos, a saber, el AMAS-A, AMAS-C y AMAS-E, diseñados para medir y evaluar el nivel de ansiedad experimentada por los adultos de manera sencilla y eficaz.

Cada uno de estos tres instrumentos están diseñados para la evaluación de la ansiedad en grupos demográficos diferentes, sin embargo se asemejan en gran medida unos de otros por el hecho de que comparten muchos de sus reactivos diferenciándose solo en el nivel de detalle de la información que puede ser obtenida de cada uno según el grupo demográfico al que este destinado.

La AMAS fue desarrollada en el año 2003 en los Estados Unidos, a partir del CMAS-R o Escala de Ansiedad Manifiesta en niños.

#### **AMAS-A**

La primera escala AMAS-A está diseñada para utilizarse en la evaluación del nivel de ansiedad que experimentan los individuos a lo largo del rango de edad que va desde la adultez temprana hasta la mediana edad tardía. Está normalizada para ser usada con sujetos con edades comprendidas entre los 19 y 59 años. Consta de 36 reactivos y contiene tres subescalas de ansiedad y una de validez.

Estas subescalas son: la subescala de inquietud/hipersensibilidad (IHS) que mide el grado de inquietud y preocupación ante la vida, cuenta con 14 reactivos. La subescala de ansiedad fisiológica (FIS) que como su nombre lo indica es una medición de la respuesta somática a la ansiedad y al estrés, cuenta con nueve reactivos. La subescala de preocupaciones sociales/estrés (SOC) que mide los factores relacionados con el estrés que se asocian con la vida adulta, cuenta con 7 reactivos. Y por último la subescala de mentira que cuenta en la AMAS-A con 6 reactivos que ejemplifican conductas ideales y que se usa para determinar la validez de la información provista por el evaluado. Además hay una subescala de ansiedad total (TOT) la cual es la suma de las puntuaciones de todas las subescalas, exceptuando la de mentira.

## **ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (ANEXO 2)**

**Autor: Hamilton M.**

Es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el estado de ánimo.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente el trastorno de ansiedad generalizada.

Cabe resaltar que la Escala utilizada que se utiliza en esta investigación consta de 11 ítems con cinco rangos de calificación, la cual se adaptó a conveniencia, juntando ítems.

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS

La cual se desarrolló en 8 sesiones, con una duración aproximada de dos horas. En la primera sesión se dio a conocer el programa y se aplicaron los test; posteriormente en las siguientes sesiones se llevó a cabo el programa como tal, y en la última sesión se aplicaron nuevamente los test.

### 7.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Análisis Estadísticos
Psicoprofilaxis	Se trata de una preparación intelectual, física y psíquica, buscando eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor.	Es un conjunto de técnicas, herramientas y dinámicas que se utiliza para preparar física, intelectual y psicológicamente a la pareja en el embarazo.	Cualitativa	Nominal categórica	Análisis descriptivo
Ansiedad	Es una agitación, inquietud, tensión que acompaña a algunas enfermedades; está asociada a cambios en la actividad fisiológica del Sistema nervioso Autónomo.	Emoción de alerta ante un peligro.	Cuantitativa	Nominal categórica	Análisis estadístico

### 7.8 CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

El análisis estadístico se realizó con la paquetería del programa estadístico SPSS versión 22.

## **CAPÍTULO VIII. RESULTADOS**



## RESULTADOS

La presente investigación se llevó a cabo con mujeres embarazadas pacientes de la Doctora Itzarí Téllez Tapia, en el Municipio de Tenancingo, Estado de México, cumpliendo con el objetivo general que fue la implementación de un programa de psicoprofilaxis para disminuir la ansiedad en mujeres embarazadas de entre 3 y 8 meses.

En la Escala de Ansiedad Hamilton (Test) el rango que más prevalece es el severo, después de la implementación del programa de psicoprofilaxis con la Reaplicación de la Escala el rango que más prevalece es el leve siendo de un 58%, lo que indica que después de dicha implementación hubo una disminución de ansiedad en las mujeres embarazadas.

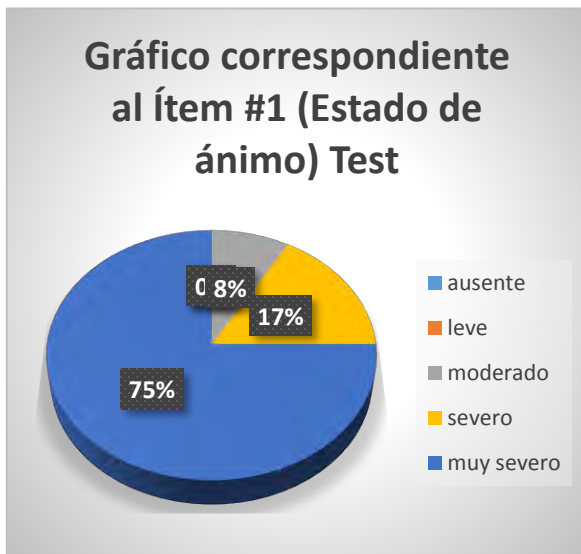
Mientras que en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS (Test) lo que más prevaleció fue elevación leve y esperada, posterior a la implementación del programa de psicoprofilaxis, el rango más significativo fue el de baja, con esto observamos que también hubo disminución de ansiedad después de dicha implementación, sin embargo cabe resaltar baja no es que haya desaparecido.

La muestra fue integrada por 12 mujeres las cuales cumplieron con los criterios de inclusión para poder participar; las edades de ellas oscilan entre los 20 y 35 años de edad; de las cuales un 82% viven en unión libre y solo 18% son casadas, 70% son amas de casa y 30% laboran; 60% tienen la secundaria, 33% la preparatoria y 7% nivel licenciatura.

Para poder lograr dar respuesta al objetivo se realizó en tres fases, primero se procedió a aplicar los instrumentos, posteriormente la implementación del programa de psicoprofilaxis, y finalmente se procedió a la reaplicación de los instrumentos.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

### ÍTEM #1 ESTADO DE ÁNIMO (TEST Y RETEST)



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #1 correspondiente al estado de ánimo, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 75% se encuentra en el rango de muy severo, 17% en severo y 8% en moderado.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #1 correspondiente al Estado de Ánimo, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 50% se encuentra en el rango de ansiedad leve, 33% indica que ausente y el 17% se encuentra en moderada.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El ítem #1 el rango que más prevaleció fue muy severo teniendo una frecuencia de 12 lo que equivale al 100% de la muestra, con frecuencias pérdidas de 9, que equivalen al 75% de la muestra en muy severo, después le sigue severo con dos valores validos

equivalentes al 16.7% y moderado con 1 válido que equivale al 8.3% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

### Ítem #1 Estado de Ánimo (Test)

		Estadísticos				
		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	1	2	9
	Perdidos	12	12	11	10	3

		Severo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

### Ítem #1 Estado de Ánimo (Retest)

En el ítem #1 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes son leve teniendo seis valores validos lo que corresponde al 50% de la muestra; ausente con cuatro valores válidos que equivale al 33.3 % de la muestra; y moderado con dos valores válidos que equivale al 16.7% del total de la muestra, dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

		Estadísticos				
		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	4	6	2	0	0
	Perdidos	8	6	10	12	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	16.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	10	83.3		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía un nivel de ansiedad muy severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a leve y ausente, esto quiere decir que existen cambios significativos que permiten ver las diferencias antes y después de dicho programa.

## ÍTEM #1 TEST

### Estadísticos descriptivos

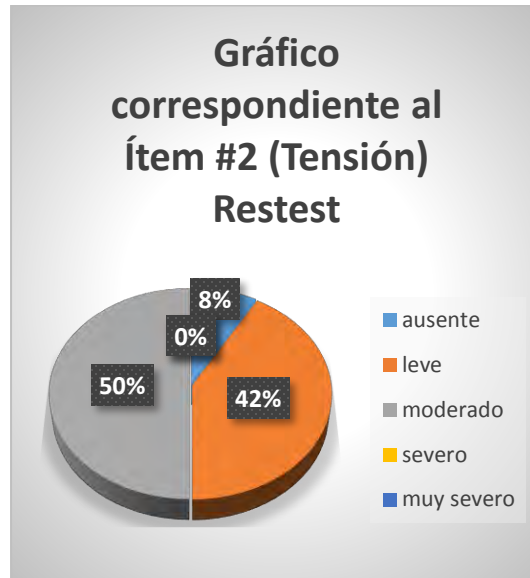
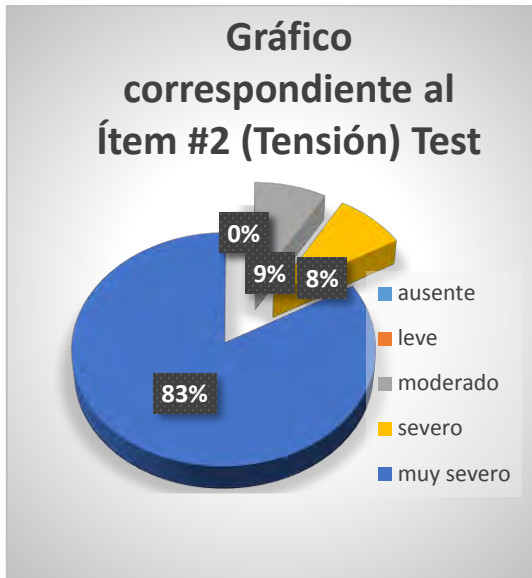
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	1	1	1	1.00	.
SEVERO	2	1	1	1.00	.000
MUY	9	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

## ÍTEM #1 RETEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	4	1	1	1.00	.000
LEVE	6	1	1	1.00	.000
MODERADO	2	1	1	1.00	.000
SEVERO	0				
MUY	0				

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**  
**ÍTEM #2 TENSION (TEST Y RETEST)**



**Descripción de Datos:**

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #2 correspondiente a Tensión, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 83% se encuentra en el rango de muy severo, 9% en moderado y el 8% en severo.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #2 correspondiente a Tensión, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 50% se encuentra en el rango de ansiedad moderada, 42% indica ansiedad leve y el 8% se encuentra ausente.

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

El ítem #2 el rango que más prevaleció fue muy severo teniendo una frecuencia de 10 lo que equivale al 83.3, después moderado y severo, ambos con frecuencias de 1 equivalentes al 8.3% cada uno. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

## Ítem #2 Tensión (Test)

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	1	1	10
	Perdidos	12	12	11	11	2

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### SEVERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### MUY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	10	83.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	2	16.7		
Total		12	100.0		

## Ítem #2 Tensión (Retest)

En el ítem #2 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 1 frecuencia equivalente al 8.3%, leve teniendo 5 frecuencias equivalentes al 41.7% de la muestra y moderado con 6 frecuencias que equivalen al 50 % de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	1	5	6	0	0
	Perdidos	11	7	6	12	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía un nivel de ansiedad muy severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a moderado y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.



## ÍTEM #2 TEST

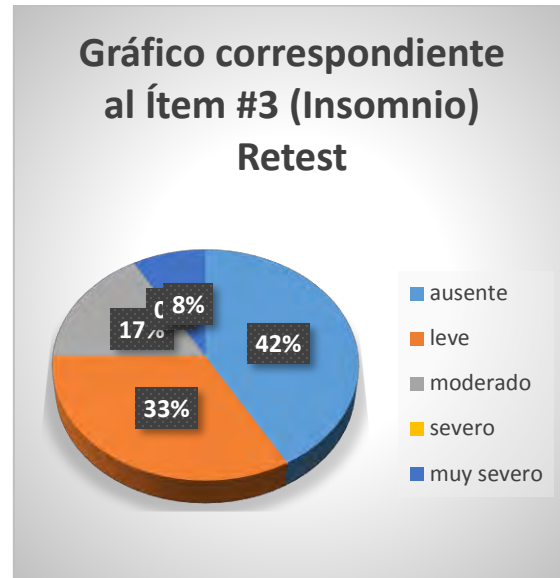
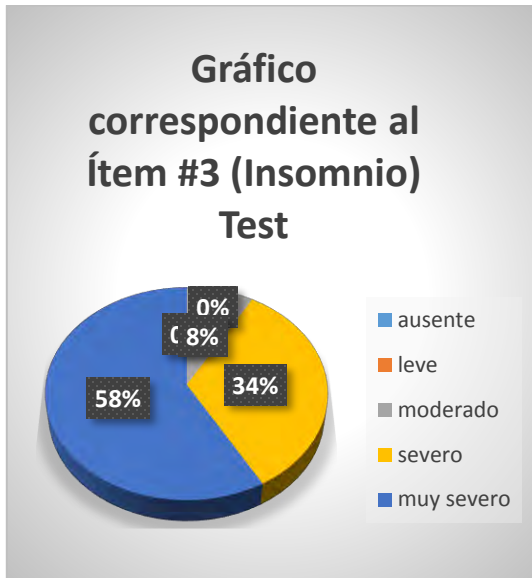
### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	1	1	1	1.00	.
SEVERO	1	1	1	1.00	.
MUY	10	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				
				<b>RETES T</b>	

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	1	1	1	1.00	.
LEVE	5	1	1	1.00	.000
MODERADO	6	1	1	1.00	.000
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**  
**ÍTEM #3 INSOMNIO (TEST Y RETEST)**



**Descripción de Datos:**

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #3 correspondiente a Insomnio, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 58% se encuentra en el rango de muy severo, 34% en severo y el 8% en moderado.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #3 correspondiente a Insomnio, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 42% se encuentra en el rango de ausente, el 33% en leve, el 17% se encuentra en moderada y el 8% en muy severo.

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

El ítem #3 el rango que más prevaleció fue muy severo teniendo una frecuencia de 7 lo que equivale al 58.3, después severo con 4 frecuencias equivalentes al 33.3% y moderado con 1 frecuencia correspondiente al 8.3%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

### Ítem #3 Insomnio (Test)

#### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	1	4	7
	Perdidos	12	12	11	8	5

#### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

#### SEVERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

#### MUY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	7	58.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	5	41.7		
Total		12	100.0		

### Ítem #3 Insomnio (Retest)

En el ítem #3 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 5 frecuencias equivalentes al 41.7%, leve teniendo 4 frecuencias equivalentes al 33.3% de la muestra, moderado con 1 frecuencia que equivalen al 8.3 % de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	MUY
N	Válido	5	4	2	1
	Perdidos	7	8	10	11

#### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

#### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

#### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	16.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	10	83.3		
Total		12	100.0		

#### MUY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía un nivel de ansiedad muy severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo

después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.

### ÍTEM #3 TEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	1	1	1	1.00	.
SEVERO	4	1	1	1.00	.000
MUY	7	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

### ÍTEM #3 RETEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	5	1	1	1.00	.000
LEVE	4	1	1	1.00	.000
MODERADO	2	1	1	1.00	.000
SEVERO	0				
MUY	1	1	1	1.00	.
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON ÍTEM #4 INTELLECTO (TEST Y RETEST)



### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #4 correspondiente a Intellecto, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 59% se encuentra en el rango de severo, 33% en muy severo y el 8% en moderado.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #4 correspondiente a Intellecto, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 50% se encuentra en el rango de ausente, el 42% en leve y el 8% se encuentra en moderado.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El ítem #4 el rango que más prevaleció fue severo teniendo una frecuencia de 7 lo que equivale al 58.3%, después muy severo con 4 frecuencias equivalentes al 33.3% y moderado con 1 frecuencia correspondiente al 8.3%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

## Item #4 Intelecto (Test)

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	1	7	4
	Perdidos	12	12	11	5	8

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### SEVERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	7	58.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	5	41.7		
Total		12	100.0		

### MUY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

## Ítem #4 Intelecto (Retest)

En el ítem #4 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 6 frecuencias equivalentes al 50%, leve teniendo 5 frecuencias equivalentes al 41.7% de la muestra y moderado con 1 frecuencia que equivale al 8.3 % de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO
N	Válido	6	5	1
	Perdidos	6	7	11

#### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

#### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

#### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía un nivel de ansiedad severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.



## ÍTEM #4 TEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	1	1	1	1.00	.
SEVERO	7	1	1	1.00	.000
MUY	4	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

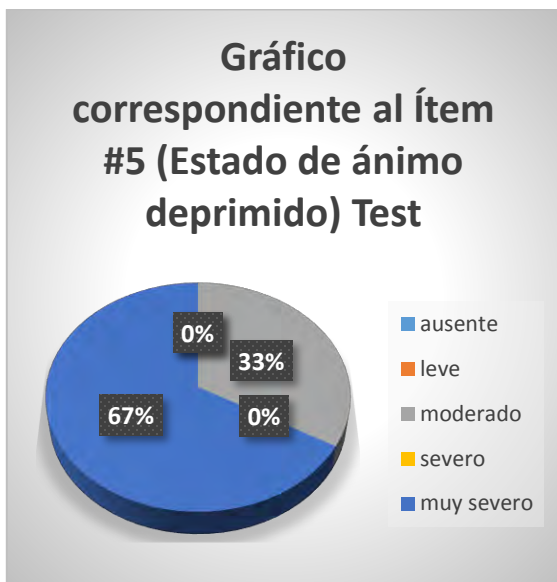
## ÍTEM #4 RETEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	6	1	1	1.00	.000
LEVE	5	1	1	1.00	.000
MODERADO	1	1	1	1.00	.
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

### ÍTEM #5 ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO (TEST Y RETEST)



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #5 correspondiente a Estado de ánimo deprimido, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 67% se encuentra en el rango de muy severo y 33% en moderado.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #5 correspondiente a Estado de ánimo deprimido, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 59% se encuentra en el rango de ausente, el 25% en moderado, el 8% en severo y el 8% se encuentra en leve.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El ítem #5 el rango que más prevaleció fue muy severo teniendo una frecuencia de 8 lo que equivale al 66.7% y moderado con 4 frecuencias equivalentes al 33.3%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

### Ítem #5 Estado de ánimo deprimido (Test)

		Estadísticos				
		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	4	0	8
	Perdidos	12	12	8	12	4

		MODERADO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

		MUY			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	8	66.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	4	33.3		
Total		12	100.0		

### Ítem #5 Estado de Ánimo Deprimido (Retest)

En el ítem #5 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 7 frecuencias equivalentes al 58.3%, leve teniendo 1 frecuencia equivalente al 8.3% de la muestra, moderado con 3 frecuencias que equivalen al 25% de la muestra y severo con una frecuencia equivalente al 8.3%; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

#### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	7	1	3	1	0
	Perdidos	5	11	9	11	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	7	58.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	5	41.7		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

### SEVERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### MUY

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	Sistema	12	100.0

## Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía un nivel de ansiedad muy severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y moderada, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.

### ÍTEM #5 TEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	4	1	1	1.00	.000
SEVERO	0				
MUY	8	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

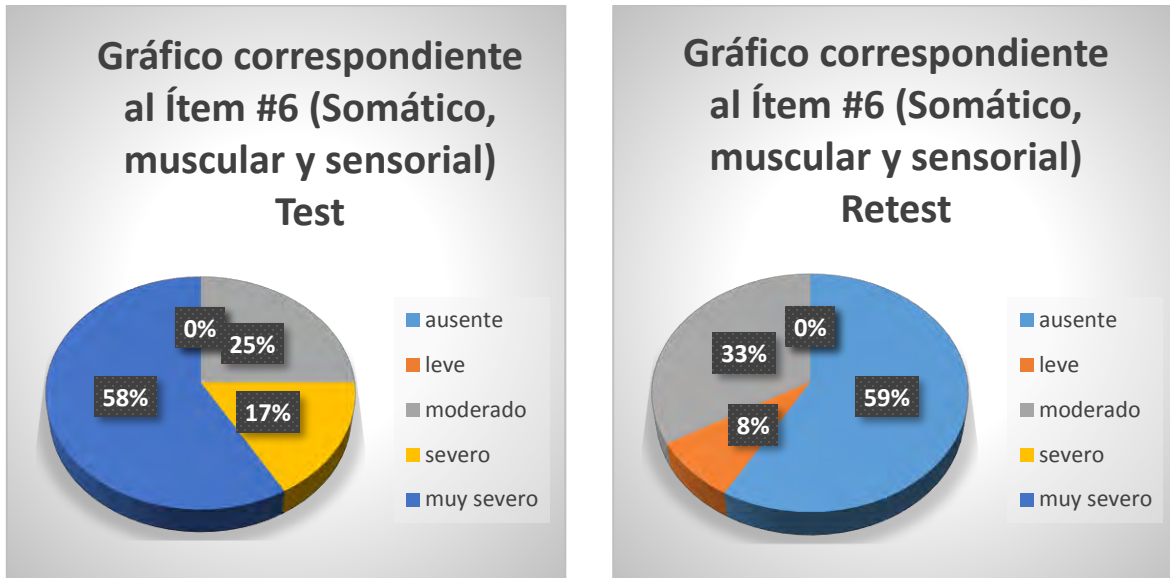
### ÍTEM #5 RETEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	7	1	1	1.00	.000
LEVE	1	1	1	1.00	.
MODERADO	3	1	1	1.00	.000
SEVERO	1	1	1	1.00	.
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

### ÍTEM #6 SOMÁTICO (MUSCULAR Y SENSORIAL) (TEST Y RETEST)



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #6 correspondiente a Somático (muscular y sensorial), la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 58% se encuentra en el rango de muy severo, el 25% en moderado y el 17% en severo.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #6 correspondiente a Somático (muscular y sensorial), la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 59% se encuentra en el rango de ausente, el 33% en moderado y el 8% se encuentra en leve.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El ítem #6 el rango que más prevaleció fue muy severo teniendo una frecuencia de 7 lo que equivale al 58.3%, moderado con 3 frecuencias equivalentes al 25% y severo

con una frecuencia de 2 equivalente a 16.7%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

### Ítem #6 Somático muscular y Sensorial (Test)

		Estadísticos				
		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	3	2	7
	Perdidos	12	12	9	10	5

		MODERADO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

		SEVERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	16.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	10	83.3		
Total		12	100.0		

		MUY			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	7	58.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	5	41.7		
Total		12	100.0		

### Ítem #6 Somático muscular y sensorial (Retest)

En el ítem #6 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 7 frecuencias equivalentes al 58.3%, leve teniendo 1 frecuencia equivalente al 8.3% de la muestra y moderado con 4 frecuencias que equivalen al 33.3% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	7	1	4	0	0
	Perdidos	5	11	8	12	12

#### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	7	58.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	5	41.7		
Total		12	100.0		

#### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

#### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía un nivel de ansiedad muy severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y moderada, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.



## ÍTEM #6 TEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	3	1	1	1.00	.000
SEVERO	2	1	1	1.00	.000
MUY	7	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

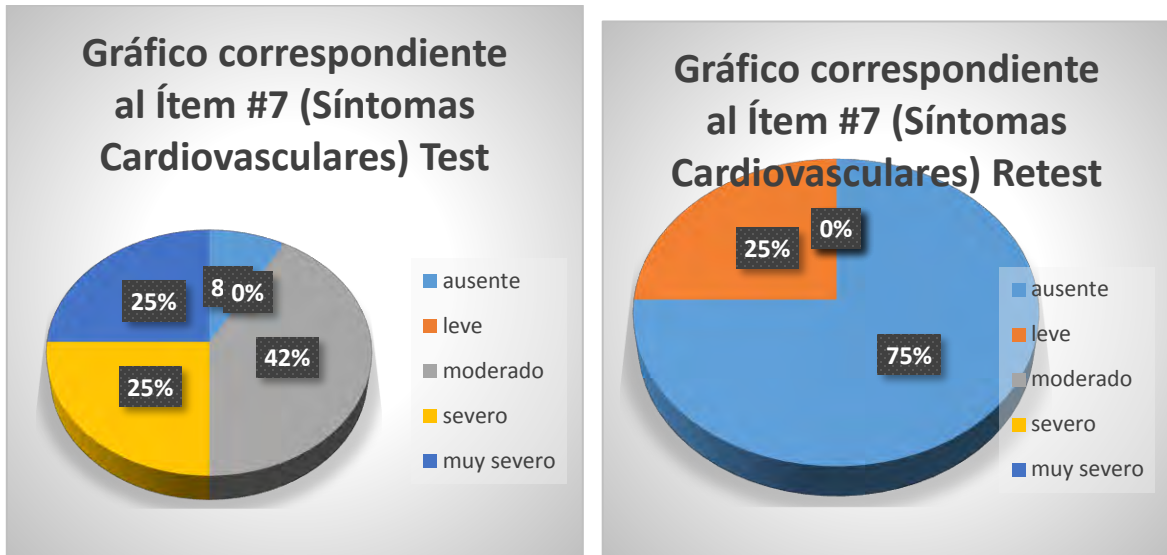
## ÍTEM #6 RETEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	7	1	1	1.00	.000
LEVE	1	1	1	1.00	.
MODERADO	4	1	1	1.00	.000
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

### ÍTEM #7 SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES (TEST Y RETEST)



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #7 correspondiente a Síntomas Cardiovasculares, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 42% se encuentra en el rango de moderado, el 25% en severo, el 25% en muy severo y el 8% en ausente.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #7 correspondiente a Síntomas Cardiovasculares, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 75% se encuentra en el rango de ausente y el 25% se encuentra en leve.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

En ítem #7 el rango que más prevaleció fue moderado teniendo una frecuencia de 5 lo que equivale al 41.7%, severo y muy severo con 3 frecuencias cada uno equivalentes al 25% y ausente con 1 frecuencia equivalente a 8.3%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

## Ítem #7 Síntomas Cardiovasculares (Test)

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	1	0	5	3	3
	Perdidos	11	12	7	9	9

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### SEVERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

### MUY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

## Ítem #7 Síntomas Cardiovasculares (Retest)

En el ítem #7 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 9 frecuencias equivalentes al 75% y leve teniendo 3 frecuencias equivalentes al 25% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

		Estadísticos				
		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	9	3	0	0	0
	Perdidos	3	9	12	12	12

		AUSENTE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	9	75.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	3	25.0		
Total		12	100.0		

		LEVE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía un nivel de ansiedad moderado en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.

### Estadísticos descriptivos

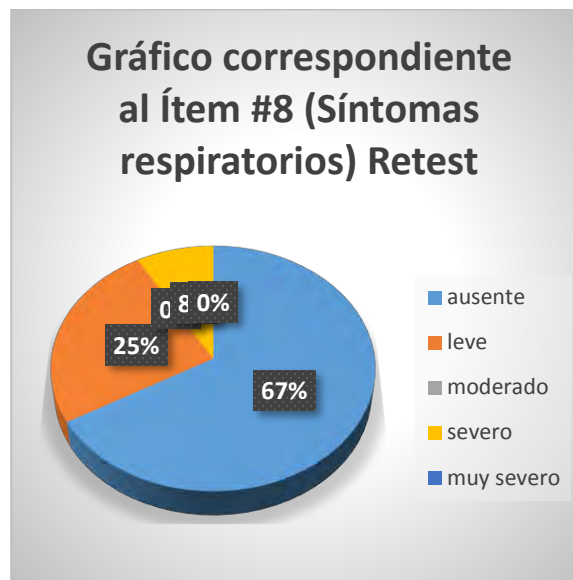
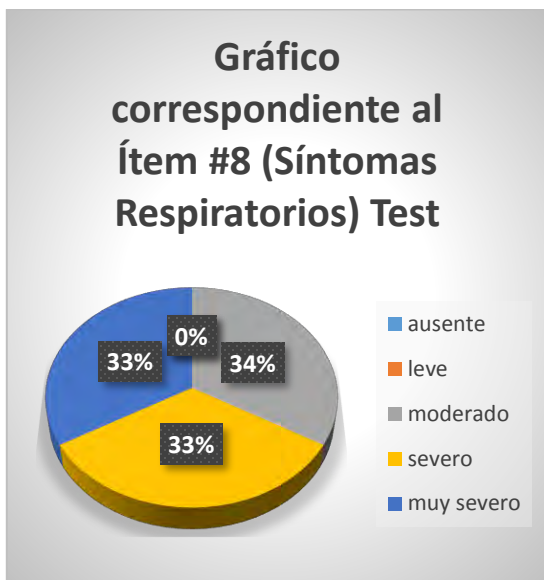
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	1	1	1	1.00	.
LEVE	0				
MODERADO	5	1	1	1.00	.000
SEVERO	3	1	1	1.00	.000
MUY	3	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	9	1	1	1.00	.000
LEVE	3	1	1	1.00	.000
MODERADO	0				
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

### ÍTEM #8 SÍNTOMAS RESPIRATORIOS (TEST Y RETEST)



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #8 correspondiente a Síntomas Respiratorios, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 34% se encuentra en moderado, un 33% se encuentra en el rango de muy severo y el otro 33% en severo.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #8 correspondiente a Síntomas Respiratorios, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 67% se encuentra en el rango de ausente, el 25% se encuentra en leve y el 8% en severo.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

En ítem #8 los rangos que más prevalecieron fueron moderado, severo y muy severo, todos con una frecuencia de 4 equivalente a 33.3% de la muestra por cada una. Dando

un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

### Ítem #8 Síntomas Respiratorios (Test)

		Estadísticos				
		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	4	4	4
	Perdidos	12	12	8	8	8

		MODERADO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

		SEVERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

		MUY			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### Ítem #8 Síntomas Respiratorios (Retest)

En el ítem #8 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 8 frecuencias equivalentes al 66.7%, leve teniendo 3 frecuencias equivalentes al 25% y severo con 1 frecuencia equivalente a 8.3% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	8	3	0	1	0
	Perdidos	4	9	12	11	12

#### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	8	66.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	4	33.3		
Total		12	100.0		

#### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

#### SEVERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación los niveles de ansiedad se encontraban equitativamente en los rangos de moderado, severo y muy severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.



## ÍTEM #8 TEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	4	1	1	1.00	.000
SEVERO	4	1	1	1.00	.000
MUY	4	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

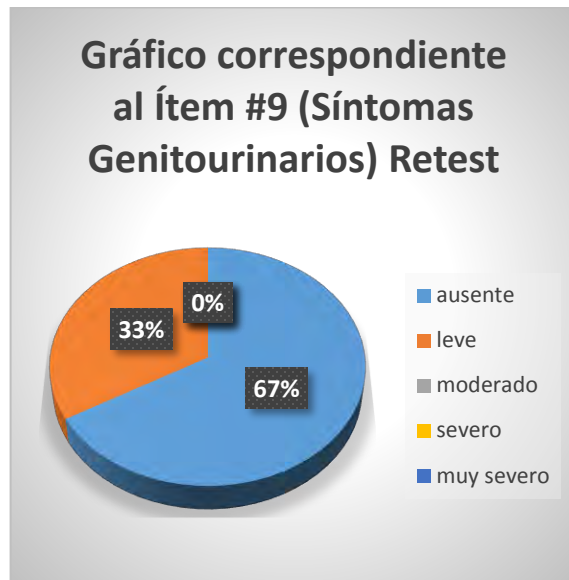
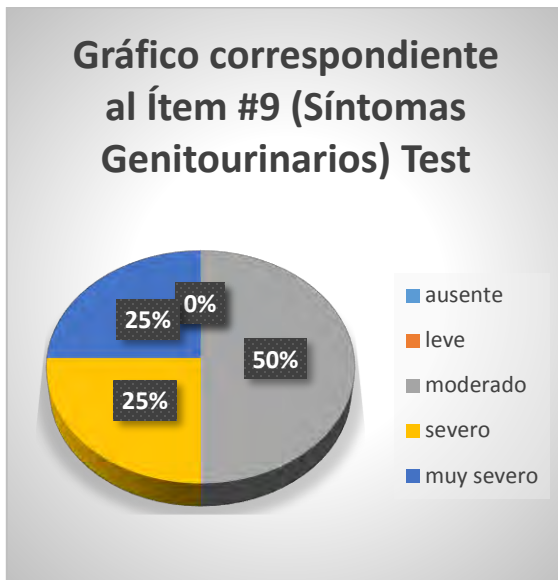
## ÍTEM #8 RETEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	8	1	1	1.00	.000
LEVE	3	1	1	1.00	.000
MODERADO	0				
SEVERO	1	1	1	1.00	.
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

### ÍTEM #9 SÍNTOMAS GENITOURINARIOS (TEST Y RETEST)



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #9 correspondiente a Síntomas Genitourinarios, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 50% se encuentra en el rango de moderado, el 25% en severo y el otro 25% en muy severo.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #9 correspondiente a Síntomas Genitourinarios, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 67% se encuentra en el rango de ausente y el 33% se encuentra en leve.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

En ítem #9 los rangos que más prevalecieron fueron moderado con una frecuencia de 6 equivalente al 50% de la muestra, severo con 3 frecuencias equivalentes al 25% y muy severo con una frecuencia de 3 equivalente al 25% de la muestra. Dando un total

de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

### Ítem #9 Síntomas Genitourinarios (Test)

		Estadísticos				
		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	6	3	3
	Perdidos	12	12	6	9	9

		MODERADO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

		SEVERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

		MUY			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

### Ítem #9 Síntomas Genitourinarios (Retest)

En el ítem #9 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 8 frecuencias equivalentes al 66.7% y leve teniendo 3 frecuencias equivalentes al 25% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	8	4	0	0	0
	Perdidos	4	8	12	12	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	8	66.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	4	33.3		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación los niveles de ansiedad se encontraban en el rango de moderado en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.

## ÍTEM #9 TEST

### Estadísticos descriptivos

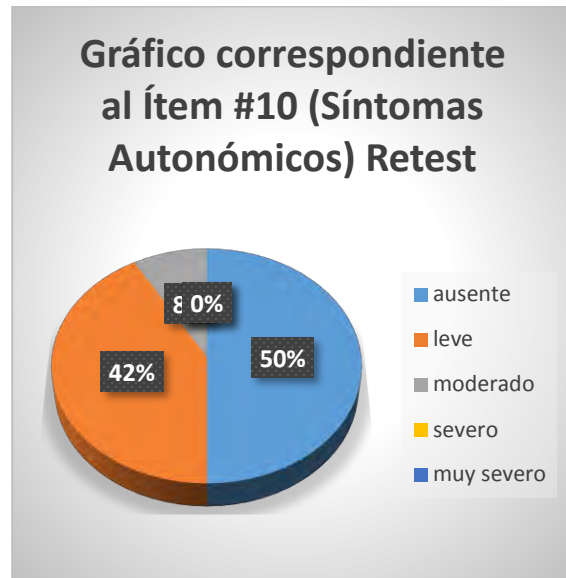
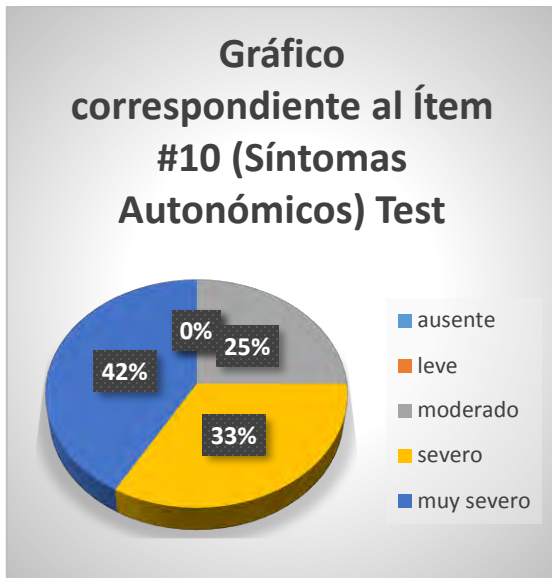
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	6	1	1	1.00	.000
SEVERO	3	1	1	1.00	.000
MUY	3	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

## ÍTEM #9 RETEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	8	1	1	1.00	.000
LEVE	4	1	1	1.00	.000
MODERADO	0				
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**  
**ÍTEM #10 SÍNTOMAS AUTONÓMICOS (TEST Y RETEST)**



**Descripción de Datos:**

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #10 correspondiente a Síntomas Autonómicos, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 42% se encuentra en el rango de muy severo, el 33% en severo y el 25% en moderado.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #10 correspondiente a Síntomas Autonómicos, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 50% se encuentra en el rango de ausente, el 42% se encuentra en leve y el 8% en moderado.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

En ítem #10 los rangos que más prevalecieron fueron muy severo con una frecuencia de 5 equivalente al 41.7% de la muestra, severo con 4 frecuencias equivalentes al 33.3% y moderado con una frecuencia de 3 equivalente al 25% de la muestra. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

### Ítem #10 Síntomas Autonómicos (Test)

#### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	3	4	5
	Perdidos	12	12	9	8	7

#### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

#### SEVERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

#### MUY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

## Ítem #10 Síntomas Autonómicos (Retest)

En el ítem #10 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 6 frecuencias equivalentes al 50% de la muestra, leve teniendo 5 frecuencias equivalentes al 41.7% de la muestra y moderado con 1 frecuencia equivalente al 8.3% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	6	5	1	0	0
	Perdidos	6	7	11	12	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		



## Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación los niveles de ansiedad se encontraban en el rango de muy severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.

### ÍTEM #10 TEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	3	1	1	1.00	.000
SEVERO	4	1	1	1.00	.000
MUY	5	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

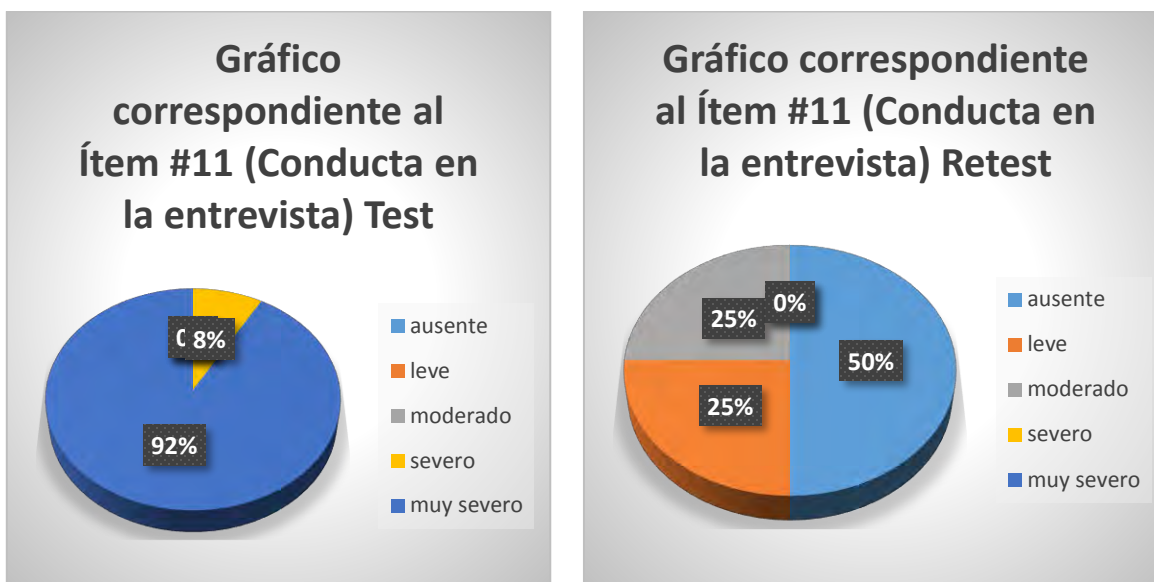
### ÍTEM #10 RETEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	6	1	1	1.00	.000
LEVE	5	1	1	1.00	.000
MODERADO	1	1	1	1.00	.
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

### ÍTEM #11 CONDUCTA EN LA ENTREVISTA (TEST Y RETEST)



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el reactivo #11 correspondiente a Conducta en la entrevista, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 92% se encuentra en el rango de muy severo y el 8% en severo.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el reactivo #11 correspondiente a Conducta en la entrevista, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 50% se encuentra en el rango de ausente, el 25% se encuentra en leve y el otro 25% en moderado.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

En ítem #11 los rangos que más prevalecieron fueron muy severo con una frecuencia de 11 equivalente al 91.7% de la muestra y severo con 1 frecuencia equivalente al 8.3%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

## Ítem #11 Conducta en la Entrevista (Test)

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	0	0	0	1	11
	Perdidos	12	12	12	11	1

### SEVERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### MUY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	11	91.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	1	8.3		
Total		12	100.0		

## Ítem #11 Conducta en la Entrevista (Retest)

En el ítem #11 en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 6 frecuencias equivalentes al 50% de la muestra, leve teniendo 3 frecuencias equivalentes al 25% de la muestra y moderado con 3 frecuencias equivalentes al 25% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

#### AUSENTE

N	Válido	6
	Perdidos	6

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

### Estadísticos

LEVE

N	Válido	3
	Perdidos	9

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

### Estadísticos

MODERADO

N	Válido	3
	Perdidos	9

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación los niveles de ansiedad se encontraban en el rango de muy severo en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de

psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente, leve y moderada, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.

### ÍTEM #11 TEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	0				
LEVE	0				
MODERADO	0				
SEVERO	1	1	1	1.00	.
MUY	11	1	1	1.00	.000
N válido (por lista)	0				

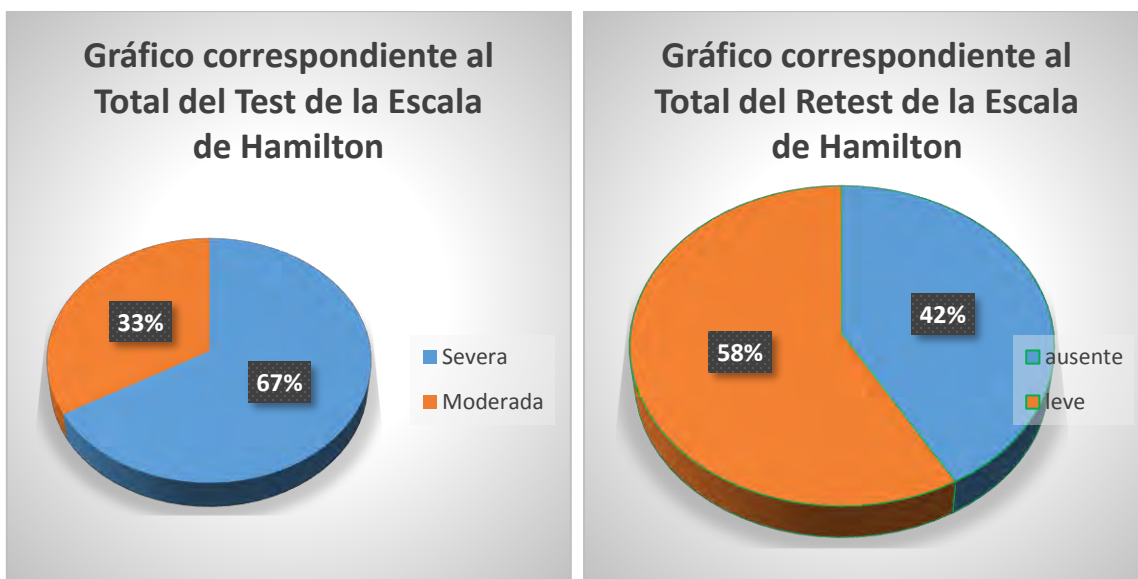
### ÍTEM #11 RETEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	6	1	1	1.00	.000
LEVE	3	1	1	1.00	.000
MODERADO	3	1	1	1.00	.000
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON

### GRÁFICO CORRESPONDIENTE AL TOTAL DEL TEST Y RETEST DE LA ESCALA DE HAMILTON



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en el total del Test, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 67% se encuentra en el rango de severa y el 33% en moderada.

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en el Total del Test, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 58% se encuentra en el rango de leve y el 42% en el rango de ausente.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

En el total del Test de Hamilton los rangos que más prevalecieron fueron ausente con una frecuencia de 4 equivalente al 33.3% de la muestra, leve con una frecuencia de 6 y moderado con una frecuencia de 2 equivalente al 16.7%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

## Total del test de Hamilton (Test)

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	4	6	2	0	0
	Perdidos	8	6	10	12	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	16.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	10	83.3		
Total		12	100.0		

## Total de la Escala Hamilton (Retest)

En el total de la Escala Hamilton en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 5 frecuencias equivalentes al 41.7% de la muestra y leve teniendo 7 frecuencias equivalentes al 58.3% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	5	7	0	0	0
	Perdidos	7	5	12	12	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	7	58.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	5	41.7		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación los niveles de ansiedad se encontraban en el rango de leve en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.



## ANSIEDAD TOTAL HAMILTON TEST

### Estadísticos descriptivos

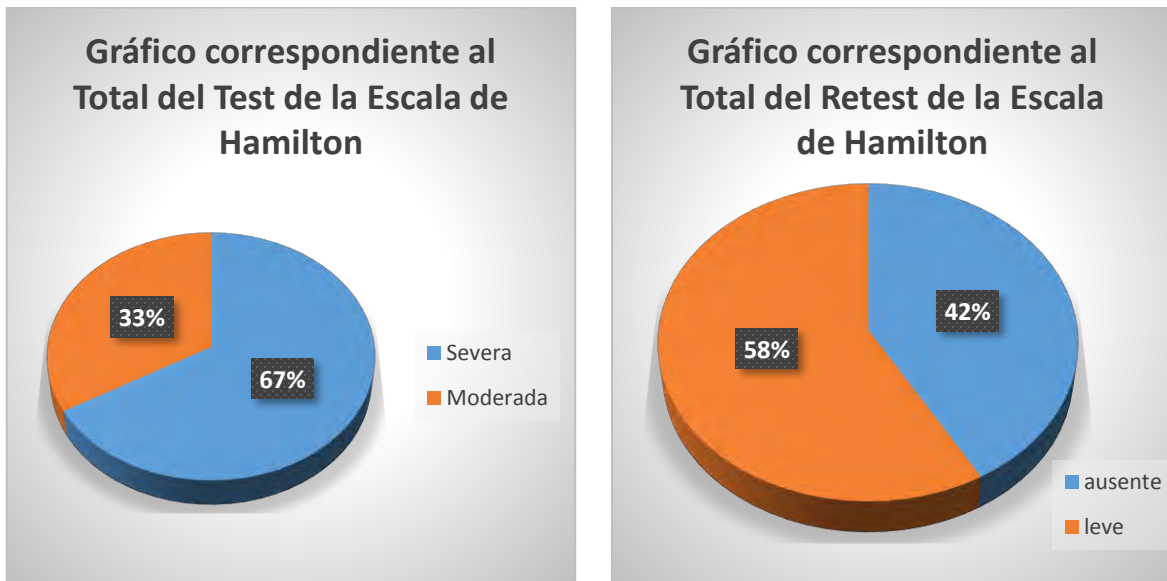
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	4	1	1	1.00	.000
LEVE	6	1	1	1.00	.000
MODERADO	2	1	1	1.00	.000
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ANSIEDAD TOTAL HAMILTON RETEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	5	1	1	1.00	.000
LEVE	7	1	1	1.00	.000
MODERADO	0				
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

**ESCALA DE ANSIEDAD DE AMAS-A  
(TEST Y RETEST) GRÁFICAS TOTALES  
SUBESCALA INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD**



**Descripción de Datos:**

Con respecto al Total del Test de la escala de Hamilton antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 67% se encuentra en el rango de severo y el 33% en leve.

Respecto al Total del Retest de la Escala de Hamilton después de la implementación del programa de psicoprofilaxis, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 58% se encuentra en el rango de leve y el 42% se encuentra en el rango de ausente.

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

En el total del Test de Hamilton los rangos que más prevalecieron fueron ausente con una frecuencia de 4 equivalente al 33.3% de la muestra, leve con una frecuencia de 6 y moderado con una frecuencia de 2 equivalente al 16.7%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

## Total del test de Hamilton (Test)

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	4	6	2	0	0
	Perdidos	8	6	10	12	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

### MODERADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	16.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	10	83.3		
Total		12	100.0		

### Total de la Escala Hamilton (Retest)

En el total de la Escala Hamilton en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron ausente con 5 frecuencias equivalentes al 41.7% de la muestra y leve teniendo 7 frecuencias equivalentes al 58.3% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY
N	Válido	5	7	0	0	0
	Perdidos	7	5	12	12	12

### AUSENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### LEVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	7	58.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	5	41.7		
Total		12	100.0		

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación los niveles de ansiedad se encontraban en el rango de leve en las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que la ansiedad disminuye a ausente y leve, por lo tanto existen diferencias antes y después de dicho programa.

## INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD TEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	4	1	1	1.00	.000
LEVE	6	1	1	1.00	.000
MODERADO	2	1	1	1.00	.000
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD RETEST

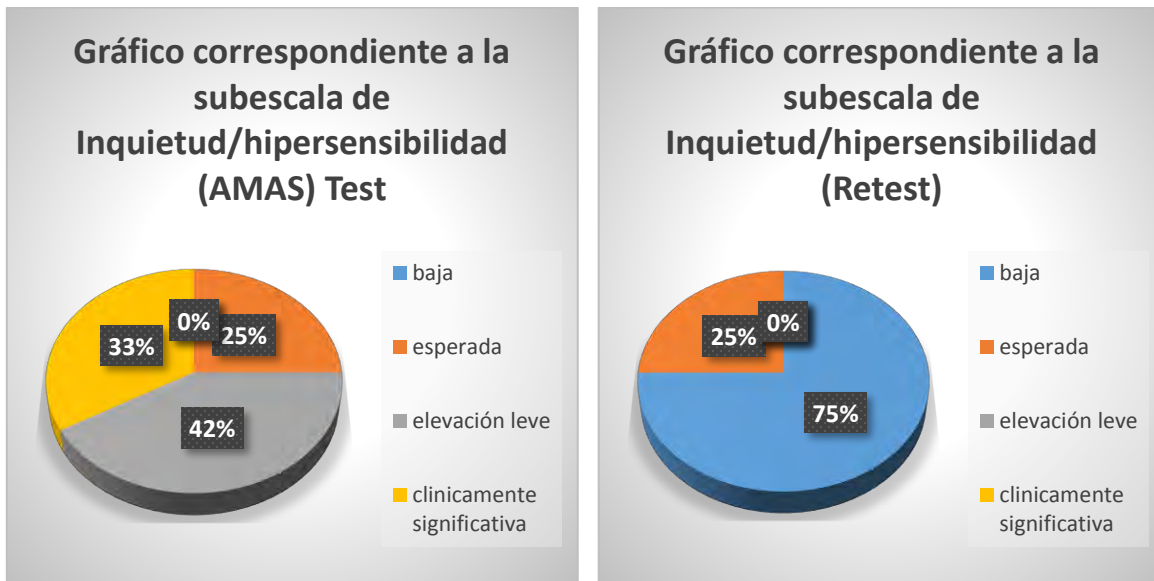
### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
AUSENTE	5	1	1	1.00	.000
LEVE	7	1	1	1.00	.000
MODERADO	0				
SEVERO	0				
MUY	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS (AMAS)

### TEST Y RETEST

#### SUBESCALA INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en la subescala de inquietud/hipersensibilidad, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 42% se encuentra en la categoría de **elevación leve** (se preocupa con frecuencia, la inquietud puede interferir con sus relaciones; por lo general no presenta dificultades serias; puede mostrarse compulsivo acerca de cuestiones específicas, hipersensibilidad leve), el 33% en la categoría de **clínicamente significativa** (preocupación enfocada; pensamiento repetitivo e improductivo; agotamiento mental; posible presencia de temores vagos; frecuentes rasgos obsesivo-compulsivos) y el 25% en la categoría **esperada** (grados normales de inquietud y preocupaciones ante la vida).

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en la subescala

de inquietud/hipersensibilidad, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 75% se encuentra en la categoría **baja** (pocas preocupaciones; no es particularmente sensible a la crítica; perspectiva relajada y de “a ver qué pasa” ante los problemas de la vida) y el 25% se encuentra en la categoría **esperada** (grados normales de inquietud y preocupaciones ante la vida).

### SUBESCALA INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD

En la subescala de inquietud/hipersensibilidad de la Escala AMAS los rangos que más prevalecieron fueron elevada con una frecuencia de 5 equivalente al 41.7% de la muestra, clínicamente significativa con una frecuencia de 4 equivalente al 33.3% y esperada con una frecuencia de 3 equivalente al 25%. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

#### Estadísticos

		BAJA	ESPERADA	ELEVACIÓN	CLINICAMENT E	EXTREMA
N	Válido	0	3	5	4	0
	Perdidos	12	9	7	8	12

#### ESPERADA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

#### ELEVACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### CLINICAMENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### Subescala inquietud /hipersensibilidad (Retest)

En la subescala de inquietud/hipersensibilidad de la Escala AMAS en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron baja con 9 frecuencias equivalente al 75%% de la muestra y esperada teniendo 3 frecuencias equivalentes al 25% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		baja	esperada
N	Válido	9	3
	Perdidos	3	9

### baja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	9	75.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	3	25.0		
Total		12	100.0		

### esperada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		



## Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía una elevación leve en la subescala de inquietud/hipersensibilidad en casi la mitad de las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que se encuentran en la categoría baja la mayoría de las mujeres en esta subescala.

### INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD TEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
BAJA	0				
ESPERADA	3	1	1	1.00	.000
ELEVACIÓN	5	1	1	1.00	.000
CLINICAMENTE	4	1	1	1.00	.000
EXTREMA	0				
N válido (por lista)	0				

### INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD RETÉS

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
baja	9	1	1	1.00	.000
esperada	3	1	1	1.00	.000
elevación	0				
clínicamente	0				
extrema	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS (AMAS)

### TEST Y RETEST

#### SUBESCALA ANSIEDAD FISIOLÓGICA



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en la subescala de ansiedad fisiológica, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 42% se encuentra en la categoría de **elevación leve** (individuo tenso y algo intranquilo; es probable que funcione bien en ausencia de otras elevaciones), el 34% en la categoría **esperada** (cantidad promedio de afecciones fisiológicas comunes), 8% en la categoría de **clínicamente significativa** (individuo tenso y nervioso; predispuesto a enfermedades psicosomáticas; problemas de atención), 8% en la categoría de **extrema** (cantidad anormalmente elevada de afecciones somáticas asociadas con la ansiedad; se tensa y se fatiga con facilidad; probables trastornos del sueño) y el otro 8% en la categoría **baja** (con excepción de que se trate de negación; individuo bien adaptado con adecuados mecanismos de afrontamiento; buenas maneras de canalizar el nerviosismo normal).

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en la subescala de ansiedad fisiológica, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 100% se encuentra en la categoría **baja** (con excepción de que se trate de negación; individuo bien adaptado con adecuados mecanismos de afrontamiento; buenas maneras de canalizar el nerviosismo normal).

### SUBESCALA ANSIEDAD FISIOLÓGICA

En la subescala de ansiedad fisiológica de la Escala AMAS los rangos que más prevalecieron fueron elevación leve con una frecuencia de 5 equivalente al 41.7% de la muestra y esperada con una frecuencia de 4 equivalente al 33.3% y las otras frecuencias una por cada rango. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

#### Estadísticos

		BAJA	ESPERADA	ELEVACIÓN	CLINICAMENT E	EXTREMA
N	Válido	1	4	5	1	1
	Perdidos	11	8	7	11	11

#### BAJA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### ESPERADA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### ELEVACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### CLINICAMENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### EXTREMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### Subescala ansiedad fisiológica (Retest)

En la subescala de ansiedad fisiológica de la Escala AMAS en la segunda aplicación, el rango más sobresaliente fue baja con 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

baja

N	Válido	12
	Perdidos	0

baja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	12	100.0	100.0	100.0

### Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación existía una elevación leve en la subescala de ansiedad fisiológica en casi la mitad de las mujeres antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que todas las mujeres se encuentran en la categoría baja en esta subescala.

## ANSIEDAD FISIOLÓGICA TEST

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
BAJA	1	1	1	1.00	.
ESPERADA	4	1	1	1.00	.000
ELEVACIÓN	5	1	1	1.00	.000
CLINICAMENTE	1	1	1	1.00	.
EXTREMA	1	1	1	1.00	.

## ANSIEDAD FISIOLÓGICA RETEST

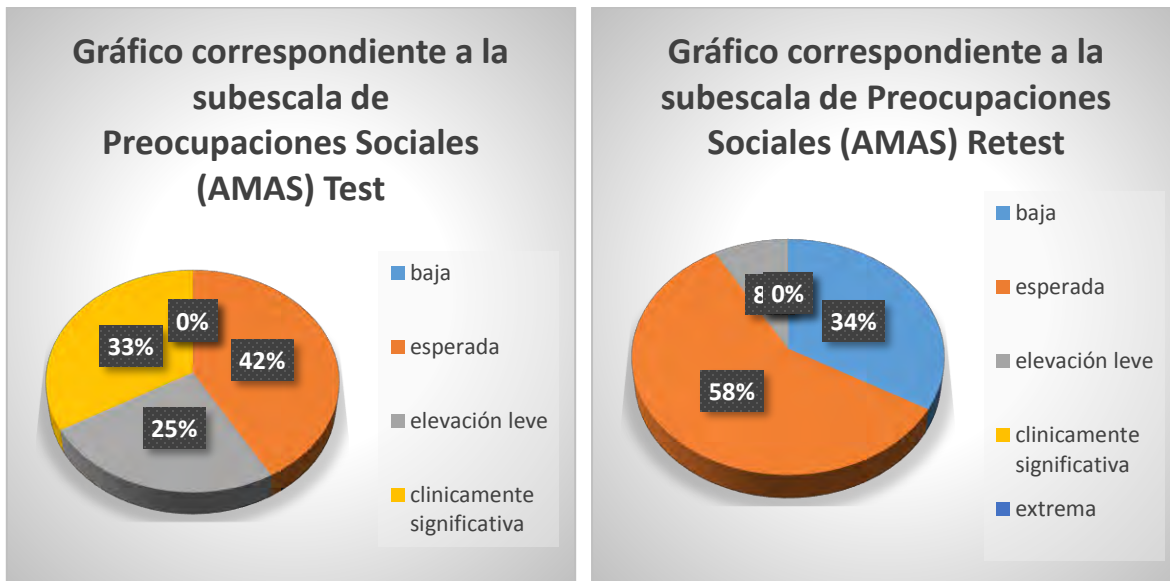
### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
baja	12	1	1	1.00	.000
esperada	0				
elevación	0				
clínicamente	0				
extrema	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS (AMAS)

### TEST Y RETEST

#### SUBESCALA PREOCUPACIONES SOCIALES



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en la subescala de preocupaciones sociales, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 42% se encuentra en la categoría **esperada** (preocupaciones normales acerca de actividades y cuestiones interpersonales), el 33% se encuentra en la categoría de **clínicamente significativa** (niveles elevados de estrés asociados habitualmente con las tareas de la vida cotidiana y con las preocupaciones sociales) y el 25% en la categoría de **elevación leve** (demasiado preocupado acerca de su apariencia y de las tareas de la vida cotidiana; pero es probable que no sea disfuncional).

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en la subescala de preocupaciones sociales, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las

mujeres, el 58% se encuentra en la categoría **esperada** (preocupaciones normales acerca de actividades y cuestiones interpersonales), el 34% en la categoría **extrema** (reacciona de manera excesiva ante el estrés; se preocupa demasiado por las opiniones de los demás, sistema de apoyo débil) y 8% en la categoría de **elevación leve** (demasiado preocupado acerca de su apariencia y de las tareas de la vida cotidiana; pero es probable que no sea disfuncional).

### SUBESCALA PREOCUPACIONES SOCIALES

En la subescala de preocupaciones sociales de la Escala AMAS los rangos que más prevalecieron fueron esperada con una frecuencia de 5 equivalente al 41.7% de la muestra, clínicamente significativo con una frecuencia de 4 equivalente al 33.3% y elevación leve con una frecuencia de 3 equivalente al 25% de la muestra. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

#### Estadísticos

		BAJA	ESPERADA	ELEVACIÓN	CLINICAMENT E	EXTREMA
N	Válido	0	5	3	4	0
	Perdidos	12	7	9	8	12

#### ESPERADA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		



### ELEVACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	25.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	9	75.0		
Total		12	100.0		

### CLINICAMENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### Subescala preocupaciones sociales (Retest)

En la subescala de preocupaciones sociales de la Escala AMAS en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron esperada con 7 frecuencias equivalentes al 58.3% de la muestra, baja con 4 frecuencias equivalentes al 33.3% de la muestra y elevación leve con una frecuencia equivalente al 8.3% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		baja	esperada	elevación	clínicamente	extrema
N	Válido	4	7	1	0	0
	Perdidos	8	5	11	12	12

### baja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

		<b>esperada</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	7	58.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	5	41.7		
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100.0</b>		

		<b>elevación</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100.0</b>		

### **Análisis.**

Se encontró que en la primera aplicación casi la mitad de las mujeres se encontraban en la categoría esperada en la subescala de preocupaciones sociales antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que más de la mitad de las mujeres se encuentran en la categoría esperada en la subescala de preocupaciones sociales.

## **PREOCUPACIONES SOCIALES TEST**

### **Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
BAJA	0				
ESPERADA	5	1	1	1.00	.000
ELEVACIÓN	3	1	1	1.00	.000
CLINICAMENTE	4	1	1	1.00	.000
EXTREMA	0				

## PREOCUPACIONES SOCIALES RETEST

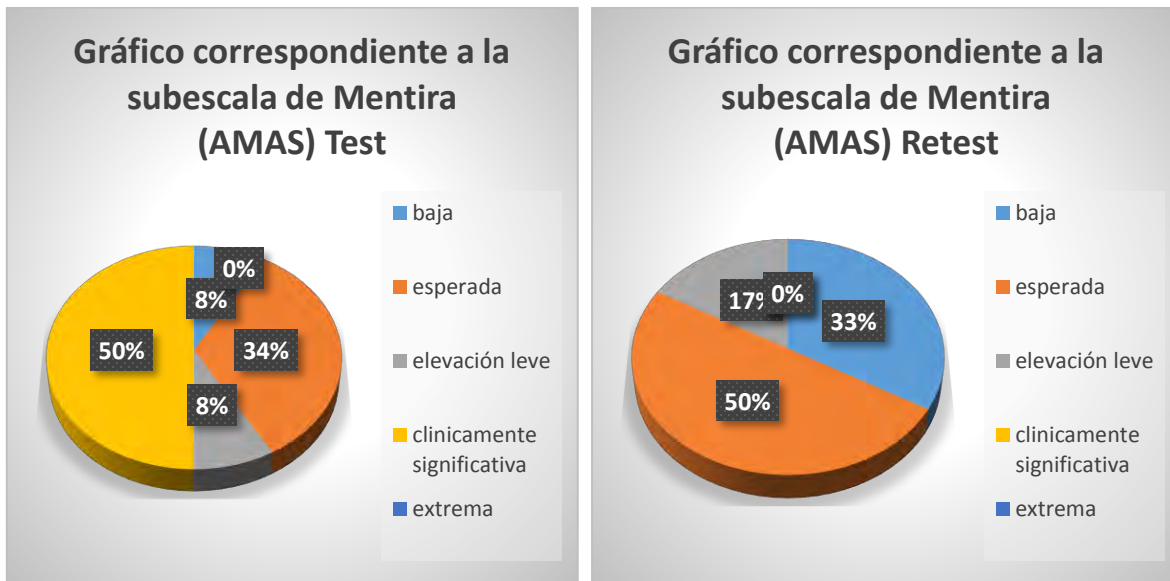
### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
baja	4	1	1	1.00	.000
esperada	7	1	1	1.00	.000
elevación	1	1	1	1.00	.
clínicamente	0				
extrema	0				
N válido (por lista)	0				

## ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS (AMAS)

### TEST Y RETEST

#### SUBESCALA MENTIRA



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en la subescala de mentira, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 50% se encuentra en la categoría de **clínicamente significativa** (poco cooperativo con el proceso de evaluación; ingenuo; necesita que otros lo vean de manera positiva; falta de naturaleza reflexiva), el 34% se encuentra en la categoría **esperada** (adecuado; típico), el 8% se encuentra en la categoría de **elevación leve** (rígido; moralista; tal vez cierto grado de negación o ingenuidad; creencias conservadoras) y el otro 8% se encuentra en la categoría **baja** (posible exageración en el informe de sus afecciones para llamar la atención; comprensión deficiente de las preguntas).

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en la subescala de preocupaciones sociales, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las

mujeres, el 50% se encuentra en la categoría **esperada** (adecuado; típico), el 33% en la categoría **extrema** (grave negación de la problemática; intento por parecer psicológicamente sano; alto grado de ingenuidad acerca de asuntos psicológicos; comprensión deficiente de las preguntas) y el 17% en la categoría de **elevación leve** (rígido; moralista; tal vez cierto grado de negación o ingenuidad; creencias conservadoras).

### SUBESCALA MENTIRA

En la subescala mentira de la Escala AMAS los rangos que más prevalecieron fueron clínicamente significativa con una frecuencia de 6 equivalente al 50% de la muestra, esperada con una frecuencia de 4 equivalente al 33.3% y elevación leve y baja con una frecuencia cada una equivalente al 8.3% de la muestra por cada una. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

#### Estadísticos

		BAJA	ESPERADA	ELEVADA	CLINICAMENT E	EXTREMA
N	Válido	1	4	1	6	0
	Perdidos	11	8	11	6	12

#### BAJA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

#### ESPERADA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

### ELEVADA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### CLINICAMENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

### Subescala Mentira (Retest)

En la subescala mentira de la Escala AMAS en la segunda aplicación, los rangos más sobresalientes fueron esperada con 6 frecuencias equivalentes al 50% de la muestra, baja con 4 frecuencias equivalentes al 33.3% de la muestra y elevación leve con una frecuencia equivalente al 8.3% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

### Estadísticos

		baja	esperada	elevación	clínicamente	extrema
N	Válido	4	6	2	0	0
	Perdidos	8	6	10	12	12

### baja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	33.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	8	66.7		
Total		12	100.0		

		<b>esperada</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	50.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	6	50.0		
Total		12	100.0		

		<b>elevación</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	16.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	10	83.3		
Total		12	100.0		

### **Análisis.**

Se encontró que en la primera aplicación la mitad de las mujeres se encontraban en la categoría de clínicamente significativa en la subescala de mentira antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observa que hubo cambios notorios ya que la mitad de las mujeres se encontraban en la categoría esperada.

## **MENTIRA TEST**

### **Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
BAJA	1	1	1	1.00	.
ESPERADA	4	1	1	1.00	.000
ELEVADA	1	1	1	1.00	.
CLINICAMENTE	6	1	1	1.00	.000
EXTREMA	0				
N válido (por lista)	0				

## MENTIRA RETEST

### Estadísticos descriptivos

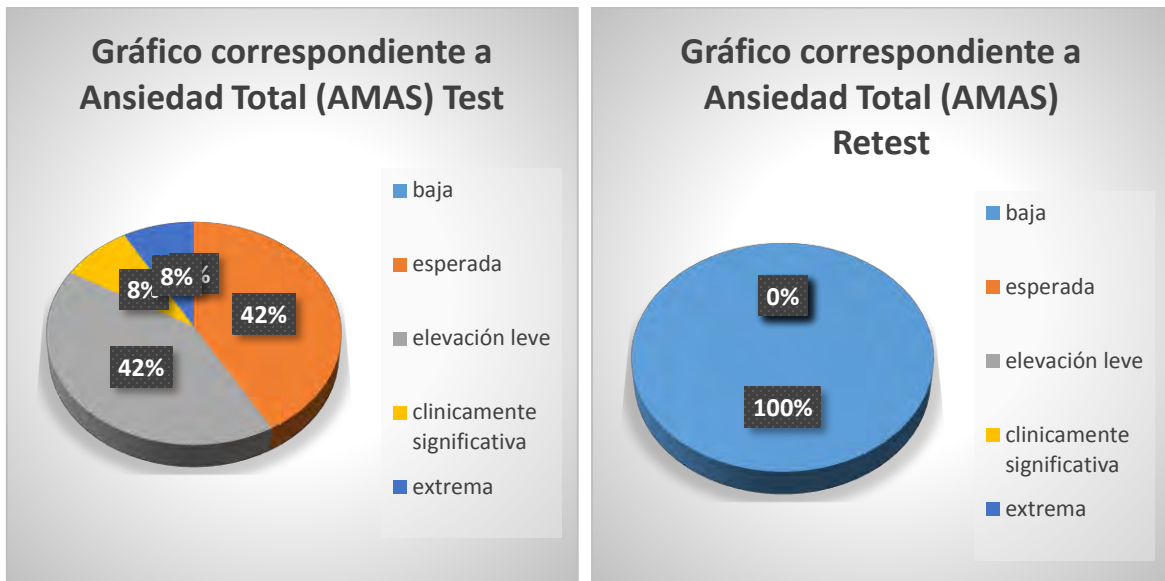
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
baja	4	1	1	1.00	.000
esperada	6	1	1	1.00	.000
elevación	2	1	1	1.00	.000
clínicamente	0				
extrema	0				
N válido (por lista)	0				



## ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS (AMAS)

### TEST Y RETEST

### ANSIEDAD TOTAL



#### Descripción de Datos:

Con respecto a la primera aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) antes de la implementación del Programa de Psicoprofilaxis en la Ansiedad Total, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, un 42% se encuentra en la categoría de **elevación leve** (individuo adaptado a su entorno; posiblemente excitable; trata de estar bien a pesar de ciertas inseguridades; tiende a depender de la interpretación psicológica de sus problemas), 42% se encuentra en la categoría **esperada** (individuo típico sin patrones anormales de estrés ni reacciones poco comunes), el 8% se encuentra en la categoría de **clínicamente significativa** (individuo temerosos y ansioso; posible exceso de preocupaciones; probabilidad de algunas manifestaciones psicofisiológicas de la ansiedad; posible rigidez en el proceso de pensamiento) y el otro 8% se encuentra en la categoría **baja** (individuo confiado y centrado, pero tal vez las puntuaciones muy bajas también se asocien con tendencias narcisistas).

Respecto a la segunda aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) después de la implementación del programa de psicoprofilaxis en la subescala de preocupaciones sociales, la muestra nos arroja lo siguiente: del 100% de las mujeres, el 100% se encuentra en la categoría **baja** (individuo confiado y centrado, pero tal vez las puntuaciones muy bajas también se asocien con tendencias narcisistas).

### ANSIEDAD TOTAL

En Ansiedad total de la Escala AMAS los rangos que más prevalecieron fueron esperada con una frecuencia de 5 equivalente al 41.7% de la muestra, elevación leve con una frecuencia de 5 equivalente al 41.7% y clínicamente significativa y extrema con una frecuencia cada una equivalente al 8.3% de la muestra por cada una. Dando un total de 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra, esto durante la primera aplicación.

#### Estadísticos

		BAJA	ESPERADA	ELEVACIÓN	CLINICAMENT E	EXTREMA
N	Válido	0	5	5	1	1
	Perdidos	12	7	7	11	11

#### ESPERADA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### ELEVACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	41.7	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	7	58.3		
Total		12	100.0		

### CLINICAMENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### EXTREMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	8.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	11	91.7		
Total		12	100.0		

### Ansiedad Total (Retest)

En ansiedad total de la Escala AMAS en la segunda aplicación, el rango más sobresaliente fue baja con 12 frecuencias equivalentes al 100% de la muestra; dando así un total de 12 valores válidos equivalentes al 100% de la muestra.

#### Estadísticos

baja

N	Válido	12
	Perdidos	0

#### baja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	12	100.0	100.0	100.0

## Análisis.

Se encontró que en la primera aplicación la mitad de las mujeres se encontraban en la categoría de esperada y elevación leve en la Ansiedad Total antes de la implementación del programa de psicoprofilaxis; sin embargo después de la implementación del programa de psicoprofilaxis se observan cambios notorios ya que todas las mujeres se encuentran en la categoría baja en Ansiedad Total.

### ANSIEDAD TOTAL TEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
BAJA	0				
ESPERADA	5	1	1	1.00	.000
ELEVACIÓN	5	1	1	1.00	.000
CLINICAMENTE	1	1	1	1.00	.
EXTREMA	1	1	1	1.00	.
N válido (por lista)	0				

### ANSIEDAD TOTAL RETEST

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
baja	12	1	1	1.00	.000
esperada	0				
elevación	0				
clínicamente	0				
extrema	0				
N válido (por lista)	0				

## **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

## CONCLUSIONES

La presente investigación nos indica que de acuerdo al análisis estadístico realizado con el programa SPSS versión 22 refleja una disminución de la ansiedad en mujeres embarazadas posterior a la implementación del programa de psicoprofilaxis.

En la primera aplicación de la Escala de Ansiedad Hamilton lo más significativo fueron los rangos de moderado con un 33% y severo con un 67%, posteriormente con el retest después de la implementación del programa de psicoprofilaxis, los rangos disminuyeron a leve con 58% y ausente con 42% lo que indica una disminución de ansiedad después de dicha implementación.

En la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos en la primera aplicación lo más significativo es 8% clínicamente significativo, 8% baja, 42% esperada y 42% elevación leve; posterior a la implementación del programa de psicoprofilaxis, en la reaplicación se observó que el 100% fue baja, esto nos indica una disminución en la ansiedad después de dicha implementación.

Por lo tanto con lo anterior se concluye que la implementación del programa de psicoprofilaxis ayuda a la disminución de ansiedad en mujeres embarazadas, si bien no se elimina por completo hay una disminución. Entonces concluimos que el objetivo se cumplió.

Además de acuerdo con la presente investigación realizada la cultura machista tiene una influencia negativa en la decisión de las mujeres para evitar consecuencias negativas emocionales como secuelas del embarazo.

También se puede hacer otro análisis que permita temas de investigaciones futuras.

El objetivo de la presente investigación era implementar un programa de psicoprofilaxis para disminuir la ansiedad en mujeres embarazadas entre tres y ocho meses el cual respondió a la pregunta de investigación con los resultados obtenidos a través de la

aplicación de las pruebas, además acepta la hipótesis nula ya que la ansiedad en las mujeres disminuyó.

## **SUGERENCIAS**

Realizar estudios con el tema para poder fomentar la práctica de la psicoprofilaxis en mujeres embarazadas para poder disminuir ansiedad.

Realizar estudios de diagnóstico a las mujeres en gestación, para identificar problemas específicos que pudieran afectar el proceso de nacimiento de un bebé generado por la ansiedad de la madre.

Realizar programas, conferencias o talleres sobre temas relacionados a la importancia del manejo de estrés en el proceso de gestación.

Que el psicólogo se ocupe de este tema que es un área de investigación muy interesante para la práctica de la misma psicología.



## GLOSARIO

**PSICOPROFILAXIS:** Preparación intelectual, física y psíquica que busca eliminar miedos en mujeres embarazadas.

**ANSIEDAD:** Es una agitación, inquietud, tensión que acompaña a algunas enfermedades; está asociada a cambios en la actividad fisiológica del Sistema nervioso Autónomo.

**PROGRAMA:** Proyecto o planificación ordenada de las distintas partes o actividades que componen algo que se va a realizar.

**CURSO:** Proceso o serie de pasos por los que pasa una acción o asunto.

**PSICOLOGÍA:** Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

**TÉCNICA:** Conjunto de procedimientos o recursos que se usan en un arte, en una ciencia o en una actividad determinada, en especial cuando se adquieren por medio de su práctica y requieren habilidad.

**MÉTODO:** Modo ordenado y sistemático de proceder para llegar a un resultado o fin determinado.

**CEREBRO:** Parte principal del encéfalo, compuesta por los dos hemisferios cerebrales, unidos por el cuerpo calloso, y que constituye la parte mayor del sistema nervioso central en el hombre. Abarca la parte superior del cráneo.

**SALUD:** Concepto positivo que no sólo implica la ausencia de enfermedad, sino el funcionamiento óptimo del organismo que posibilite su máximo bienestar físico, psíquico y social.

**EJERCICIO:** Es la repetición frecuente de un acto con la finalidad de aprender o de adquirir cierta práctica en su ejecución.

**EMBARAZO:** Término que designa el periodo que transcurre desde la fecundación al nacimiento.

**REFLEJOS:** Capacidad que tiene una persona para reaccionar de forma rápida y eficaz ante un hecho imprevisto.

**CONDICIONAMIENTO:** Procedimiento que consiste en establecer ciertas condiciones de control de estímulos.

**RELAJACIÓN:** Está asociada a reducir la tensión física y mental.

**EMOCIONES:** Reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR García, A. (2010). Tipos de embarazo y sus consecuencias. Protocolo de investigación. Naucalpan, México.
- Alianza por la Salud Alimentaria. México el país con más cesáreas en el mundo: OMS.2014. recuperado el 16 de agosto de 2015 desde [www.vivavoz.com.mx/la-nacion-menu/13958-mexico-el-pais-con-mas-cesareas-en-el-mundo-oms](http://www.vivavoz.com.mx/la-nacion-menu/13958-mexico-el-pais-con-mas-cesareas-en-el-mundo-oms).
- ALONSO, Alejandra (2015). Trastornos Psicológicos más comunes durante el Embarazo. Condiciones clínicas. BCMedicalJornal. Psyciencia
- Ampliación del tema 53 del Volumen 2 de Matronas del Servicio Andaluz de Salud. Cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer en el embarazo. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 desde <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>
- Ansiedad a nivel fisiológico. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 desde [www.facmed.unam.mx/deptos/familiar.compendio](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar.compendio).
- BADOS y Sanz. (2005). Ansiedad y Estrés, perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. Vol. 14. Pp. 289-303.
- BALCAZAR Nava, Patricia, et.al. (2007). Investigación Cualitativa. México. Ed. Universidad Autónoma del Estado de México. Pp.231.
- CHÁVEZ Calderón, P. (1994). Métodos de Investigación 2. México. Ed. Publicaciones Cultural. Cuarta reimpresión. Pp. 311
- CHÓLIZ Montañes, M. (2005) Psicología de la emoción: el proceso emocional. Departamento de psicología básica. Universidad de Valencia, España.
- Curso de Psicoprofilaxis impartido por el IMSS. (2012). Recuperado el 21 de agosto de 2014 desde <http://www.ultra.com.mx/noticias/estado-de-mexico>
- Definición de emoción. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 desde <http://facmed.unam./deptos/familiar>

- DÍAZ Ortiz, A. (2010), "TEORÍAS DE LAS EMOCIONES". Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. ISSN 1988-6047. Dep. Legal: GR 2922/2007. N° 29-abril 2010.
- El Método Bradley para controlar el dolor durante el parto. Recuperado el 22 de noviembre de 2016 desde <https://www.bebesymas.com/parto/el-metodo-bradley-para-controlar-el-dolor-durante-el-parto>
- El Método Grantly Dick. Recuperado el 20 de noviembre de 2016 desde <https://www.bebesymas.com/parto/el-metodo-grantly-dick-read>
- El Método Lamaze parto sin dolor. Recuperado el 25 de noviembre de 2016 desde <https://www.bebesymas.com/ser-padres/el-metodo-lamaze-para-un-parto-natural>
- Embarazo. Recuperado el 17 de septiembre de 2016 desde [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/embarazo\\_y\\_salud/lactancia\\_materna/embarazo.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo.pdf)
- Enciclopedia Ciencias de la Educación. Psicología y Pedagogía. Ediciones Euroméxico. Colombia.
- Enciclopedia Familiar de la Salud. Información Médica al alcance de todos. (2004). Ed. Everest: España.
- GARCÉS C., J. (2009). Actividad física adaptada para poblaciones especiales. Material instruccional para la Licenciatura en Actividad Física y Salud. Misión Sucre: Venezuela.
- GOLEMAN, D. (1995). La inteligencia emocional. Ediciones b, México.
- GÓMEZ López, Ma. (2006). Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada. Psicología iberoamericana, vol. 14, núm. 2, pp. 28-35. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.
- GONZÁLEZ-Merlo, J., et.al. (2006). Obstetricia 5ª edición. Editorial MASSON. Barcelona, España.
- HERNÁNDEZ Sampieri, R. et.al. Metodología de la Investigación. (1995). México. Ed. Mc Graw Hill. Pp. 505.

- ILLIA H. (2016). El rol del padre durante el embarazo. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 desde <http://www.hospitalaleman.org.ar/hombres/el-rol-del-padre-durante-el-embarazo/>
- MALDONADO-Durán, M, et. al. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Recuperado el 22 de septiembre de 2016 desde [www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx)
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (2014). Quinta edición. Editorial Médica Panamericana. España.
- María del Carmen. Preparación para el parto. Recuperado el 26 de septiembre de 2016 desde <http://www.saludterapia.com/glosario/d/82-preparaci%C3%B3nparto.html>
- MAYA Solalinde, M. (2015). "Técnica psicoterapéutica (Risoterapia), en el manejo de estrés y ansiedad en cuidadores primarios de niños con discapacidad del I Centro de Atención Múltiple Federico Froebel No. 68 Tenancingo, Estado de México". Xalatlaco.
- Objetivos psicosociales del embarazo. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 desde <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio>
- OJEDA González, J., et.al. (2011). Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anestesiólogo. MediSur, vol. 9, núm. 5, pp.67-74. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba.
- ORTS, M. A. (1983). Bosquejo histórico de la Psicoprofilaxis en México, primer encuentro nacional de educadores en psicoprofilaxis obstétrica. Ed. Jurica: Querétaro, México. Pp.24-37.
- OYUELA, García, J. et.al. (2010). Práctica clínico-quirúrgica. psicoprofilaxis e índice de cesáreas. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social.
- PAPALIA, D. y Sally W. (2005). Psicología. Mc Graw Hill. México.
- PAPALIA, D., Sally W. y Duskin, R. (2005). Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. Novena edición. Mc Graw Hill. México.

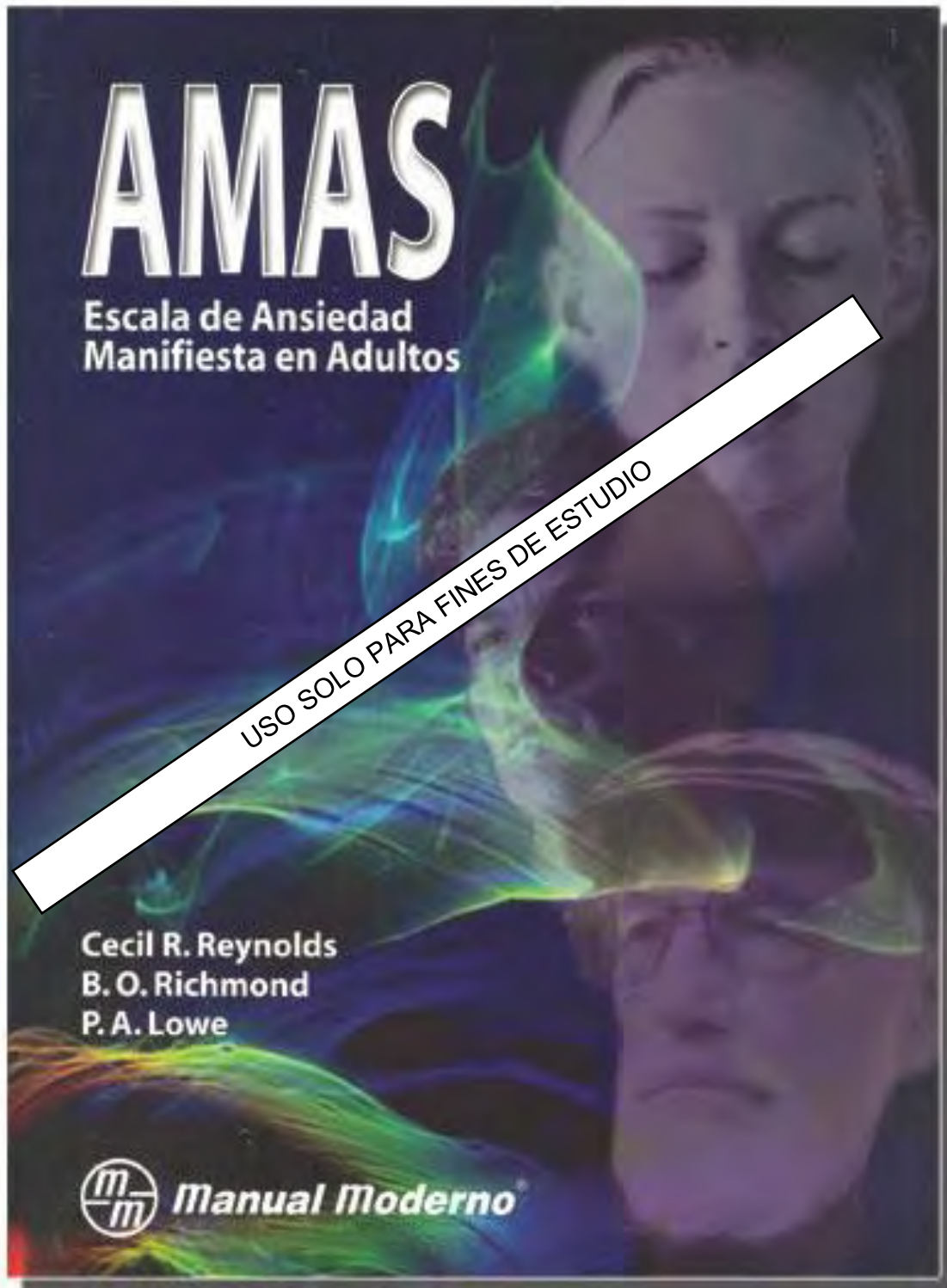
- PARIS E. (2014). El papel del padre durante el embarazo. Bebés y más. Recuperado el 12 de noviembre de 2016 desde <http://www.bebesymas.com/consejos/el-papel-del-padre-durante-el-embarazo>
- PAYNE, Rosemary. (2002). Técnicas de relajación. Guía práctica. Editorial Paidotribo, tercera edición. España.
- Psicoprofilaxis en el embarazo. (2012). Recuperado el 23 de agosto de 2014 desde <http://psicoprofilaxisenel embarazo.blogspot.mx/>
- RAMOS Cejudo, Juan (2011). El Efecto del Estrés y del Rasgo de Ansiedad en el Procesamiento de la Información Amenazante: Un Estudio Experimental Basado en el Sesgo Atencional. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid.
- RAMOS Frayjardo Martínez, M. A. (2014). El origen de las emociones. Editorial Trillas: México.
- REYES Hoyos, L.M. (2004). Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, enero-diciembre 2002. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Reynolds, C. Richmond, B. y Lowe, P. (2006). Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS. Editorial Manual Moderno S, A. México.
- ROSAS Aigster, E. Curso de Psicoprofilaxis Perinatal. Recuperado el 21 de agosto de 2014 desde [http://www.paginasprodigy.com/elly204/que\\_es.htm](http://www.paginasprodigy.com/elly204/que_es.htm)
- SAPIEN López, J. y Córdoba Basulto, D. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. Psicología y Salud, año/vol. 17, número 002. Universidad Veracruzana, Xalapa, México. Pp. 219-229.
- SAPIEN López, J., Córdoba Basulto, D. y Salquero Velázquez, M. (2008). Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencias de mujeres y hombres. Psicología y Sociedad, vol.20, numero 3. Brasil. Pp. 434-443

- SARASON G. Irving y Sarason G. Bárbara. (2005). Psicología anormal. los problemas de la conducta desadaptada. México. Ed. Trillas. P. 18.
- Sociedad Española para el estudio de Ansiedad y Estrés SEAS (2003). ¿Qué es la ansiedad?
- SOLIS Linares, H. y Morales Alvarado, S. (2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Revista Horiz Médica.
- Teoría de las emociones. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 desde <http://facmed.unam./deptos/failiar/>
- VALLEY, P. (1985). Parto sin dolor. método psicoprofiláctico. México: Editorial Azteca S.A.
- VON Braüne, D. (2003). Embarazo y Parto Feliz. México. Ed. Libra.
- WALKER, C. (2006). Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Ed. ELSEVIER MASSON: España.
- ZIMMERMANN M. (1998). Enciclopedia de Sexualidad, programa educativo. Embarazo y parto. Editorial: Cultural. Madrid, España.

## **ANEXOS**



ANEXO 1





MP  
76-2

# AMAS-A

## Forma Autocalificable

C. R. Reynolds, Ph. D., B. O. Richmond, Ed. D. y P. A. Lowe, PH. D.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES

Al usar esta forma hay que leer las afirmaciones que se le dan en la manera en que algunas personas piensan, se sienten o actúan en diferentes momentos. Lea cuidadosamente cada afirmación. Encierre el **SÍ** que está junto a la pregunta en un círculo si usted piensa que, en general, esto es cierto en su caso. Encierre el **No** en un círculo si usted piensa que esto no es cierto en su caso. Si quiere cambiar alguna de sus respuestas, ponga un tache sobre su respuesta original y encierre su nueva respuesta en un círculo. Su propia opinión acerca de sus pensamientos y sentimientos es la única respuesta correcta.

USO SOLO PARA FINES DE ESTUDIO



**Manual Moderno**®

D.R. © 2007 por  
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.  
Av. Sonora 208, Col. Hipódromo, 06100 México, D.F.  
ISBN-10: 978-729-313-6  
ISBN-13: 978-970-729-313-7

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Copyright © 2003 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES, not to be reproduced in whole or in part without written permission of Western Psychological Services. All rights reserved.

Para cada oración, encierre su respuesta en un círculo.

SI	No	1. Me preocupa hacer lo correcto
SI	No	2. Es frecuente que me sienta inquieto (a)
SI	No	3. Es frecuente que me preocupe por lo que podría pasarle a mi familia
SI	No	4. Siempre soy agradable con todos
SI	No	5. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no salen bien para mí
SI	No	6. Muchas veces me siento acelerado (a) o intanquilo (a)
SI	No	7. Es fácil que me sienta mal cuando me llaman la atención
SI	No	8. Siempre soy amable
SI	No	9. A veces me preocupo por cosas que en realidad no tienen importancia
SI	No	10. Es frecuente que la gente diga que soy inquieto (a)
SI	No	11. La vida se está complicando demasiado
SI	No	12. Siempre soy educado
SI	No	13. Es fácil que hieran mis sentimientos
SI	No	14. Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso
SI	No	15. Me preocupa el dinero
SI	No	16. Me preocupa lo que va a pasar
SI	No	17. Estoy nervioso (a)
SI	No	18. Me cuesta trabajar en situaciones
SI	No	19. Me preocupa el futuro (a)
SI	No	20. Me preocupa el futuro
SI	No	21. A veces me siento tenso
SI	No	22. Me preocupa cómo me está yendo en el trabajo
SI	No	23. Es fácil que me desespere con los demás
SI	No	24. Siempre digo la verdad
SI	No	25. Me preocupa lo que los demás piensan de mí
SI	No	26. Me cuesta mucho trabajo estar quieto (a)
SI	No	27. Me preocupa la muerte
SI	No	28. Siempre soy bueno (a)
SI	No	29. Muchas veces me siento cansado (a)
SI	No	30. Me preocupo cuando me acuesto a dormir
SI	No	31. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
SI	No	32. Me caen bien todas las personas que conozco
SI	No	33. Me siento preocupado (a) gran parte del tiempo
SI	No	34. Me despierto pensando en mis problemas
SI	No	35. Es frecuente que me sienta muy estresado
SI	No	36. Parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo

USO SOLO PARA FINES DE ESTUDIO

			Inquietud/ hipersensibilidad	Ansiedad fisiológica	Preocupaciones sociales/estrés	Mentira	Ansiedad total
SI	No	1.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	2.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	3.			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SI	No	4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	No	5.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	6.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	7.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	8.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	No	9.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	10.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	11.			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SI	No	12.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	No	13.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	14.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	15.			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SI	No	16.					<input type="checkbox"/>
SI	No	17.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	18.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SI	No	19.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	20.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	21.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	22.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	23.			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SI	No	24.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	No	25.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	26.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	27.			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SI	No	28.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	No	29.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	30.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	31.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	32.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	No	33.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
SI	No	34.		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SI	No	35.			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SI	No	36.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
<b>Puntuaciones naturales</b>			<u>          </u> Inquietud/ hipersensibilidad (IHS)	<u>          </u> Ansiedad fisiológica (FIS)	<u>          </u> Preocupaciones sociales/estrés (SOC)	<u>          </u> Mentira	<u>          </u> Ansiedad total (TOT)

USO SOLO PARA FINES DE ESTUDIO

## ANEXO 2

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Esta escala se puede utilizar en el caso de que el médico sospeche o haya hecho el diagnóstico de ansiedad. El médico deberá ser el entrevistador y preguntará de manera abierta, tratando de explorar cada uno de los incisos (de 7 días previos al momento de la consulta). Cuando se obtenga la respuesta del paciente, deberá calificarse el grado de intensidad de acuerdo a la siguiente escala, anotando el número correspondiente dentro del paréntesis.

0=Ausente 1=Leve 2=Moderado 3=Severo 4=Muy severo, altamente incapacitante.

#### Estado de ánimo

Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación ansiosa, irritabilidad

( )

#### Tensión

Sensación de tensión, fatiga, susto, llanto frecuente, sudor, sensación de inquietud, incapacidad para relajarse.

( )

#### Insomnio

el sueño, sueño interrumpido (roto), sueño insatisfactorio, fatiga al levantarse, sueños pesadillas, terrores nocturnos

( ) Dificultad para conciliar

#### Intelecto

Dificultad en concentrarse, memoria pobre.

( )

#### Estado de ánimo deprimido

Pérdida de interés, ausencia de placer en diversiones (hobbies), depresión, despertar temprano, variación diurna del afecto.

( )

**Somático (muscula y sensorial) ( )**

Dolores, punzadas, torceduras, rigidez, sacudidas mió clónicas, bruxismo, voz inestable, aumento del tono muscular, tinnitus, visión borrosa, oleadas de calor y de frío, sensación de debilidad, sensación de punzadas.

**Síntomas cardiovasculares ( )**

Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, palpitaciones, sensación de ahogo.

**Síntomas respiratorios ( )**

Opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, ruidos respiratorios.

**Síntomas genitourinarios ( )**

Frecuencia de orinar, urgencia de orinar, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de interés sexual (libido), impotencia.

**Síntomas autonómicos ( )**

Boca seca, rubor, palidez, sudoración, vértigo, cefalea tensional.

**Conducta en la entrevista ( )**

Impaciencia, inquietud o caminando de un lado al otro, temblor de manos, entreseño arrugado, expresiones faciales de tensión, suspiros o respiración rápida, palidez facial.

*Aunque este instrumento es un auxiliar muy importante en el diagnóstico de su paciente ansioso, el criterio médico no debe basarse exclusivamente en el resultado obtenido en esta escala. Asimismo el tratamiento debe ser individualizado tomando en cuenta todos los factores necesarios en la clínica para precisar el diagnóstico.*

0 a 6 puntos = Ausente

7 a 20 puntos = Leve

21 a 34 puntos = Moderada

35 a 48 puntos = Severa

Mayor de 49 puntos = Muy severa, Altamente incapacitante.

## **PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS**

### **“DANDO VIDA CON AMOR”**

El curso de psicoprofilaxis es la preparación para el embarazo, parto y puerperio, es un espacio que incluye a la madre y a su pareja, para facilitarle el descubrimiento y el conocimiento cuando éste es requerido; compartiendo con sus pares, las inquietudes, temores, dudas, fantasías, inseguridades, respecto al embarazo, parto y la relación con su bebé (Melissa Perafán Muñoz).

La ansiedad forma parte de la vida cotidiana de las personas, entre ellas las mujeres embarazadas, quienes a raíz de los cambios físicos, hormonales y emocionales que provoca el embarazo pueden desencadenar una serie de síntomas asociados con ansiedad.

Es por ello, que durante el embarazo la mujer debe centrar su atención, además del aspecto médico, en el aspecto psicológico, el cual juega un papel importante para la mujer en estado de gestación; y ha sido un tema al cual se le ha prestado muy poca atención, ya que las personas creen que solo importa el aspecto médico. Por lo que es importante que la mujer lleve una preparación psicoprofiláctica que le permita tener un embarazo lo más placentero y satisfactorio posible y que los cambios que esta sufre, no tengan repercusión alguna en la psique de la mujer embarazada.

Esta preparación beneficiará aspectos emocionales, psicológicos y físicos en la mujer, además, de que podría lograrse un nacimiento de manera natural.

Todo esto lográndose a través de proporcionar a las participantes de este programa los recursos, técnicas y herramientas que brinden a la mujer vivir y disfrutar esta experiencia como el mejor momento de su vida, y que los cambios que en ella se dan durante este periodo no repercutan provocando ansiedad significativa en la vida de la embarazada.

El programa de psicoprofilaxis, se realiza en el Consultorio de la Doctora Itzarí Téllez Tapia ubicado en la Plaza Mariana en Calle Hidalgo Colonia Centro en el Municipio

de Tenancingo, Estado de México, dirigido a un grupo de 10 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión para poder participar en dicho programa y acepte participar. Dicho programa tiene una duración de 8 sesiones, en el cual se incluyen diferentes actividades con la finalidad de cubrir los siguientes objetivos:

**Objetivo:**

La implementación del presente programa tiene la finalidad de brindar a la madre (aunque también puede participar su pareja) los conocimientos teóricos y prácticos pertinentes para vivir el embarazo como una experiencia natural y plena, trayendo consigo una disminución de ansiedad prenatal y perinatal en mujeres que asisten al Consultorio de la Doctora Itzarí.

**Objetivos específicos:**

- Informar a las madres sobre temas relacionados al embarazo, parto y postparto.
- Capacitar a las mujeres para que desarrollen habilidades que les permitan participar activa y responsablemente durante el embarazo a través de una serie de sesiones formativas e informativas.
- Desarrollar sesiones de gimnasia, técnicas de relajación y técnicas de respiración, para la ansiedad.
- Fomentar la participación de la pareja durante el embarazo
- Conocer los diferentes tipos de respiración que son útiles durante el parto.
- Capacitar física y mentalmente a las mujeres, contribuyendo a manejar la ansiedad.

Para lograr los objetivos planteados del programa es necesario cumplir con la realización de los tres componentes de la preparación que son el teórico, físico y psicológico. Además de una buena disposición por cada una de las asistentes para



manejar el embarazo y sus cambios con la finalidad de disminuir la ansiedad, recordemos que el embarazo es una situación que puede afectar o no a la mujer en cuestiones psicológicas por lo que representa para ellas y como lo perciben.

### **Metodología:**

Las sesiones se realizarán una vez por semana, el tiempo a trabajar durante cada una de las sesiones dependerá de la actividad a realizar, en promedio será de una hora y media aproximadamente en cada sesión. Durante las diversas sesiones a realizar se trabajara información teórica, además de los ejercicios y técnicas de relajación, respiración y físicos que conlleven a la disminución de la ansiedad durante el embarazo.

La función de la instructora será el de demostración (ella pondrá la muestra de cómo hacer las actividades programadas), además de facilitadora de las técnicas y herramientas que permitan una disminución de emociones ansiedad.

Y las mujeres que asistan su papel serán participantes en las diversas actividades a realizar. Al igual que las parejas, si llegarán a asistir o algún familiar.

### **Requisitos:**

- Asistir con ropa cómoda
- Calcetas para no pisar el suelo frío
- Pantalón o pants (no falda ni vestido)
- Cuaderno para anotaciones
- Constancia en la asistencia
- Disponibilidad de tiempo

Al concluir dicho programa se procederá a la reapiación de los test utilizados al inicio.

## **Sesión 1: Iniciando**

### **Actividades a realizar:**

- **Presentación**

Presentarme con las madres gestantes y sus parejas para darles a conocer el programa y los objetivos a trabajar, además de la finalidad de dicho programa, empezando con técnicas que permitan romper el rapport y generando un ambiente de confianza que será favorable para las demás sesiones.

- **Dinámica de presentación “La telaraña”**

**Objetivo:** Dar inicio al programa mediante la presentación de dicha técnica.

**Tiempo:** 30 minutos

**Material:** madeja de hilo

**Asistencia:** Está dinámica se llevará a cabo con las madres gestantes; y con algún asistente que llegue.

**Desarrollo:**

Con una madeja de hilo la instructora se presenta, diciendo nombre, de donde es y qué es lo que más le gusta; toma una punta y avienta la madeja a cualquier persona del grupo está tiene que presentarse y decir el nombre de la persona que se presentó antes que ella, y así sucesivamente hasta que se presenten todos.

- **Dinámica de integración “Presentación por parejas” (Gómez, 2007)**

**Objetivos:**

Permitir a la instructora conocer información sobre los integrantes del grupo que considere necesario.

Que los miembros conozcan de cada uno aspectos tal vez desconocidos.

**Procedimiento de aplicación:**

La instructora da la indicación de que se van a presentar por parejas (uno presenta al otro miembro de la pareja y viceversa, si no va la pareja con la persona que acompañe a la embarazada), y que los miembros de cada una deben intercambiar determinado tipo de información que sea de interés para todos, por ejemplo: nombre, interés por la actividad a desarrollar, expectativas, etcétera.

**Pasos a seguir:**

Durante unos minutos las parejas se informan e intercambian sobre los datos personales pedidos.

**Tiempo aproximado:**

1 hora

**Espacio:**

Área iluminada y ventilada.

## **Sesión 2: Aplicación de pruebas**

### **Objetivo:**

Aplicar las pruebas para conocer cómo se encuentran las mujeres emocionalmente antes de iniciar con el programa.

**Tiempo:** 1:30 minutos.

**Materiales:** Copias de las pruebas a aplicar, lápices, gomas y sacapuntas.

**Asistencia:** Está dinámica se llevará a cabo con las madres gestantes; y con algún asistente que llegue.

### **Desarrollo:**

La instructora les dirá que se les aplicarán unas pruebas psicológicas para recabar información. Las pruebas que se ocuparán serán las que se consideraron servían para recabar información sobre la ansiedad.

### **Espacio:**

Área iluminada y ventilada. Además se requiere una mesa y sillas para poder contestar las pruebas de manera cómoda.

### **Sesión 3: Informar a las madres sobre temas relacionados al embarazo y como se da.**

#### **Actividades a realizar:**

- Brindarles pequeña información acerca de aparatos reproductores femenino y masculino, para culminar en fecundación y gestación.
- Película “El desarrollo humano” para que conozcan más acerca de la formación de su bebé.

**Objetivo:** proporcionarles información teórica e ilustrada a las mujeres acerca del funcionamiento de los órganos sexuales de ambos sexos, y cuál es la función de cada uno de ellos durante la fecundación.

Proyectarles la película con la finalidad de que conozcan detalladamente como se da el proceso de gestación.

**Tiempo:** 2:00 horas

**Materiales:** rotafolios con información de aparatos reproductores, fecundación y gestación. Televisión, DVD y película.

**Asistencia:** Mujeres embarazadas, aunque también pueden asistir sus parejas o algún familiar de confianza para ellas.

**Desarrollo:** Al inicio hablarles a las mujeres sobre los aparatos reproductores masculino y femenino, cual es la función de cada uno de ellos, como se da la fundación y como se lleva a cabo la gestación todo esto con ayuda del rotafolios. Posteriormente proyectarles la película con la finalidad de que comprendan mejor la información antes proporcionada. Si es necesario resolver dudas respecto al tema.

**Espacio:** lugar amplio y cómodo, adaptarlo a manera de sala.

#### **Sesión 4: Informar a las madres sobre la nutrición y los signos de alarma durante el embarazo.**

##### **Actividades a realizar:**

- Plática sobre la nutrición durante el embarazo.
- Plática sobre “Signos de alarma en el embarazo”

**Objetivo:** proporcionarles información teórica e ilustrada a las mujeres acerca de la nutrición en el embarazo, además de cuáles son los signos de alarma durante este periodo.

**Tiempo:** 1:30 minutos.

**Materiales:** rotafolios con información de alimentación y signos de alarma en el embarazo, folleto con la información sintetizada.

**Asistencia:** Mujeres embarazadas, aunque también pueden asistir sus parejas o algún familiar de confianza para ellas.

**Desarrollo:** Al inicio hablarles a las mujeres a grandes rasgos sobre cómo debe ser la alimentación que deben llevar en este periodo. Posteriormente si es necesario resolver dudas respecto al tema.

**Espacio:** lugar amplio y cómodo, adaptarlo a manera de sala.

- Película “Cuidados durante el embarazo”
- Plática “Sexualidad durante el embarazo”

**Materiales:**

- Rotafolios y/o presentación con los temas de cada plática
- Películas
- Trípticos

## **Sesión 5: Relajación mediante la musicoterapia.**

**Objetivo: Relajar a la mujer embarazada a través de música de Mozart, música de delfines y ballenas, y Ritmos sincopados del jazz; para tratar las sensaciones de angustia.**

**Tiempo:** 30 minutos.

### **Material:**

- Espacio amplio, iluminado y alejado del ruido.
- Ropa cómoda
- Tapete o cobija
- Música de Mozart, delfines y ballenas; Ritmos sincopados del jazz.

### **Desarrollo:**

Pedirles a las mujeres que se acuesten sobre el tapete y relajen su cuerpo lo más que puedan, darles la indicación de que cierren sus ojos y se concentren en su embarazo y en el futuro bebé, ahora poner la música y decirles que suavemente acaricien su panza.



## **Sesión 5: Técnicas de respiración.**

**Objetivo:** Proporcionar a la mujer embarazada los diferentes tipos de respiración, que puede emplear durante el embarazo, los cuales al momento del parto le ayudaran.

**Materiales:** Tapete, ropa cómoda, espacio amplio e iluminado.

**Tiempo:** 40 minutos.

### **Tensión-distensión**

Tenderse cómodamente sobre una colchoneta, cerrar los ojos y seguir las instrucciones:

1. Manténgase tranquilo y relajado. Inspire y espire, inspire y espire tranquilamente. Al realizar la inspiración siguiente, cierre la mano derecha. ¡Muy fuerte! ¡Más fuerte todavía!
2. En la próxima inspiración, cierre la mano izquierda. ¡Muy fuerte! ¡Más fuerte todavía! Después, espire con fuerza y relájese. Abra la mano y déjala caer pesadamente. Sienta como la tensión desaparece poco a poco. Inspire y espire tranquilo.
3. Ahora inspire y cierre las dos manos. ¡Apriete mucho los dedos! ¡Más todavía! Después, espire con fuerza y relájese. Abra las manos y déjelas caer pesadamente. Sienta como la tensión desaparece poco a poco. Inspire y espire, inspire y espire (con tranquilidad). Repita tres veces sucesivas: "Estoy muy tranquila y relajada". Ahora esta relajada por completo.
4. Proceda de igual modo con las piernas. Primero, tense y relaje la derecha; luego, la izquierda y, después, ambas a la vez y los dedos de los pies.
5. A continuación, cierre las dos manos y cuente hacia atrás de cinco a cero. Abra los ojos, estírese y, luego, estire lo más posible todo el cuerpo con cuidado.

## **Respiración frenoabdominal**

La forma correcta es tenderse sobre una colchoneta y procurar respirar con el abdomen.

1. Tendido cómodamente sobre una colchoneta, las manos se dejan reposar a los lados del cuerpo o sobre el abdomen. (Si es la primera vez lo mejor es poner las manos sobre el abdomen ya que eso permite sentir mejor los movimientos ascendentes y descendentes de la respiración normal).
2. Luego, inspire por la nariz muy despacio. Deje que el aire circule por la tráquea hacia los pulmones y que continúe a través del abdomen hasta llegar al bajo vientre. El diafragma se dilata. Se nota en que el vientre se abomba, poco a poco, hacia arriba. No fuerce dicho abombamiento. Afloje sus músculos todo lo que pueda y relaje su mente: ¡respire!
3. Haga después una respiración larga y lenta. La onda respiratoria parte ahora desde el bajo vientre, pasa por el abdomen, el tórax y la tráquea, sigue subiendo y sale por la boca ligeramente abierta. La pared abdominal vuelve a descender y retorna a su posición normal.
4. Esta espiración va seguida de una pequeña pausa, durante la que se sigue respirando sin que se dé cuenta. Cuando el cuerpo lo exija por propia necesidad, inspire de nuevo por la nariz.

Al principio solo se deben realizar de 5 a 10 espiraciones, luego podrá aumentar su número hasta 20.

## **Técnicas de Respiración**

**Respiración limpiadora:** Ésta es una respiración exagerada y profunda, realizada generalmente inhalando por la nariz, y exhalando por la boca.

**Punto focal:** El imaginar una escena llena de paz o serenidad, es buena opción para algunas madres; otras quizás les funciona mejor concentrarse en un objeto del cuarto o en los ojos de su compañero.

### **Respiración de Ritmo Lento**

- Tome una respiración “limpiadora” al comienzo de la contracción.
- Continúe respirando en forma pareja, de adentro y hacia afuera con calma, respiración abdominal suave.
- El ritmo es aproximadamente la mitad del ritmo normal de su respiración.
- Usted puede usar estrategias de **Atención de Enfoque** tales como:
  - Inhalar/Exhalar a través de la nariz/Boca
  - Contando los ritmos, imágenes, frases de afirmación, etc.
  - Movimientos, caricias, masajes, palmadas, etc.
  - Un punto focal visual.
- Mientras termina la contracción, tome una respiración “limpiadora”, saque el aire lentamente, relajándose completamente.

### **Respiración de ritmo modificado**

- Suave, respiración rítmica con una frecuencia aproximadamente el doble del ritmo normal de su respiración.
- Movimiento relajado en el pecho y abdomen con más uso de los músculos intercostales (pecho).
- Úselas tanto como las necesite para contracciones más desafiantes.
- Use el mismo ritmo constante a lo largo de la contracción o use las estrategias de atención focalizada tanto como lo necesite.

### **Respiración de ritmo modelo**

- Constantes, respiraciones rítmicas aproximadamente el doble de su ritmo normal de respiración.
- El modelo de respiración no cambia el ritmo ni el volumen de intercambio de aire.
- Modelo 3 respiraciones/1 soplo.
- Use las estrategias de atención focalizada tanto como lo necesite.

### **Variaciones de la respiración de ritmo modelo**

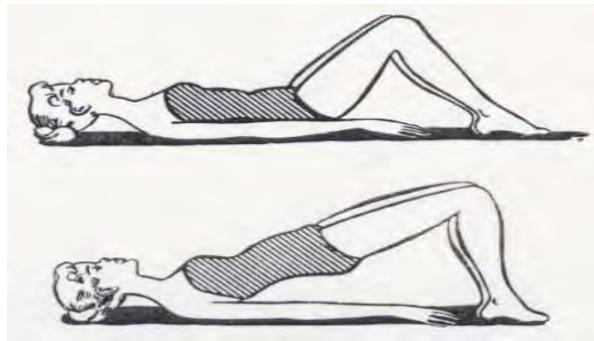
- El modelo puede ser de 1 respiración/1 soplo a 6 respiraciones/1 soplo.
- Se puede usar la respiración de ritmo modelo en 1 respiración / 1 soplo (ji/ju).
- Trate el modelo de 5/1, 4/1, 3/1, 2/1, 1/1, 2/1, 3/1, 4/1, 5/1.
- Combine las técnicas de las respiraciones modelo en una contracción.
- Use la atención focalizada tanto como lo necesite.

## **Sesión 6: Fisioterapia Ginecológica.**

**Objetivo:** Enseñar ejercicios a la mujer embarazada dirigidos hacia el fortalecimiento de los músculos, mediante la música.

**Materiales:** tapete, ropa cómoda, música de relajación, espacio amplio, reproductor de música.

### **Elevación de la pelvis**



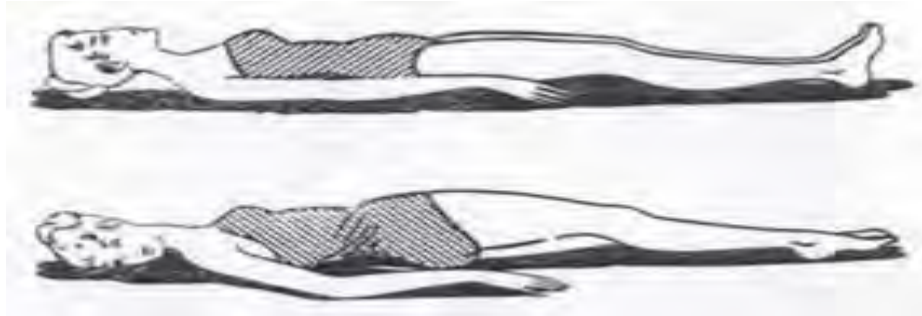
**Posición:** Tendida boca arriba, con las rodillas flexionadas

- Levantar la pelvis (caderas) todo lo posible, separándola del suelo, de forma que el peso del cuerpo se apoye en los pies en el los hombros. Volver a la posición inicial.

**Frecuencia:** 10 veces. Dos sesiones al día.

**Finalidad:** Mayor flexibilidad para la columna y la pelvis. Fortalecer músculos de la pelvis y piernas.

## Rotación de columna



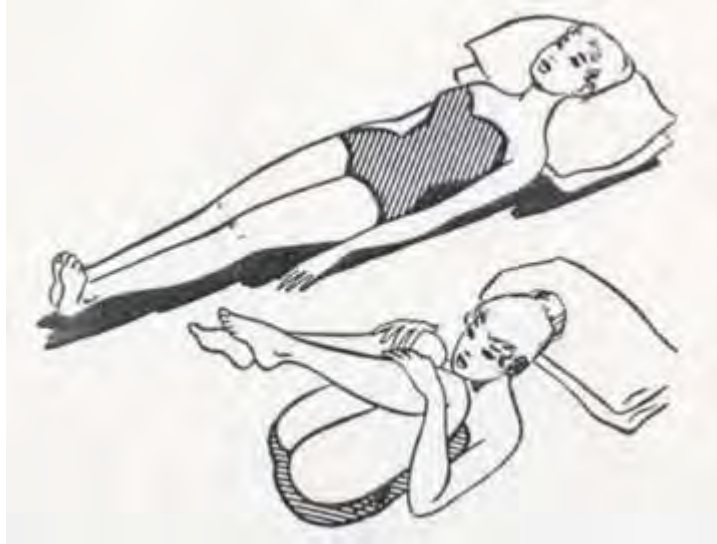
**Posición:** Tendida boca arriba, con las piernas estiradas

- **Caderas:** Relajarse. Girar y levantar la cadera de un lado al otro, lo más posible. Mantener la rotación. Regresar a la posición original. Realizar con la cadera del otro lado.
- **Hombros:** Relajarse. Sin mover las piernas, girar el busto levantando el hombro de un lado. Mientras, que el otro hombro permanece apoyado en el suelo.

**Frecuencia:** Al realizar el movimiento, contar hasta 3 y luego volver a la posición original y repetir. Realizar el movimiento 5 veces a cada lado.

**Finalidad:** Elasticidad en la torsión de las articulaciones de la columna con la pelvis. Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna vertebral y activar algunos músculos del pecho y vientre.

## Encogimiento



**Posición:** Tendida boca arriba, con las piernas estiradas.

- Encoger las piernas sobre el tronco. Sujetar las rodillas con las manos, y doblar lo más posible la columna y el cuello. De forma que la cabeza quede entre las rodillas. Volver a la posición inicial

**Frecuencia:** Permanecer en la posición hasta contar hasta 2. Luego volver a la posición inicial y repetir. Realizar el movimiento 3 veces.

**Finalidad:** Mayor elasticidad a las articulaciones útiles para el parto.

## Elevación de las piernas



**Posición:** Tendida boca arriba, con las piernas estiradas.

- *Ejercicio 1:* Elevar una pierna, doblarla sobre el vientre, extenderla hasta ponerla totalmente recta. Bajarla poco a poco hasta el suelo en la posición inicial. Realizar el ejercicio con la pierna contraria. Luego, realizar el movimiento sin tocar el suelo.
- *Ejercicio 2:* Elevar las dos piernas, juntas y rectas, hasta ponerlas verticales. Bajarlas lentamente. Respirar profundamente al bajar las piernas.

**Finalidad:** Fortalecer eficazmente la pared muscular del vientre. Se desarrolla para constituir una faja protectora y evitar desgarros. Se ejercitan los músculos y las articulaciones de la pelvis.

### Cuclillas



**Posición:** En cuclillas. Los pies han de estar completamente planos sobre el suelo, no en puntillas. Lo más juntos posibles.

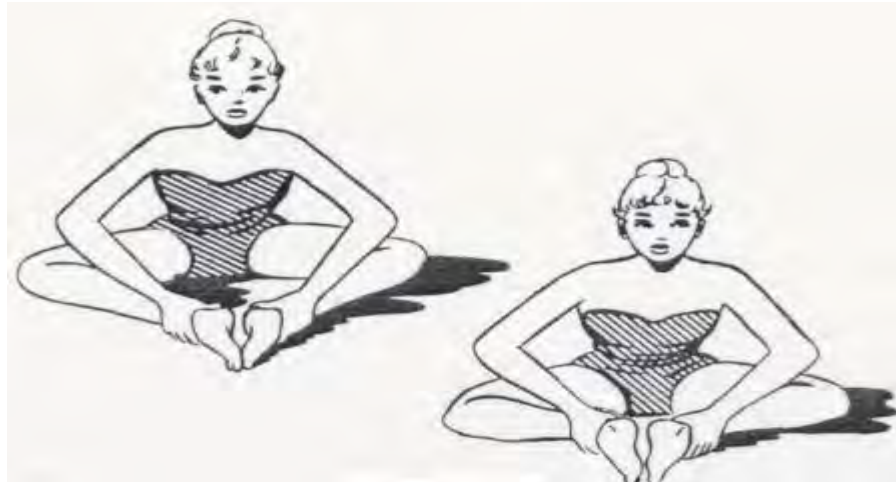
- Consiste en permanecer en la posición.

**Frecuencia:** Se sugiere de 5 a 10 minutos. Si no se logra, resistir el tiempo que se pueda.



**Finalidad:** Uno de los ejercicios más importante para el método del parto natural. Aumenta la elasticidad de la pelvis y la flexibilidad de la columna vertebral.

### Posición de sastre



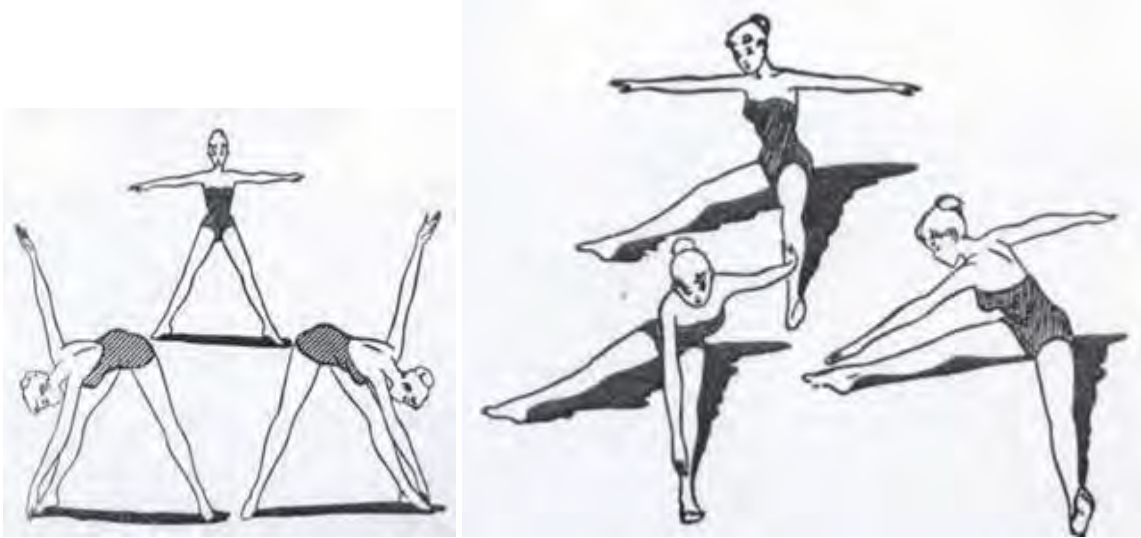
**Posición:** Sentada en el suelo, piernas abiertas y pies unidos por las plantas.

- En esta posición apoyar los codos sobre las rodillas y con ellos, llevarlas poco a poco hacia abajo, hasta tocar el suelo. Al mismo tiempo, con las manos sujetando los tobillos, acercarlos progresivamente al cuerpo lo más posible. Al fatigarse volver a la posición inicial.

**Frecuencia:** De 6 a 8 veces.

**Finalidad:** Aumentar la elasticidad de las articulaciones que intervienen en el parto. Dilatar el fondo del vientre. Favorece el relajamiento.

### Flexión alternada



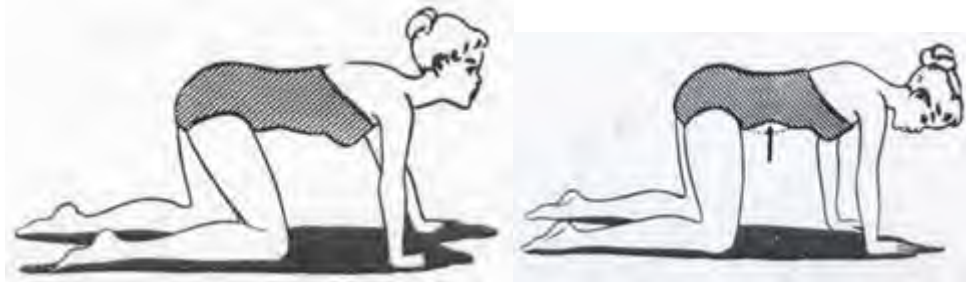
**Posición:** De pie, con las piernas separadas y los brazos extendidos en cruz sobre el tronco. Sentada con el tronco erguido.

- Con el cuerpo erguido, se toma una inspiración profunda. Se procede a girar el tronco, luego a doblarlos, sin cambiar la actitud de los brazos, la mano derecha llega a tocar el pie izquierdo. Cuando se dobla el tronco se expulsa el aire.

**Frecuencia:** 5 repeticiones de cada lado.

**Finalidad:** Acostumbrar la respiración. Hacer más flexible la columna vertebral.

## Ejercicios a “gatas”



**Posición:** A gatas en el suelo, o se apoyada en cuatro puntos (rodillas y manos).

- *Ejercicio1:* Imitación del ganeo de los niños.
- *Ejercicio2:* Encoger el vientre mientras se espira el aire contenido. Se vuelve a la posición inicial al realizar la inspiración. No debe moverse la espalda.
- *Ejercicio3:* Hundir la espalda todo lo posible, aumentando la curvatura de los lomos. (La pelvis baja por delante). Luego, arquear la espalda cuanto se pueda, con un arco anterior al anterior (la pelvis sube por delante).

**Frecuencia:**

- *Ejercicio1:* De 2 a 3 minutos diarios.
- *Ejercicio2:* Repetir 5 veces.
- *Ejercicio3:* Repetir 5 veces.

**Finalidad:** Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna y de la pelvis.

## De lado



**Posición:** Tendida de lado en un sitio plano.

- Elevar todo lo posible la pierna de arriba. Mantenerla unos momentos extendida y volverla a bajar, lentamente.

**Frecuencia:** 5 repeticiones.

**Finalidad:** Activar los músculos de los costados del vientre. Hacer más flexibles y elásticas las articulaciones de la pelvis.

## Circunferencias



**Posición:** Tendida boca arriba, con las piernas estiradas

- Elevar una pierna y describir con ella una circunferencia en el aire. Al fatigarse, bajar la pierna y hacer lo mismo con la pierna contraria. *Se sugiere comenzar a realizar el ejercicio con la pierna lo más vertical que se pueda, e irla bajando conforme se adquiera mayor fuerza.*

**Frecuencia:** Consideraciones personales. Al fatigarse.

**Finalidad:** fortalecer la musculatura del vientre. Evitar la caída del vientre y las hernias de los partos difíciles.

### Flexión de tronco



**Posición:** De pie, con los brazos abiertos en cruz.

- Tomar aire con una inspiración profunda. Doblar el tronco suavemente, dejando caer los brazos, al mismo tiempo se afloja la musculatura. Regresar a la posición inicial. Tomando aire profundamente.

**Frecuencia:** 2 sesiones de 5 repeticiones.

**Finalidad:** Ejercicio de respiración profunda y completa.

NOTA: Ejercicios sugeridos por estudiante de Terapia Física, por ello es importante anotar en sugerencias que el trabajo debe ser multidisciplinario.

## **Sesión 7: Juego sin respuesta.**

**Objetivo:** Trabajar con el inconsciente a través de una serie de frases, a las cuales tendrán que buscarles alternativas de respuesta hasta que logren decir de forma sincera “no lo sé”.

### **Materiales:**

- Tarjetas de cada una de las preguntas

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo:** Decirles que se les darán unas tarjetas las cuales contienen una serie de frases a las que les tendrán que buscar alternativas de respuesta, hasta que logren decir de forma sincera “no lo sé”, en caso de que no lo logren simplemente dirán paso, y eso permitirá continuar con la siguiente frase. La idea de esta dinámica es no contestar en automático para encontrar una respuesta hasta percibirlo, es decir se trabajará inconsciente y no consciente.

**Ejemplo:** ¿me gusta el chocolate? No lo sé...me gusta frío, caliente, en barra, blanco, etc.

Listado de frases:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Qué edad tienes?
- ¿Lugar dónde vives?
- ¿Cuántos hijos tienes?
- ¿Cuántos hermanos tienes?
- ¿Quiénes son tus padres?
- ¿Qué haces aquí?

## **Sesión 7: Frases que ayudan y frases que destruyen.**

**Objetivo:** Observar la reacción del cuerpo ante las frases, y relajar a las mujeres.

### **Material:**

- Rotafolios con cada una de las frases

**Tiempo:** 30 minutos.

**Desarrollo:** Indicarles se den un momento y se relajen para ver cómo reacciona su cuerpo ante cada una de las frases que se le mencionarán y que estarán en el rotafolios.

### **Frases:**

- AQUÍ PUEDES DESCANSAR...
- NO HAY NADA QUE TENGAS QUE HACER...
- AQUÍ AHORITA ESTÁS BIEN...
- PUEDES DEJAR QUE TUS PENSAMIENTOS SIMPLEMENTE VENGAN Y SE VALLAN...
- NO ERES RESPONSABLE DE TODO LO QUE SUCEDE...
- SI HAY ALGO QUE NECESITA SER HECHO AHORA, ALGUIEN MÁS LO PUEDE HACER...
- NO TE TIENES QUE HACER CARGO DE NADA...



## **Sesión 8: Despedida y Retest.**

**Objetivo:** Despedirse de las mujeres a través de sonorización, vocalización y aromaterapia. Además de reaplicar los instrumentos.

### **Material:**

- Rotafolios para trabajar la vocalización.
- Grabadora para trabajar la sonorización.
- Cosas, objetos, frutas, de diferentes olores.
- Lápices
- Goma
- Instrumentos

**Tiempo:** 90 minutos.

**Desarrollo:** Explicarles que el programa termino, pero antes realizaremos unas técnicas de relajación como son la sonorización, vocalización y aromaterapia, para lo cual se les pide se pongan lo más cómodas posibles.

Posteriormente, se les aplica nuevamente los instrumentos para ver cómo se encuentran después de haber trabajado dicha implementación durante ochos sesiones, repartidas una cada quince días, y se les invita a estar practicando todo lo trabajado hasta el momento, y que además hagan conciencia sobre los beneficios de la psicoprofilaxis e inviten a otras mujeres embarazadas a practicarla.

No te rindas, aun estas a tiempo  
de alcanzar y comenzar de nuevo,  
aceptar tus sombras, enterrar tus miedos,  
liberar el lastre, retomar el vuelo.

No te rindas que la vida es eso,  
continuar el viaje,  
perseguir tus sueños,  
destrabar el tiempo,  
correr los escombros y destapar el cielo.

No te rindas, por favor no cedas,  
aunque el frio queme,  
aunque el miedo muerda,  
aunque el sol se esconda y se calle el viento,  
aún hay fuego en tu alma,  
aún hay vida en tus sueños,  
porque la vida es tuya y tuyo también el deseo,  
porque lo has querido y porque te quiero.

Porque existe el vino y el amor, es cierto,  
porque no hay heridas que no cure el tiempo,  
abrir las puertas quitar los cerrojos,  
abandonar las murallas que te protegieron.

Vivir la vida y aceptar el reto,  
recuperar la risa, ensayar el canto,  
bajar la guardia y extender las manos,  
desplegar las alas e intentar de nuevo,  
celebrar la vida y retomar los cielos,

No te rindas por favor no cedas,  
aunque el frio queme,  
aunque el miedo muerda,  
aunque el sol se ponga y se calle el viento,  
aún hay fuego en tu alma,  
aún hay vida en tus sueños,  
porque cada día es un comienzo,  
porque esta es la hora y el mejor momento,  
porque no estás sola,  
porque yo te quiero.

*Mario Benedetti*

