



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C**



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE PROGRAMA “PSICOPROFILAXIS PARA LOGRAR ESTABILIDAD EMOCIONAL EN
MUJERES EMBARAZADAS”**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
“LICENCIADA EN PSICOLOGÍA”**

PRESENTA:

BRENDA ITSEL GONZALEZ GONZALEZ

ASESOR DE TESINA:

MTRA. ILDA ROBLES GONZALEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO A 22 DE MARZO DE 2021



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.

INDICE

Agradecimientos

Introducción

Capítulo I: Psicoprofilaxis	8
1.1 Definición de la Psicoprofilaxis	8
1.2 Antecedentes de la Psicoprofilaxis	10
1.3 Objetivos del método psicoprofiláctico	12
1.4 Métodos de la Psicoprofilaxis	12
1.4.1 Método Velvoski	12
1.4.2 Método de Read	13
1.4.3 Método Lamaze	15
1.5 Características de la Psicoprofilaxis	16
1.6 Beneficios de la Psicoprofilaxis	17
Capítulo II: El proceso de embarazo	20
2.1 Definición de embarazo	20
2.2 Etapas del embarazo	21
2.3 Cambios en la mujer gestante	24
2.3.1 Físicos y Fisiológicos	25
2.3.2 Emocionales	28
Capítulo III: Estabilidad Emocional	32
3.1 Estabilidad Emocional	32
3.2 Tipos de emociones	32
3.3 Teorías de las emociones	40
3.3.1 Teoría de James – Lange	40
3.3.2 Teoría de Canon – Bard	40
3.3.3 Teoría de Schachter – Singer	41
3.3.4 Teoría por Feedback Facial	43
3.4 Factores que intervienen en la Inestabilidad Emocional	46
3.5 Inteligencia Emocional y Embarazo	48
Capítulo IV: Estabilidad Emocional y Embarazo	49
4.1 Emociones en el Embarazo	49
4.1.1 Aspectos Sociales, Psicológicos y Emocionales durante la Gestación y el Puerperio.	49
	51

4.2 Principales Emociones	51
4.2.1 Ansiedad	51
4.2.2 Tristeza y Melancolía	52
4.2.3 Depresión	52
4.2.4 Psicosis Puerperial	54
4.2.5 Percepción de la eficacia materna	55
4.2.6 Alegría	55
4.3 Salud Mental y Embarazo	56
4.4 Educación Perinatal	59
4.5 Control Prenatal	62
Capítulo V: Propuesta – Programa “Psicoprofilaxis para lograr Estabilidad Emocional en Mujeres Embarazadas”	69
Capítulo VI: Metodología	73
Tema	73
Área	73
Planteamiento del Problema	73
Justificación	75
Objetivos	76
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
Tipo de Investigación	76
Tipo de Estudio	76
Muestra	76
Delimitación del tema	77
Instrumento de Evaluación	77
Criterios de Inclusión	77
Criterios de Exclusión	77
Recomendaciones	78
Bibliografía	79

DEDICATORIA

*A lo largo de mi existencia me he rodeado de mujeres poderosas,
amorosas, inteligentes, orgullosas, pero, mi hermana Liz; es magia
para con todo lo que la rodea.*

*Para ti Liz, porque haces que mi día a día tenga sentido. Vas a
llegar tan lejos como lo desees. ¡Nunca te detengas!*

Para siempre, mis logros son para ti.



AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a la vida por tanta bondad hacia mí, por una familia llena de amor, respeto y apoyo. Gracias por los amigos que tengo a mi lado y por una relación de noviazgo firme, amorosa y sana. Gracias infinitas a los maestros que fueron ejemplo de personas desarrollando su vocación, los valoro eternamente.

A mis papás, Elena y Juan Manuel; ¡Lo hemos logrado! Hoy mi persona, mi yo profesional, la mujer que soy, es gracias a ustedes. Los amo y honro su vida.

A mis hermanas Jaret y Liz, son muestra del apoyo incondicional en mí, las llevo a donde voy, siempre estaré con ustedes, somos clara evidencia de que el trabajo en equipo tiene buenos resultados.

A mis tías, Leti y Norma, gracias por ser apoyo y motivo incondicional desde siempre, mi cariño, respeto y admiración.

Zay, Yessi y Chel, sin ustedes la universidad no habría sido lo mismo, gracias por su apoyo, sus risas, su inteligencia compartida, las amo colegas.

A mi novio, Hugo, eres todo lo que me hacía falta, gracias por llegar en el momento adecuado, gracias por impulsar mi vuelo, volar conmigo y sostenerme cuando decaigo. ¡Vamos a llegar lejos! Te amo.

Por último, gracias a la Licenciada Ilda Robles, usted fue mi motivación a estudiar Psicología (desde la prepa), gracias por tanto apoyo y profesionalismo, es una máster. Mi admiración y gratitud completa para usted.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso que en la mujer produce cambios físicos con el fin de darle protección al feto desde su gestación hasta el momento del parto, posteriormente será la mamá quien cumpla con las necesidades fisiológicas del niño, es por ello que su organismo se adapta a los cambios anatómicos y fisiológicos que ella tiene.

Los cambios físicos que tiene la mujer durante el embarazo y parto afectan su estado de ánimo y por ende pueden tener consecuencias graves para el nuevo ser.

Por lo tanto, para que el desarrollo del niño sea estable y saludable, la madre debe tener bienestar tanto físico y psicológico durante el embarazo.

Durante el proceso de embarazo el estado emocional es altamente influenciado por el estado hormonal que constantemente está cambiando. Los temores y preocupaciones que aquejan a la madre producen desestabilidad emocional en la gestante y pocas veces cuentan con el apoyo profesional de orientación para tener estabilidad emocional. Son muchos los factores que tienen influencia en el estado de ánimo de la gestante y son pocos los hospitales que cuentan con atención especializada a la mujer embarazada.

Al hablar del embarazo; el estado psicológico y emocional de la mujer ha pasado a segundo plano por los médicos e incluso por la familia de la gestante. Es por ello la importancia de proponer estrategias funcionales de un programa de psicoprofilaxis, que integre las esferas físico y emocional de la mamá, para así tener beneficios en el feto.

*"No hay magia para conseguir cosas. Simplemente se trata de trabajo duro,
decidir y tener persistencia".*

- ***Michelle Obama***

CAPÍTULO I. PSICOPROFILAXIS

1.1 DEFINICION DE LA PSICOPROFILAXIS

Al hablar de psicoprofilaxis, es necesario comprender la definición del término, adentrarnos en el contexto bajo el que se estará desarrollando esta propuesta. Asimismo, es importante profundizar sobre la historia bajo la cual se ha desarrollado este método para así conocer sobre los límites y alcances que tiene la psicoprofilaxis.

Vale destacar que la palabra profilaxis es de origen griego. Tal proviene de prophylaxis, integrada por “pro” que significa, “antes”; por “philax” que designa a un guardián o protector; y por “sis” que puede traducirse como acción. Por ello es que con profilaxis se designa toda acción preventiva o protectora contra efectos nocivos, aplicado en especial al caso de las enfermedades. (Vázquez, 2005).

Ahora bien, se sabe que la psicoprofilaxis es una técnica que intenta proporcionar recursos en los planos afectivos, cognitivos e incluso físicos para que el enfermo afronte alguna intervención quirúrgica de manera natural y se reduzcan los eventos adversos en dicha intervención, sean físicos o psíquicos.

Podemos adicionar que (Mendoza, 2016); define el concepto de psicoprofilaxis o psicoprofilaxis quirúrgica como un tratamiento de carácter psicoterapéutico preventivo o de refuerzo, breve y focalizado que se reserva a quienes deben exponerse a una cirugía o a su rehabilitación. Se trata de una técnica de la psicología que busca ayudar al paciente en el control de las emociones, actitudes y comportamientos que pueden llegar a condicionar el desarrollo de las acciones médicas.

La psicoprofilaxis es un término que define diversas técnicas que son aplicadas al enfermo para reducir el estrés que puede provocar una intervención quirúrgica, que incluso puede aplicarse en niños, sin embargo, el contexto bajo el que vamos a tratar tal término es con las mujeres gestantes, así pues, definiremos a la psicoprofilaxis en este contexto para proporcionar las técnicas adecuadas a cada etapa de gestación para poder lograr una estabilidad emocional en el desarrollo del embarazo, parto y postparto.

En relación con lo mencionado anteriormente, (Lamaze, 1952) citado en (Reyes, 2004) la psicoprofilaxis hace referencia a 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.

Los aspectos que incluye la psicoprofilaxis según dicho autor son: la preparación intelectual que trata de proporcionar de manera teórica todo el desarrollo del embarazo, desde la concepción hasta el término del embarazo; en la preparación física se brinda a la mujer gestante las técnicas y ejercicios que sirvan a ésta para la preparación al parto; y por último la preparación psíquica, en la cual se prepara de manera psicológica a la mujer y también a su pareja.

Posteriormente (Orts, 1953) indaga sobre la psicoprofilaxis 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.

También, el ministerio de Salud (2012) señala 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, de tal manera que se busca disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno perinatal.

Podemos concluir que la psicoprofilaxis es una opción que integra las tres esferas; intelectual, física y psicológica con el fin de brindar la información sobre los cambios biológicos del embarazo, la práctica de ejercicios físicos y la terapia de grupo para lograr que la mujer gestante y su pareja y/o esfera social bajo la que se desarrolla su embarazo tengan conciencia del proceso que atraviesan para que actúen a consideración en el momento del parto de tal manera que se reduzca el uso de fármacos innecesarios y el sufrimiento ante el dar a luz.

1.2 ANTECEDENTES DE LA PSICOPROFILAXIS

Al ahondar sobre la historia de la psicoprofilaxis, también debemos hablar sobre el parto y cómo es que se ha llevado a cabo su transcurso en el desarrollo de la sociedad para así lograr entender cómo es que nace la técnica de la psicoprofilaxis para un parto sin dolor.

De acuerdo a (Mendoza, 2016), la primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.), en su libro “Naturaleza del niño”. Él tenía la teoría de que el feto se acomodaba con más frecuencia con la cabeza hacia abajo porque era la parte del cuerpo que más peso tenía y adoptaba esa posición por efecto de la gravedad. Aseguraba que la bolsa de las aguas se rompía por movimientos que hacía el feto con sus manos y con sus pies.

Más tarde Soranos (138-98 a.C.); Médico griego describe que el parto debe ser atendido por una comadrona y sus ayudantes, que el parto debe realizarse en una cama y que durante el período expulsivo se pasara a la silla de parto.

Sin embargo, la historia de la preparación para el parto empieza en el año de 1908 en Estados Unidos, cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y de 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. OMS (2014).

De la misma manera, (Mendoza, 2016) refiere también que la mayoría de los informes antiguos señalan que casi todos los partos eran atendidos por mujeres y que este arte era enseñado de una mujer a otra. El hombre se inicia en este oficio durante el siglo XX, cuando se estudia el mecanismo del parto y se desarrollan las bases de la obstetricia dentro de la medicina, atendiendo sólo los casos complicados que no podían ser atendidos por una comadrona.

Teniendo en cuenta lo anterior, es en 1923 el Dr. Velvovski, a través de diversas técnicas rusas que eran basadas en la teoría de Pávlov afina que el dolor es una reacción condicionada por estímulos sociológicos, religiosos y culturales; es decir, es aprendido y transmitido por el medio que nos rodea. Pretenden el des condicionamiento intentando separa el miedo al parto, de las contracciones; mediante la información de ideas positivas sobre la maternidad, técnicas de respiración que condicionan a la mujer a evitar el dolor. (Reyes, 2004).

Posteriormente de acuerdo con la obra “Parto sin Dolor” de Grantly Read citada por (Nápoles, 2017) indica 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 y así refirió que primero tenía que cambiarse el ciclo temor – tensión – dolor mediante la preparación y educación a la embarazada.

De acuerdo con lo citado anteriormente podemos referir que la primera propuesta fue realizada en la Cruz Roja en Estados Unidos, ya que se les enseñaba a las mujeres a tener cuidado propio y del bebé como parte de los hábitos de su vida cotidiana, sin embargo, Velvovski basándose en la teoría de Pávlov sobre el des condicionamiento de dolor y tensión, crea técnicas para ayudar a la relajación de la paciente embarazada para afrontar el momento de dar a luz.

De la misma manera, es importante señalar que el principal pionero en el método psicoprofiláctico obstétrico fue el Dr. Grantly Dick Read de Londres, quien desde 1929 dio a conocer su método original, denominándolo “Parto Natural” o “Parto sin Temor” basándose en el Síndrome Temor – Tensión – Dolor.

Ahondando sobre lo anterior, cabe mencionar que el método Dick Read incluye un componente de enseñanza para que las mujeres entiendan los procesos fisiológicos del parto, haciendo hincapié en el cuidado de la salud física y mental, satisfacción materna, la relación plena madre-hijo, que la madre esté dispuesta a tener más hijos, también se incluyen ejercicios para mejorar el tono muscular y técnicas para facilitar la relajación.

Ahora bien, la psicoprofilaxis en México comienza a implementarse en el año de 1951, en donde se presenta el primer trabajo de Psicoprofilaxis Obstétrica, el cual se desarrolla en el Hospital Militar Central, teniendo muy buenos resultados y convirtiéndose este en la cuna institucional de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el país.

En 1960 se crea la Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis Obstétrica, que encabeza el Dr. Fuentes Calvo y en donde se capacitan a las primeras instructoras para impartir el método, en 1977 se le denomina con el término como tal para la práctica institucionalizada. En el año de 1990 se certifica la primera generación de educadores en Psicoprofilaxis Perinatal, la cual era únicamente impartida por profesionales en Enfermería, cuyo diplomado es impartido por la ENEO-UNAM. (Cruz, 2007).

1.3 OBJETIVO DEL MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO

Como se refiere con anterioridad, el método psicoprofiláctico es la instrucción teórica práctica que se da a las parejas a partir del cuarto mes del embarazo y cuyos fines son la adaptación del cuerpo de la futura madre a los estados del crecimiento del feto, así como la preparación psicológica de la madre para un parto sin dolor, evitación de analgésicos.

Hablando de una instrucción acerca del embarazo y del parto, preparación de la pareja para el trabajo de parto, enseñanza de la estimulación fetal, del recién nacido; en autocuidado en el postparto, aspectos emocionales de la pareja y sus responsabilidades como futuros padres. (Mojica, 1989)

De la misma manera, refiere (Salazar & Sánchez, 2001), es una educación física y psicológica de la pareja que espera su hijo, para que se logre el nacimiento de la manera más natural, más segura a través de un parto activo, consciente, como consecuencia, sin sufrimiento.

Con lo que respecta a sus objetivos se mencionan los siguientes:

- Ayudar a la madre con su pareja a utilizar sus propios potenciales para hacer del nacimiento de su hijo, una experiencia creativa y altamente gratificante; ayudarles a encontrar en el embarazo y el parto, la realidad de su paternidad, brindan la posibilidad de crecer como padres.
- Lograr que la vida se exprese a través de su cuerpo. Se encuentre admiración, deleite en la fuerza y ritmo de las contracciones en un sentido positivo.

1.4 METODOS DE LA PSICOPROFILAXIS

A lo largo del desarrollo histórico, el papel que tiene la mujer embarazada dentro de la sociedad; se han ido creando diversos métodos para la implementación de la psicoprofilaxis perinatal, ninguno siendo menos importante que el otro. A continuación, describiremos algunos de dichos métodos.

1.4.1 Método Velvoski

Este método nace en Rusia en el año de 1947 con los científicos Nicolaiev, Velvoski y Platonov, discípulos de Iván Pávlov, basándose en la teoría del método Read, aplicaron sus teorías sobre los condicionamientos corticales en el manejo y atención de las embarazadas, con el objetivo de suprimir el dolor del parto. (Silva, 2002)

Por su parte, (Mendoza, 2004) refiere que la supresión del dolor se logra a través de la analgesia verbal y considera los siguientes apartados:

1. Restablecer la relación entre la corteza y subcorteza. El tálamo y subtálamo registran la emoción y la corteza cerebral es la encargada de interpretarla correctamente mediante análisis y síntesis de las emociones y estímulos experimentados. Cuando esta relación se altera, ya no existe la capacidad de análisis y síntesis.
2. Formar focos de excitación cortical, produciendo un gran círculo de inhibición. Cuando mayor es la zona de excitación cortical (creada por la conciencia de la maternidad) mayor es la zona de inhibición permitiendo una respuesta adecuada al estímulo o emoción.
3. Abolir las emociones negativas y los reflejos condicionados negativos cambiándolos por condicionamientos positivos al parto. Estas emociones y condicionamientos son productos de la cultura, la sociedad; de las experiencias personales, que crean un marco de referencia y hacen que se entienda el dolor del parto como algo universal. (Mendoza, 2004).

1.4.2 Método de Read

Como ya lo habíamos mencionado anteriormente el Dr. Grantly Dick Read de Inglaterra, es el principal pionero de la Psicoprofilaxis Perinatal quien concluyó que el dolor de parto se intensificaba por la presencia del miedo y la tensión, refiriendo a este complejo Síndrome de miedo-tensión-dolor.

Para entender un poco del desarrollo del método (Salazar & Sánchez, 2001) nos refieren lo siguiente: al atender a una mujer de pocos recursos que estaban dando a luz en su casa, vislumbró la posibilidad de un parto sin medicamentos, fue la primera vez que se encontró con una mujer que no quiso recibir anestesia. Después del parto, Read le preguntó por qué se había opuesto, a lo que la mujer respondió con una pregunta: no me dolió no tiene porqué ¿no cree doctor? El doctor Read examinó esta pregunta durante 30 años de práctica y solo llegaba a la misma respuesta; no tiene porqué.

A partir de esto, en 1933 Read publicó el procedimiento que haría posible un parto indoloro sin narcóticos o analgésicos.

Cabe mencionar que la eficacia de este método consiste en que, al momento del trabajo de parto, debe existir una armonía neuromuscular, la cual no debe ser alterada o estimulada con emociones que produzcan reflejos que puedan ocasionar tensión a la madre, a continuación, lo describiremos detalladamente.

El miedo según Read, desencadena mecanismos de defensa orgánicos, que en el caso del miedo al parto se manifiesta sobre todo por espasmos uterinos y contracturas de la musculatura del suelo de la pelvis.

Sin embargo; Desgraciadamente, la tensión natural que produce el miedo influye en los músculos que están cercanos al vientre y obstaculizan la dilatación del canal, durante el nacimiento. En consecuencia, el temor inhibe y causa resistencia en la salida al útero.

Esta resistencia produce dolor ya que el útero cuenta con terminales nerviosas que perciben el dolor causado por la tensión excesiva. Por lo tanto, el temor, la tensión y el dolor son tres obstáculos que se oponen a la secuencia natural que intento respetar en la preparación y en el curso del parto. (Correa, 1998).

Debido a lo anterior (Cruz, 2007), refiere que la tensión no solo influye en la dilatación del cuello uterino, sino que causa espasmos involuntarios de los músculos abdominales y de la espalda dando como resultado dolor innecesario; es decir, el temor estimula el sistema nervioso simpático y provoca la contracción del musculo circular del cuello uterino, de igual forma los músculos longitudinales del útero con mayor resistencia cervical lo que produce tensión y dolor.

Con anterioridad, habíamos comentado que el método Dick-Read consiste en la enseñanza de la mujer embarazada para que ella entienda los procesos fisiológicos por los que está atravesando y tenga los cuidados físicos y mentales adecuados.

Para indagar más sobre este método, Friesner describe los puntos que lo conforman como los siguientes:

- Educación acerca del embarazo y el parto para disipar los temores y dudas.
- Ejercicios para fortalecer e incrementar la flexibilidad de la musculatura que interviene en el parto:
 - a) Balanceo de cadera
 - b) Fortalecimiento de muslos
 - c) Sentadillas y arrodillarse

- Métodos de relajación completa de la musculatura corporal
- Respiración empleada durante todo el trabajo de parto
 - a) traspiración abdominal lenta durante la primera etapa, lo que permite que durante las contracciones el abdomen se eleve permitiendo que el útero se levante sin presión
 - b) durante la segunda etapa se emplea la respiración diafragmática para ayudar a la expulsión
 - c) durante el nacimiento de la cabeza, se emplea un jadeo moderado
- Uso adecuado de los músculos abdominales y perineales durante la fase del esfuerzo interior del trabajo de parto.

1.4.3 Método Lamaze

Ahora bien, Ferdinand Lamaze, en términos generales, crea un programa de enseñanza que consiste en combatir el miedo que conlleva el embarazo y el parto, al orientar a la embarazada y a su compañero en aspectos de anatomía y actividad neuromuscular del aparato reproductor, y el mecanismo del parto.

Sin embargo, los aspectos neurofisiológicos básicos en que se funda la teoría, incluyen la excitación cortical y la respuesta condicionada, esto es, se enseña a la mujer a sustituir respuesta de inquietud y pérdida de control, por la actividad más útil. Su utilidad está en el hecho de que la actividad intensa excita la corteza cerebral al grado de inhibir otros estímulos, y en este caso, el dolor que acompaña el parto. (Stright, 1998).

Lamaze pone mucha atención a la fisiología del dolor. Su interés por el sistema nervioso y sus respuestas es el núcleo de su manera de tratar el dolor.

De esta manera Lamaze afirma que el dolor en el parto es una respuesta condicionada, de aquí se infiere que se puede condicionar a las mujeres para dar luz sin dolor, el temor predispone a que la mujer sienta más, pero según Lamaze, no solamente interviene el temor del dolor, también el temor a las complicaciones y hasta la misma muerte.

Sin embargo, dicho dolor depende del estado funcional del cerebro, influenciado por los reflejos condicionados creados por la educación formal e informal de la mujer, y por las explosiones emocionales provocadas por las palabras que sirven como guía para reorganizar las actividades de la mente y responder de manera más eficaz en el trabajo de parto. (Sánchez, 2001).

Considerando lo anterior; se puede concluir que Lamaze define a la psicoprofilaxis como la prevención del dolor mediante el uso de la palabra. El método intenta abolir el dolor previniendo su inicio y su desarrollo por medio del conocimiento de su origen.

Finalmente, (Correa, 2011) cita que; la mujer entrenada en el método psicoprofiláctico Lamaze ha trabajado para destruir el condicionamiento dañino y para reforzar las inhibiciones recíprocas a un nivel tal que pueda cerrar el camino a los estímulos del dolor.

1.5 CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOPROFILAXIS

Para poder adentrarnos es importante hablar de; La psicoprofilaxis es una técnica que busca una preparación educativa para la mujer embarazada, así como la participación activa de la pareja; donde los fenómenos dolorosos que se producen no se transformen en sufrimiento, por lo tanto, como se mencionó en el apartado anterior, toma en cuenta tres aspectos:

- 1) la preparación teórica, que tiene como finalidad brindar información necesaria que rompa con los lazos que ligan al embarazo y parto con ideas negativas y en la mayoría de los casos falsas.
- 2) un entrenamiento físico, que es un conjunto de ejercicios con la finalidad de obtener de la gestante una mejor participación durante el parto y en el periodo expulsivo.
- 3) preparación psicológica, la cual complementa a las anteriores en la que se desarrollará la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva. (Hoyos, 2004).

A hora bien, el parto psicoprofiláctico ha sido diseñado para que la embarazada controle el ciclo temor – tensión – dolor durante el parto; sin embargo, además de esto, tiene beneficios para el bienestar psicológico de la mujer logrando en ella estabilidad emocional.

Así mismo como hace referencia (Oyuela, 2010); el parto psicoprofiláctico no solo disminuye el riesgo de cesárea, sino que también tienen otros beneficios como; mayor satisfacción de la atención del parto y la aceptación de la lactancia materna y métodos anticonceptivos. Éstos serían considerados como aspectos postparto.

Cabe recordar que; una de las técnicas que incluye la psicoprofilaxis es la actividad respiratoria que aportarán la 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 (Solis, 2012).

Sin embargo; las orientaciones que se brindan de psicoprofilaxis ayudan a quitarse el miedo cuando ingresan a los hospitales para dar a luz; además ayuda a la participación activa de la pareja durante el desarrollo del embarazo y al momento del nacimiento del bebé, dando así mayor bienestar emocional de la mujer embarazada.

1.6 BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS

Desde la perspectiva de (Reyes, 2004) retoma las ventajas materno – perinatales de la psicoprofilaxis según la OMS:

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
- 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 de 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

De tal manera que el parto psicoprofiláctico, además de enseñar a la gestante a relajarse y a manejar el miedo, el dolor, el temor, etc., tiene las siguientes ventajas:

- La relajación y las técnicas de respiración ayudan a que el parto sea más rápido.
- Debido a la preparación durante el embarazo la gestante sabe qué hacer, cómo respirar y relajarse durante el trabajo de parto, lo que le permite tener un alumbramiento natural sin el uso de anestésicos, ni bloqueos y disfrutar de manera consciente de esa experiencia única.
- Hace que la pareja se involucre con el proceso del embarazo y refuerza la unión entre ellos.
- Estrecha la relación madre-hijo, se establece una relación más estrecha con el equipo multidisciplinario.
 - La gestante participa de manera activa con el personal médico, de enfermería durante el trabajo de parto.

De la misma manera (A., 2003) nos refiere que los beneficios de la psicoprofilaxis favorecen a los tres participantes principales, descritos de la siguiente manera:

Para la madre: Contracciones uterinas regulares, menor duración del trabajo de parto y menor sensación dolorosa para el parto, dilatación uterina cervical más fácil, menor uso de analgésicos y anestésicos menor parto de cesárea o instrumentados, menos pérdidas

sanguíneas la adecuada respiración y, relajación oxigena mejor a sus tejidos; por ende, al bebe, mayor capacidad para la lactancia

Para el bebé: Disminuye la morbimortalidad del recién nacido, la calificación del estado de nacimiento es mejor, menos asfixia neonatal, disminuyen las lesiones obstétricas, mejor desarrollo psicomotor y mejor integración socio familiar.

Para la familia: La participación activa del padre conseguirá mayor armonía familiar, menos tasa de abandonos y violencia familiar.

Según algunos psicólogos la Psicoprofilaxis es:

- Es la enseñanza a la madre sobre el parto, les ayuda a afrontar el embarazo.
- Es la preparación teórica, física y psicológica de la gestante para un parto sin temor y un recién nacido feliz.
- Es una técnica propia de la salud preventiva, que centra su actuación en una situación específica.
- Es la preparación psíquica y física de la pareja embarazada para vivir la experiencia maravillosa de un parto normal, natural y saludable.
- Es la preparación necesaria, a la que debe someterse la mujer embarazada, para mantener un estado óptimo de salud (física, emocional y psicológica) de ella y su bebé.
- Es la preparación de una madre en el periodo de gestación sobre el trabajo de parto.

Por lo tanto; la ventaja principal de la psicoprofilaxis, que también es su objetivo, es el parto sin dolor mediante el conocimiento racional de la mujer sobre el proceso, haciéndola consciente de la importancia que tiene su participación activa, su manejo de emociones y llevando a cabo la orientación de manera inteligente para que ellas sepan:

1) Que pueden manejar el proceso.

2) Cómo manejarlo, dirigirlo y controlarlo por medio de la preparación psicológica y física.

Para finalizar es importante resaltar que la psicoprofilaxis perinatal cuenta con múltiples técnicas que hacen que sea su seguimiento de manera constante brinde una orientación compleja no solo a la mujer embarazada, también a su pareja o familia sobre el embarazo, parto y postparto.

CAPITULO II: EL PROCESO DE EMBARAZO

2.1 DEFINICION DE EMBARAZO

Después de haber ahondado en la psicoprofilaxis ahora es importante hacer referencia al proceso de embarazo y entender también las características que distinguen a cada etapa que lo conforma.

Se define el embarazo como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto y su duración aproximada es de 280 días (de 37 a 40 semanas).

Ahora bien, hablando desde la perspectiva biológica; para la Organización Mundial de la Salud (1987) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma.

El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

Del mismo modo; el embarazo es el término que se designa para referir al periodo que transcurre desde la fecundación al nacimiento. Se trata de un tiempo de crecimiento acelerado. En el ovulo fertilizado se encuentran las cargas genéticas de dos personas; un hombre y una mujer; y ahí comienza un programa evolutivo fascinante: el surgimiento de un ser humano, cuyas características son únicas. (Zimmermann, 1998).

Es así como durante el embarazo la naturaleza de la madre le permite adaptarse física y psicológicamente a la presencia del recién nacido, adquiriendo características anatómicas, fisiológicas y psicológicas para el cuidado propio y del bebé que serán incrementadas mediante las técnicas de las psicoprofilaxis adecuadas a cada etapa del embarazo.

2.2 ETAPAS DEL EMBARAZO

Ahora bien, al hablar de un proceso debemos referir las etapas que lo integran y hacer hincapié sobre las características que contempla cada etapa, para así comprender de manera objetiva e integral de lo que estamos tratando.

Justamente es como la consejería de salud (2016); hace referencia a las etapas del embarazo, mencionando que la duración del embarazo se puede contar 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 periodo de gestación de cada mujer, cada organismo es diferente, por lo tanto, el termino del embarazo puede no ser tan preciso y tardar más o menos del tiempo considerado.

Haciendo una referencia ahondada sobre las etapas del embarazo (Papalia, 2005); reseña que cada una de las etapas comprende un periodo y características particulares, que se desglosan de la siguiente manera:

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.
2. **Etapa embrionaria:** comprende de las dos a las ocho semanas de gestación: su principal característica es el crecimiento y desarrollo de los principales órganos y sistemas corporales.
3. **Etapa fetal:** abarca de las 8 semanas hasta el nacimiento; y se caracteriza por el incremento en la diferenciación de las partes del cuerpo y aumento del tamaño corporal.

Desde la perspectiva de (Garfias, 2018); hace referencia a las etapas del embarazo por trimestre, brindándonos una explicación de los cambios que transcurren en cada etapa:

Primer trimestre

Comprende del primer al tercer mes de embarazo, lo que en semanas es equivalente de la semana 1 a la 12.

El primer mes está lleno de estudios prenatales para crear un historial clínico, mantener control médico del embarazo y prevenir enfermedades.

Los cambios físicos más notorios son: ausencia de la menstruación, se implanta la placenta, existe cansancio, sueño, ganas de ir al baño constantemente, náuseas, vomito,

mareos matutinos, acidez, indigestión, asco, hormigueo en los pies y cambios emocionales de los que hablaremos más adelante.

Durante este primer mes el desarrollo fetal comienza con la implantación del ovulo fecundado en la mucosa uterina. En cuatro semanas el bebé ya tiene corazón y estómago, también, empiezan a formarse los órganos principales, no se distinguen las extremidades, comienzan a desarrollarse el sistema nervioso, órganos sensoriales, se puede definir a partir de este mes al “embrión” unido ya por un cordón umbilical, el bebé mide de 2 a 5 milímetros.

El segundo mes de embarazo abarca de la semana 5 a la 8 y puede definirse como la mitad del primer trimestre, los cambios físicos de este mes son: náuseas, exceso de saliva, sensación de hinchazón en las piernas, es un mes lleno de confusión emocional debido a los cambios físicos, los análisis médicos siguen presentes incluyendo inspección de las extremidades para determinar si hay hinchazón o no. (Solis, 2012).

Hay estreñimiento, cambios en los pechos, hipersensibilidad de los mismos, oscurecimiento de aréolas, existen desmayos y puede hacerse presente el redondeo del vientre, erupciones cutáneas, piel reseca, el sistema hormonal empieza a secretar hormonas provocando cambios de humor, es probable que inicie una depresión.

En el bebé se empiezan a desarrollar el sistema nervioso, hígado, páncreas, pulmones, columna vertebral, y los riñones, músculos de movilidad, el corazón se divide en dos, el peso es de aproximadamente 3 gramos y mide 3 centímetros.

Para el tercer mes, siendo el final del primer trimestre, los síntomas desagradables desaparecen, el palpitar del corazón comienza a escucharse y se realizan exámenes para controlar la presión arterial, análisis de orina, aumenta el tamaño del útero, comienzan a hacerse visibles las venas en el abdomen, hay flujo vaginal, dolores de cabeza por cambios hormonales, vértigos, aumento de peso, la alimentación empieza a controlarse para evitar estreñimiento. (Papalia, 2005)

Por su parte, los cambios del bebé siguen avanzando, desarrollo de células nerviosas, el esqueleto sigue su formación y ya es un ser articulado, es un feto y no un embrión, hay recubrimiento de párpados, formación de labios, sistema de succión, 65 gr es el peso del bebé, pérdida de agilidad muscular.

Segundo trimestre

Comprende del cuarto al sexto mes de embarazo, los cambios por mes se describen a continuación:

Durante el cuarto mes, es decir, de la semana 14 a la 17 aproximadamente, es el trimestre más cómodo, desaparecen los síntomas desagradables, más enérgica, menos ganas de ir al baño, aumento del abdomen, inducción del ejercicio físico, exámenes médicos para determinar niveles de azúcar y proteínas, aumento de apetito, movimientos ligeros del bebé, presencia de alergias.

Respecto a los cambios del bebé, se refiere el crecimiento de cabello y uñas del, se nota la proporción de la cabeza respecto al resto del cuerpo, desarrollo del cerebelo, alargamiento de extremidades, logra sentir a través de la piel del abdomen, pesa de 200 a 250 gramos.

El quinto mes comienza a partir de la semana 18 y termina en la semana 22 aproximadamente, se caracteriza por la presencia de movimientos más pronunciados del bebé, la realización de una ecografía en este segundo trimestre es de suma importancia como en cada mes, también se hará un análisis del ritmo cardiaco del bebé, habrá aumento del flujo vaginal, dolor del abdomen, coloración en la piel del abdomen y cara, aumento del pulso, bochornos o calor corporal, dolor en la espalda, vista borrosa. (Zimmermann, 1998).

Por su parte, durante este mes, se sienten los movimientos irregulares del bebé, el feto duerme 20 horas, es decir; permanece despierto únicamente 4 horas, mide 28 centímetros y ya pesa 48 gramos, empieza con la producción de células sanguíneas, y su piel comienza a engrosarse.

El sexto mes, es ya el final del segundo trimestre; abarca de la semana 23 a la 27, durante este período se podrá determinar el del bebé, la actividad del bebé se vuelve evidente, en la madre hay dolor en la parte baja del abdomen, gases, dolores de cabeza, comezón en el abdomen, menos cambios de humor, crecimiento de los pechos. El feto pesa más de medio kilo y mide 32 centímetros, se forman las papilas gustativas, y se perfecciona el sentido del oído.

Tercer trimestre

De acuerdo con el texto Embarazo y bebés (2018); comprende del séptimo al noveno mes de embarazo, durante este último trimestre; madre e hijo comparten alimento directamente. Las posibilidades de supervivencia son del 80% si los bebés nacen en el séptimo mes y del 99% si nacen en el octavo mes de forma prematura. Aun así, todavía no es el momento adecuado para nacer.

Para mitades del tercer trimestre, el bebé se colocará en posición cefálica, es decir, boca abajo preparado para nacer. Seguirá creciendo, pero más lento a como hacía semanas anteriores. Para el final del octavo mes, todas las partes del cuerpo del bebé ya han alcanzado las proporciones justas a las de un recién nacido.

Los síntomas de este trimestre son, aparición de contracciones falsas y también contracciones de Braxton Hicks.

Las contracciones regulares ocurren a intervalos cada vez más cortos. Cerca de la fecha del parto, las contracciones serán más fuertes, largas y frecuentes. Dolor en la zona lumbar acompañado de calambres similares a los dolores menstruales, rotura del saco amniótico, pérdida de mucosa con sangre, dilatación del cuello uterino.

La importancia de conocer los cambios físicos que tiene el bebé durante cada etapa radica en entender cómo influyen en las nuevas características que adquiere la mujer gestante para poder intervenir tanto de manera médica como psicológica adecuadamente ante los cambios que va presentando la mamá y el bebé, incluyendo a su círculo social bajo el que se está desarrollando el embarazo y así hacer del proceso de embarazo, parto y postparto una vivencia plena. Consejo de Salud (2016)

2.3 CAMBIOS EN LA MUJER GESTANTE

Abordando más sobre el tema, entendemos que; embarazo es un proceso de desarrollo de un nuevo ser en el vientre de la madre, iniciando desde la concepción hasta el nacimiento, posteriormente inicia el puerperio. Dicho proceso dura aproximadamente 38 semanas, durante este periodo el cuerpo de la madre se ve alterado por cambios físicos, fisiológicos y emocionales.

Es por ende que se refiere que Desde que se inicia el embarazo, la madre experimenta una serie de transformaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas. Estos cambios tienen el fin de cubrir la necesidad de espacio ocasionado por el crecimiento fetal, así como prepararse para el momento del parto y la lactancia (Vázquez, 2013).

2.3.1 FÍSICOS Y FISIOLÓGICOS

Debemos entender que la definición de cambios físicos hace referencia a alguna modificación estructural del cuerpo, en este caso, de la mujer, por su parte, se entiende como cambios fisiológicos a aquellas modificaciones en la funcionalidad del sistema orgánico.

Los cambios físicos y fisiológicos que presenta la mujer durante el desarrollo del feto son los que se describen a continuación, recalando la importancia que yace en mencionar primeramente el crecimiento del útero, ya que de aquí que parten en su mayoría los demás cambios físicos y a su vez fisiológicos.

Menciona (Olds, 2012) desde el tercero al cuarto mes de embarazo, el útero al expandirse sale de la pelvis y puede palpase por encima de la sínfisis del pubis. Crece progresivamente hasta llegar al ombligo en el sexto mes y alcanza el apéndice en el noveno mes.

A medida que el útero aumenta de tamaño, entra en contacto con la pared abdominal anterior y desplaza a los intestinos hacia el abdomen. Al mismo tiempo que el útero y el abdomen aumentan de tamaño, el ombligo es empujado hacia fuera hasta que alrededor del séptimo mes su depresión se borra por completo y la pared abdominal se vuelve lisa y tensa.

De acuerdo con lo referido anteriormente, (Gineco, 2009) hace hincapié en que como el útero pesa cerca de 6000gr. las mujeres embarazadas con frecuencia se reclinan hacia atrás para mantener el equilibrio. Esta inclinación trasera del torso es característica del embarazo.

Sin embargo; Dicha postura ocasiona mayor tensión en músculos y ligamentos de espalda y muslos; dando lugar a muchos dolores y calambres músculo-esqueléticos, que se experimentan con frecuencia en las últimas etapas del embarazo.

Se ha estudiado que el promedio de peso ganado durante el embarazo es 12,5 kg; este nivel de ganancia está asociado con resultado reproductivo óptimo en mujeres saludables.

El constante crecimiento del feto y la placenta, sugiere una mayor demanda, provocando diversas alteraciones en el metabolismo materno. El aumento del peso corporal durante el embarazo, es multifactorial; la mayor parte es atribuible al útero y a su contenido, a las mamas y a los aumentos de volumen de sangre circulante.

Otra fracción menor de dicho aumento; es el resultado de alteraciones metabólicas, en especial la retención de agua y depósito de reservas como grasas y proteínas, siendo así el promedio del aumento corporal durante el embarazo de 9 a 12 kg. (Altamirano, 2001)

También, debido al crecimiento del útero se presentan cambios en el sistema respiratorio, siendo los principales; el aumento de consumo total de oxígeno del cuerpo. A medida que el embarazo progresa, el útero en crecimiento ocasiona presión ascendente en los pulmones y eleva la posición del diafragma, lo cual produce reduce la capacidad funcional de los pulmones. (Altamirano, 2001).

En cuanto a cambios de oxígeno y ventilación se observan mayores necesidades de oxígeno durante el embarazo; esto se debe a que hay trabajo renal y cardiaco y también en pequeña proporción incrementos para el trabajo de los músculos respiratorios y las mamas. El consumo total de oxígeno del organismo aumenta en 15 a 20% durante el embarazo. (Didona, 2011)

Ya mencionábamos que la postura es modificada debido al crecimiento del útero, modificando ésta a su vez la presión arterial de la mujer embarazada, causando que se eleven los niveles de presión arterial al momento que está sentada y disminuyendo cuando está recostada en posición lateral. Por lo general, la presión arterial es reduce durante el segundo trimestre del embarazo y principios del tercero y posteriormente aumenta conforme a las etapas.

Siguiendo sobre la línea de los cambios que produce el crecimiento del útero, es indispensable hablar de los efectos digestivos producidos durante el embarazo, que, aunque son leves no son menos importantes.

(Olds, 2012) describe que, en los primeros meses, el apetito suele disminuir, en especial cuando la paciente experimenta nauseas, sin embargo, como los requerimientos nutricionales para cubrir las necesidades del organismo materno y del feto en crecimiento

hacen necesaria una dieta de buena calidad más que aumento en la cantidad de comida que se ingiere.

Al progresar el embarazo, el aparato digestivo se acostumbra a las nuevas condiciones y el apetito aumenta, de tal manera que se asciende la presión del diafragma y la reducción del tono pueden retrasar el tiempo de vaciado del estómago.

Por su parte, el sistema urinario también presenta modificaciones fisiológicas. La frecuencia de la micción que se presenta en los primeros meses se debe a efectos hormonales y a la presión que ejerce el útero en crecimiento sobre la vejiga. (Didona, 2011)

De la misma manera, el incremento del espacio muerto urinario unido al crecimiento de la vascularización renal ocasionan aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 a 1.5 cm, en comparación con el riñón de la mujer no gestante provocando que la cantidad de orina durante el embarazo aumente.

Dentro de los cambios en el sistema muscular podemos mencionar como los más relevantes para nuestro enfoque a la postura y marcha; la postura cambia conforme evoluciona la gestación, la cabeza y los hombros se dirigen hacia atrás para compensar el desalojamiento anterior del útero aumentado de tamaño.

El aumento de peso del abdomen ocasiona un desequilibrio en la bipedestación y la marcha, lo cual origina la necesidad de cambiar el centro de gravedad hacia atrás. La marcha de la embarazada se vuelve más lenta. (Olds, 2012).

De acuerdo a lo citado anteriormente, es importante hacer hincapié en el papel que desempeña la educación alimenticia durante el embarazo, de la misma manera, cabe recalcar la relevancia que tiene conocer los cambios físicos, fisiológicos durante el desarrollo del crecimiento fetal para así llevar a cabo de manera adecuada y específica cada actividad o estrategia del programa de psicoprofilaxis perinatal, deberá también incluir, con igual relevancia; a los cambios emocionales presentes durante el embarazo para así lograr una estabilidad emocional en la mujer gestante.

2.3.2 EMOCIONALES

Anteriormente hablamos de los cambios físicos que se dilucidan durante el embarazo, es momento de describir los cambios emocionales que la gestación trae consigo reiterando que a pesar de que las emociones son individuales, en su mayoría, las gestantes tienen una idea similar del embarazo y por lo tanto las lleva a desencadenar emociones tanto positivas como negativas.

El desarrollo de las emociones depende de diversos factores como el biológico, hormonal, la influencia social y la historia personal.

A lo largo del primer trimestre de embarazo, las primeras dudas que surgen hacia la mujer gestante son:

- ¿Cómo vive la mujer embarazada?
- ¿Ha sido buena la relación con su pareja?
- ¿Es un embarazo deseado?
- ¿Se siente preparada y segura?
- ¿Se siente apoyada?

Es decir, las emociones, los temores, las esperanzas y las relaciones ligadas al embarazo que está viviendo puede facilitar o proteger a la mujer del síntoma de náuseas y vómitos.

Para ahondar en los cambios emocionales que surgen en el primer trimestre de embarazo, (Altamirano, 2001) puntualiza que, en dicho periodo con respecto a la aceptación del embarazo, las necesidades varían dependiendo de si es el primer embarazo de la mujer. Un primer embarazo es igual que cualquier otra experiencia.

La futura madre siente curiosidad y preocupación acerca de los cambios futuros, así, aunque la mujer pueda haber elegido quedar embarazada, existe siempre una ambivalencia hasta que la idea de estar embarazada se hace realidad y tiene lugar una aceptación, integración o incorporación del feto en crecimiento.

En ocasiones, una ambivalencia no resuelta puede dificultar la aceptación del embarazo. Circunstancias sociales incómodas, como el ser joven y soltera, pueden dar lugar a que la futura madre niegue la existencia del embarazo. Una relación deteriorada con el futuro padre puede causar enojo, lo que puede conducir al rechazo materno del futuro feto. (Altamirano, 2001)

Ahora bien, de acuerdo con (Sastre, 1984); durante el segundo trimestre; la madre empieza a constatar y sentir la presencia de su hijo y con frecuencia comparte con su pareja los nacientes sentimientos de maternidad y paternidad. A su vez la madre puede experimentar temores de abandono del compañero ante la pérdida de su figura física, o bien temer daños de su futuro parto o su hijo.

De la misma manera la futura madre se sosiega y sus preocupaciones empiezan a desviarse de sus propios cambios corporales hacia el hijo que está creciendo. En este periodo ocurre un fenómeno llamado “personificación fetal” en el cual se describe al feto como un ser en crecimiento separado de la madre. Durante este trimestre la mujer puede buscar la amistad de alguna persona maternal que sirva como modelo alternativo del rol materno para poderla imitar. (Altamirano, 2001)

El tercer trimestre se caracteriza por la espera inminente y la preparación del parto y la maternidad. El parto, que se siente cada vez más próximo y los temores al dolor y lo desconocido aumenta las necesidades afectivas, de comprensión y de cuidados de la gestante son mayores, por lo que una respuesta inadecuada del acompañante puede ser peligrosa para el futuro inmediato del parto. (Sastre, 1984)

Por su parte, (Rivas, 2017) menciona que la influencia social se vuelve generadora de emociones durante el periodo del embarazo. La mujer gestante empieza a recordar cómo es que lo hacían las mujeres antepasadas en su familia, empieza a recurrir a esquemas ya hechos, concurriendo así al fenómeno llamado “la buena conciencia”, que consiste en buscar en lo que ya está hecho para repetirlo e imitarlo y a su vez suele ser contraproducente ya que la buena conciencia de la familia de la pareja no es la misma y se muestra una ambivalencia en la pareja.

Ahora bien, para (Medina, 2017) el embarazo es definido como la mejor etapa en la vida de una mujer, trae una serie de cambios físicos, biológicos, sociales y psicológicos. El embarazo dura 40 semanas que se dividen en trimestres y existen variaciones emocionales en el primer, segundo y tercer trimestre.

De esta manera; las causas que generan dichas emociones son distintas en cada trimestre, por ejemplo;

En el primer trimestre: la principal causa de cambios emocionales es; la ansiedad de saberse embarazada, la mujer se cuestiona si el embarazo es deseado o no, si está con la

pareja o tiene el apoyo de su círculo familiar, de la misma manera los cambios fisiológicos como náuseas, vómitos, sueño e incluso la adaptación también generan ansiedad.

Segundo trimestre 14 – 26 semanas, periodo más estable debido a que desaparecen los síntomas fisiológicos y empieza a aceptar e interiorizar la condición de estar embarazada, la madre trabaja principalmente en la idealización del bebé en desarrollo “lo que yo quiero que sea mi bebé cuando nazca”.

Tercer trimestre; nuevamente se presenta la ansiedad e incluso en mayor intensidad que en el primer trimestre debido a que se generan preocupaciones de lo que va a suceder en el momento del parto, surgiendo dudas como; ¿estará sano?, ¿cómo será su nacimiento? ¿parto o cesárea?, empieza a generar cómo crear un espacio en su casa para el recién nacido.

A este proceso en que los cuadros emotivos cambian durante cada trimestre, se le conoce como “ambigüedad emocional”, consiste en cambios emotivos, la mujer pasa de estar feliz por la llegada del nuevo ser a un estado en el que le incomodan situaciones mínimas peculiares surdiendo la duda respecto a si será buena madre. (Medina, 2017)

Es importante recalcar que las emociones que la madre experimenta durante el embarazo son transmisibles al bebé en desarrollo, debido a que los pensamientos y sentimientos hacen que se libere molecularmente una sustancia, por ejemplo; si la madre está feliz, ese sentimiento se traduce en una sustancia hormonal llamada oxitocina que viaja por la sangre y a través de la sangre atraviesa la placenta llegando a la célula del bebé.

Cabe resaltar que; por el contrario, si la madre está angustiada, temerosa, miedosa su organismo produce un sistema hormonal llamado cortisol y esa misma ansiedad que ella tiene, a través del cortisol por vía molecular llega a la sangre y a través de esta llega nuevamente al bebé.

Por lo tanto; en el momento en que la madre experimenta cualquier emoción, sea positiva o negativa, es el preciso momento en el que también lo experimenta el bebé, adoptando así, una serie de comportamientos dependientes del influjo molecular que reciba.

Entendiendo lo citado anteriormente debemos puntualizar que el bebé puede ser educado desde el vientre, siempre y cuando la mamá logre una estabilidad emocional durante el embarazo, sea esta, una ventaja más de la implementación de nuestro programa psicoprofiláctico.

Para finalizar recalamos que la maternidad como experiencia individual, es la expresión no solo de un proceso biológico, sino también de una unidad psicológica que resume numerosas experiencias individuales, recuerdos, deseos y temores que han precedido durante largo tiempo a la experiencia real del embarazo, produciendo así emociones positivas o negativas en cada etapa. (Sastre, 1984)

CAPITULO III: ESTABILIDAD EMOCIONAL

3.1 ESTABILIDAD EMOCIONAL

Ahora bien, adentrándonos al tema de la estabilidad emocional y sus subtemas consecuentes, primeramente, describiremos la definición de estabilidad emocional para posteriormente hacer énfasis a la importancia de ésta en cada etapa del embarazo.

De acuerdo a, (Evans, 2002) se entiende estabilidad emocional como una característica de la personalidad, la cual depende del equilibrio de nuestros sentimientos, un equilibrio de lo que consideramos positivo o negativo de nuestra cotidianidad.

La estabilidad emocional se define como un rasgo positivo de la personalidad que contribuye el bienestar psicológico; se presenta en personas con autocontrol, seguridad en sí mismas y tolerantes. Forma parte de los cinco grandes factores de personalidad. (Álvarez, 2003).

3.2 TIPOS DE EMOCIONES

Por su parte, es significativo conocer las emociones de manera específica y saber cuáles son las que se presentan con mayor frecuencia durante la gestación, y así brindar la orientación adecuada ante cada cambio de humor.

Si bien es cierto que el embarazo está lleno de emociones que en ocasiones las mujeres no saben distinguir, o bien, no saben la razón por la cual aparecen durante este periodo. Suele hacerse presente la duda, la confusión, felicidad, ira, sorpresa e incluso vergüenza y miedo.

De acuerdo con (Vivas, 2005) una de las clasificaciones más empleadas es la de distinguir entre emociones básicas y emociones complejas o secundarias. Las emociones básicas, también denominadas primarias, puras o elementales, se reconocen por una expresión facial característica.

Así es como (Ekman, 1992) refiere que existen algunas emociones que no son aprendidas sino innatas y en cierto punto universales, tal autor descubrió que las expresiones faciales de estas emociones son reconocidas por personas de distintas culturas, lo cual les otorga un carácter de universal.

Los investigadores discrepan en lo que concierne al número de ellas, pero en general se reconocen como tales: la alegría, la aflicción o tristeza, la ira, el miedo, la sorpresa y el asco.

Así pues, en todas las culturas se hacen presentes estas emociones, es decir, no han llevado un proceso de enseñanza – aprendizaje, más bien ya están configuradas en nosotros los individuos y se expresan con señas faciales que de tal manera los integrantes de otras culturas podrán saber de qué emoción se trata.

Es decir, se pueden usar palabras o conceptos distintos para describir una determinada emoción, pero la expresión facial es la misma. Las emociones básicas están grabadas en los circuitos nerviosos de los genes y no a través de la cultura. Sólo una vez activada la conciencia, las reglas de exhibición culturalmente determinadas se imponen sobre la respuesta biológica elemental. (Ekman, 1992)

De la misma manera (Evans, 2002) expone un cambio de perspectiva en la discusión acerca de los tipos de emociones. Refiere que antes de percibir como separadas a las emociones básicas de las secundarias (también conocidas como culturalmente específicas) se deben pensar como elementos de un mismo conjunto.

Así mismo, tal autor, muestra apoyo y aprobación al supuesto de crear e incluir una categoría llamada “emociones cognoscitivas superiores”, las cuales se posicionarían en un punto medio entre las emociones básicas y las secundarias pues serían menos innatas que las primeras y más innatas que las culturalmente específicas.

Con esto se representa que las emociones cognoscitivas superiores difieren de las emociones básicas en que no son tan rápidas y automáticas ni se hallan asociadas universalmente a una única expresión facial. Estas emociones se procesan en áreas del neocórtex, por lo que estarían más expuestas a la influencia de los pensamientos conscientes y, por lo tanto, más susceptibles de variación cultural.

Esta propuesta considera que esas emociones son universales porque forman parte de la naturaleza humana, presentan una mayor variabilidad cultural, su desarrollo y extinción toman más tiempo que en las emociones básicas. Entre las emociones cognoscitivas superiores se incluyen las siguientes: amor, culpabilidad, vergüenza, desconcierto, orgullo, envidia y celos. (Evans, 2002)

Hay otros autores que proponen una clasificación diferente de las emociones. En este caso referimos a (Fernández, et al., 2001), quienes nos brindan la clasificación de las emociones dividiéndolas en primarias, secundarias, positivas, negativas y neutras. Las describen de la siguiente manera:

- Emociones primarias: parecen poseer una alta carga genética, en el sentido que presentan respuestas emocionales reorganizadas que, aunque son modeladas por el aprendizaje y la experiencia, están presentes en todas las personas y culturas.
- Emociones secundarias: emanan de las primarias, se deben en gran grado al desarrollo individual y sus respuestas difieren ampliamente de unas personas a otras.
- Emociones negativas: implican sentimientos desagradables, valoración de la situación como dañina y la movilización de muchos recursos para su afrontamiento. Ej.: el miedo, la ira, la tristeza y el asco.
- Emociones positivas: son aquellas que implican sentimientos agradables, valoración de la situación como beneficiosa, tienen una duración temporal muy corta y movilizan escasos recursos para su afrontamiento. Ej.: felicidad.
- Emociones neutras: son las que no producen intrínsecamente reacciones ni agradables ni desagradables, es decir que no pueden considerarse ni como positivas ni como negativas, y tienen como finalidad el facilitar la aparición de posteriores estados emocionales. Ej.: la sorpresa.

Ahora bien, es turno de dar hincapié a la descripción de algunas emociones, ya que más adelante las veremos enlazadas con el proceso de gestación y como ya es de saberse, son de gran valor para nuestro programa, mejor dicho, es el pilar fundamental de esta propuesta.

De acuerdo con las contribuciones aportadas por (López, 1996), se presenta a continuación la descripción de algunas emociones:

Se describe el miedo como una emoción primaria negativa que se activa por la percepción de un peligro presente e inminente, por lo cual se encuentra muy ligada al estímulo que la genera. Es una señal emocional de advertencia que se aproxima un daño físico o psicológico.

El miedo también implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o manejar una situación de amenaza. La intensidad de la respuesta emocional de miedo

depende de la incertidumbre sobre los resultados. El miedo es una de las emociones más intensas y desagradables.

Esta emoción genera aprensión, desasosiego y malestar. Su característica principal es la sensación de tensión nerviosa, de preocupación y recelo por la propia seguridad o por la salud, habitualmente acompañada por la sensación de pérdida de control. (López, 1996)

De la misma manera, otro de sus efectos subjetivos más típicos es la sensación de cierta tendencia a la acción evitativa. Se asocia al miedo los siguientes términos: alarma, terror, nerviosismo, pánico, tensión, pavor, desasosiego, susto, temor, preocupación, horror, ansiedad.

Ahora bien, cabe aclarar que el miedo es una emoción que está presente en el proceso de embarazo y se intensifica en el último trimestre de éste por la llegada cercana del momento del parto, siendo su estímulo, el dolor, es decir, las embarazadas a punto de dar a luz, tienen miedo creada por el dolor al parto.

La ira

Por su parte, la ira es una emoción primaria negativa que se desencadena ante situaciones valoradas como injustas o que atentan contra los valores morales y la libertad personal; situaciones que ejercen control externo sobre nuestro comportamiento, personas que nos afectan con abusos verbales o físicos, y situaciones que producen tratamientos injustos y el bloqueo de metas. (Greenberg, 2000).

La ira produce efectos subjetivos o sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia.

También va acompañada de obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos.

La ira a su vez produce una sensación de energía o impulsividad, de necesidad subjetiva de actuar física o verbalmente de forma intensa e inmediata, para solucionar de forma activa la situación problemática.

Así, se aprecia como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Es la emoción potencialmente más peligrosa ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras que se perciben.

También se asocian a ella los siguientes términos: enfado, enojo, malhumor, indignación, amargura, venganza, desprecio, irritación, exasperación, furia, odio, desagrado, cólera, aversión, resentimiento, celos, hostilidad, menosprecio, violencia, rencor.

La ira, puede hacerse presente durante todo el embarazo no de manera diaria, sino que, como durante toda la gestación se puede en algún momento descontrolar alguna situación, la mujer entrará en un estado humorístico de ira, queriendo retomar el control a través de respuestas intensas de enojo. Por ejemplo, si en el primer trimestre (que es el más complicado), se presenta amenaza de aborto o alguna otra dificultad biológica sentirá ira hacia ella misma o a alguien de su entorno. (López, 1996)

La tristeza se puede referir como una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros. Denota pesadumbre o melancolía.

De este modo, la tristeza es una forma de displacer que se produce por la frustración de un deseo apremiante, cuya satisfacción se sabe que resulta imposible. Los desencadenantes de la tristeza son la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso; la decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo.

A la par, los efectos subjetivos presentes, se caracterizan por sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía.

Igualmente, se asocian a la tristeza los siguientes términos: pesimismo, pesar, decepción, remordimiento, rechazo, bochorno, sufrimiento, añoranza, depresión, aislamiento, melancolía, vergüenza, abandono, desánimo, infelicidad, desaliento, condolencia.

Como ya se refería anteriormente, la emoción de la tristeza, tiene causas específicas, si se hace presente en el embarazo, es más frecuente que sea en el primer mes según sea la situación en la que se está desarrollando el proceso, por ejemplo, si la mujer no deseaba estar embarazada, si su pareja no la apoyará moralmente, si a partir de su embarazo ha tenido una pérdida, o a la par de su embarazo está pasando por un proceso de duelo, lo más probable es que se sienta triste. (Martín, 2001)

La emoción que describiremos a continuación es muy común en todos los embarazos, pero, cabe recalcar, que es más pronunciado a alimentos que a situaciones.

Justamente hablamos del asco, éste es la respuesta emocional causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo. Es una

emoción compleja que implica una respuesta de rechazo a un objeto deteriorado, a un acontecimiento psicológico o a valores morales repugnantes.

Así se refiere que los desencadenantes del asco son los estímulos desagradables, fundamentalmente los químicos, los potencialmente peligrosos o los molestos, por ejemplo, comida descompuesta, los olores corporales o la contaminación ambiental.

De este modo, los efectos subjetivos del asco se caracterizan por la necesidad de evitar o alejarse del estímulo desencadenante.

Continuando con esta breve descripción de las emociones, es turno de referir a la felicidad.

Así pues, la felicidad es el estado de ánimo que se complace en la posesión de algún bien. La felicidad facilita la empatía, lo que promueve la aparición de conductas altruistas.

Asimismo, contribuye al rendimiento cognitivo, la solución de problemas, la creatividad, el aprendizaje y la memorización. Se reseña que los desencadenantes de la felicidad son los éxitos o los logros, la consecución de los objetivos que se pretenden. (Greenberg, 2000).

Igualmente se produce por la congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales, y en la comparación con las demás personas.

Ahora bien, la felicidad es crucial en el embarazo, si en un principio no es reflejada por la invasión de la duda, el miedo, el asco, la ira, es probable que a partir del segundo trimestre gestacional se manifieste, y como bien sabemos, es prioridad de este programa psicoprofiláctico, hacer consciente a la mamá de la felicidad que el embarazo trae consigo. (Martín, 2001)

Durante el embarazo, la sorpresa es inevitable debido a los estereotipos sociales que se tienen del mismo, así, la madre puede actuar de manera positiva o negativa, he aquí donde radica la importancia de la planificación familiar, sin embargo, como lo mencionábamos anteriormente, es ineludible pues la llegada de un nuevo ser no es algo que les pase a las mujeres de diario. (López, 1996)

De tal modo que se describe a la sorpresa como la emoción más breve de todas ya que es una reacción causada por algo imprevisto o extraño, como un trueno o una celebración no anunciada.

Sin embargo, es necesario mencionar que los acontecimientos cognitivos también provocan sorpresa. La sorpresa también se da cuando se producen consecuencias o resultados inesperados o interrupciones de la actividad en curso.

Igualmente, el significado funcional de la sorpresa es preparar al individuo para afrontar de forma eficaz los acontecimientos repentinos e inesperados y sus consecuencias. La sorpresa suele convertirse rápidamente en otra emoción. Se asocian a la sorpresa los siguientes términos: asombro, pasmo, estupefacción, extrañeza.

La ansiedad por su parte es un estado de agitación, inquietud y zozobra, parecida a la producida por el miedo. La ansiedad es desproporcionalmente intensa con relación a la supuesta peligrosidad del estímulo. (Greenberg, 2000).

Así como todas las emociones ya mencionadas, la ansiedad, es en principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas.

Sin embargo, existen dos tipos de ansiedad: la ansiedad inespecífica, que no está asociada a estímulos determinados y la ansiedad específica, que está suscitada por un estímulo concreto que puede ser real o simbólico.

A su vez, la ansiedad también es la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos.

Y consecuentemente produce efectos subjetivos de tensión, nerviosismo, malestar, preocupación, aprensión e incluso puede llegar a sentimientos de pavor o pánico. Asimismo, origina dificultades para el mantenimiento de la atención y la concentración.

Es decir, durante el embarazo, la ansiedad puede presentarse en los primeros meses por causas como dar la noticia a la familia, o al final del tercer trimestre debido a cómo será el nacimiento del nuevo ser, o bien, durante alguna complicación física. (López, 1996)

Bajo otra forma, la hostilidad es descrita como una emoción secundaria negativa que implica una actitud social de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas.

Dicha emoción es producto de un sentimiento mantenido en el tiempo, en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Los desencadenantes de la hostilidad son la violencia física y el sufrir hostilidad indirecta.

Así la hostilidad se desencadena cuando percibimos o atribuimos en otras personas, hacia nosotros o hacia personas queridas de nuestro entorno, actitudes de irritabilidad, de negativismo, de resentimiento, de recelo o de sospecha. (López, 1996)

De tal manera que los efectos subjetivos de la hostilidad implican usualmente sensaciones airadas. El componente afectivo incluye varios estados emocionales como el enojo, el resentimiento, el disgusto o el desprecio. Los efectos fisiológicos son similares a los de la ira, pero más moderados en intensidad y, en cambio, más mantenidos en el tiempo.

Para nuestro programa es necesario conocer el contexto bajo el que vive la madre, ya que como es evidente, es el pilar principal de lograr una estabilidad emocional durante el embarazo y evitar reacciones de hostilidad. (Greenberg, 2000).

Por último, el amor y cariño es el afecto que sentimos por otra persona, animal, cosa o idea. La reacción de amor puede implicar dos tipos de reacción: el amor apasionado y el de compañero.

Se refiere el amor apasionado (llamado también “amor obsesivo” o “enamoramiento”), como una emoción intensa que se refiere a un estado de intenso anhelo por la unión con el otro. El amor de compañero (llamado “amor verdadero”, “cariño”, “amor conyugal”) es una emoción menos intensa, que combina sentimientos de profundo cariño, compromiso e intimidad.

De tal manera que el procesamiento cognitivo del amor se inicia ante una situación que suele poseer una alta novedad, pero con cierto grado de predictibilidad. El suceso se valora como relevante para el bienestar general y psicológico. (López, 1996)

Además, los efectos subjetivos del amor, especialmente del apasionado, son sentimientos que están mezclados con otras experiencias emocionales intensas como la alegría, celos, soledad, tristeza, miedo e ira. Se asocia al amor los siguientes términos: atracción, añoranza, afecto, deseo, ternura, pasión, cariño, compasión, capricho, simpatía. (Greenberg, 2000).

En el embarazo, antes de que aparezca el amor se hace presente el enamoramiento puesto que primero la madre se enamora de la idea de estar embarazada y posteriormente ama a su bebé y empieza a hacer compromisos para ser una buena madre o buen ejemplo para la educación y desarrollo de su hijo.

3.3 TEORÍAS DE LAS EMOCIONES

Es importante, profundizar en las emociones para poder fortalecer el tema de dicha investigación, para ello se resaltan las teorías más importantes que la sustenten.

Para iniciar, la importancia de hablar sobre las teorías de las emociones; radica en entender a través de diferentes puntos de vista científicos cómo cada individuo personaliza sus emociones, en este caso, hablando de la mujer embarazada, es necesario comprender la manera en que cada una de ellas siente y cómo lo demuestra para así abordar desde el contexto necesario nuestro programa psicoprofiláctico.

Ahora bien, en este apartado describiremos algunas teorías de las emociones.

Las principales teorías de la emoción consideran a esta un sentimiento bien fisiológico, bien cognitivo o bien como un producto de la interpretación de factores físicos y mentales. (Papalia, 2005)

3.3.1 Teoría de James – Lange (los sentimientos son producto físico)

Dicha teoría se basa en la tesis que describe a los sentimientos como un producto físico. Sus creadores; William James y Carl Lange, ambos psicólogos, llegaron a puntos de vista tan parecidos, que podemos considerar sus contribuciones de forma conjunta.

Tanto James como Lange disputaron a favor de la siguiente secuencia de la emoción, es decir, la base de las emociones deriva de nuestra percepción de las sensaciones fisiológicas, como los cambios del ritmo cardíaco y la tensión arterial y las contracciones de los músculos viscerales y del esqueleto.

Así pues, la teoría de James – Lange nos describe que la emoción tiene lugar cuando el individuo interpreta sus respuestas corporales: “Debo tener miedo porque estoy corriendo y mi corazón late deprisa”. (Papalia, 2005)

3.3.2 Teoría de Cannon – Bard (Los sentimientos son un producto cognitivo)

En 1927 Walter Cannon argumentó en contra de la posición de James – Lange, argumentación que fue ampliada por Philip Bard (1938). Mediante la investigación de laboratorio, mostraron que las reacciones fisiológicas que acompañan a diferentes emociones son las mismas en una emoción u otra.

En otras palabras, cuando una persona está nerviosa, enfadada o tiene miedo o está enamorada, aumenta el ritmo cardiaco, la velocidad de la respiración y los músculos se tensan. Así, si dependiéramos únicamente de nuestras respuestas fisiológicas, no seríamos capaces de distinguir una emoción de otra.

Afirmaron, además, que el individuo normalmente no es consciente de los cambios internos como las contracciones de los órganos viscerales.

Concluyendo, propusieron que la experiencia emocional y la activación fisiológica ocurren al mismo tiempo, no una detrás de la otra.

Dichos autores también abordaron mediante sus estudios de laboratorio las bases neurológicas que se ven implicadas en el sentir de una emoción, así pues describieron que los impulsos nerviosos llevan la información del exterior hacia dos lugares importantes del cerebro: la corteza, el área donde tienen lugar los procesos más sofisticados del pensamiento determina las situaciones de amenaza y así construye una barrera de seguridad propia, y al darse cuenta de esto, se produce el miedo. (López, 1996)

Al mismo tiempo, el tálamo produce diversos cambios fisiológicos inespecíficos de una emoción determinada, es decir, que se producen como la respuesta cualquier emoción.

Esta teoría integro la investigación sobre el papel del tálamo en la emoción. Su mayor defecto residía en su incapacidad para reconocer la complejidad de las experiencias emocionales y el modo en que éstas pueden ser influidas por la forma como interprete el individuo el feedback fisiológico.

3.3.3 Teoría de Schachter – Singer (las emociones dependen de una doble apreciación cognitiva: como evaluamos el suceso y como identificamos lo que está pasando en nuestro cuerpo).

Ahora bien, la opinión de que la emoción supone una actividad puramente cognitiva llegó a ser la explicación comúnmente aceptada hasta los años 60, cuando los innovadores psicólogos Stanley Schachter y Jerome Singer cuestionaron que las respuestas fisiológicas no tuvieran ninguna importancia.

Schachter y Singer dirigieron unos experimentos del mayor interés.

Administraron a un grupo de individuos epinefrina, una hormona producida por la corteza de las glándulas suprarrenales y que produce una activación autonómica, aumento

del ritmo cardiaco y de la tensión arterial. Luego los colocaron en situaciones que les inducían a sentirse contentos o tristes. Mientras tanto, habían dicho a la mitad de los individuos en cada una de las situaciones que la inyección de tal sustancia causaría determinados efectos fisiológicos; la otra mitad no fueron informados de tales efectos.

En general, los resultados del experimento confirmaron las hipótesis de los investigadores.

Los individuos que habían sido informados de los posibles efectos de la inyección no indicaron estar particularmente contentos o enfadados y se comportaron en consecuencia.

Por lo visto, atribuían su activación fisiológica a los efectos de la sustancia, mientras que los individuos que no sabían nada sobre los efectos de ésta, notaron su activación, intentaron encontrar una explicación y concluyeron que debería estar causada por una emoción. Al buscar una emoción disponible, encontraron la explicación a la mano y ajustaron su emoción a la situación en cuestión.

Aunque investigaciones posteriores no han apoyado por completo la teoría de Schachter y Singer, sí ha confirmado algunos aspectos. Por ejemplo, parece seguro que el incremento de la activación (que puede producir la inyección de una sustancia como la epinefrina, el ejercicio físico o hallarse en una situación que produce temor) puede intensificar una emoción que ya existe. (Eisenstein, 1983).

Se ha encontrado considerable apoyo a las conclusiones de Schachter y Singer sobre el aumento de las reacciones emocionales cuando se experimentan aumentos en la activación que no se pueden atribuir a ninguna otra fuente.

En cambio, la investigación posterior no ha apoyado su conclusión de que una reducción de la intensidad emocional. (Reisenzein, 1983).

En otras palabras, la activación puede aumentar la intensidad de la emoción, pero no la causa necesariamente.

3.3.4 Teoría del Feedback facial (nuestras expresiones faciales nos conducen a la emoción)

Recientes descubrimientos sobre los efectos de nuestras expresiones faciales muestran una clara relación con las teorías que enunció William James.

En una investigación sobre la emoción, realizada en dos fases, se utilizaron actores profesionales. (Ekman, 1983).

En la primera, se pidió a los actores que pensasen en una experiencia emocional de sus propias vidas que reflejara cada una de las 6 emociones que se iban a investigar: sorpresa, repugnancia, tristeza, ira, miedo y alegría. En la segunda, el investigador principal entrenó a cada actor, con la ayuda de un espejo, a representar una expresión determinada.

No les pidió que sintiesen de una manera determinada, sólo que contrajesen determinados músculos faciales, con lo cual representaban sonrisas, malas caras y otras expresiones comunes a los 6 estados emocionales.

En ambas fases fueron grabadas las respuestas del sistema nervioso autónomo: tasa cardíaca, temperatura de la mano izquierda y derecha, resistencia eléctrica de la piel y tensión muscular en el antebrazo. (Papalia, 2005)

Aparecieron en este estudio dos conjuntos de significativos descubrimientos. Primero, se encontró que las respuestas fisiológicas eran diferentes según la emoción que estudiaban.

Los corazones, por ejemplo, latir más rápidamente en situaciones de ira y miedo que en las de felicidad, las manos estaban más frías en la ira y el miedo, y se comprobaron otras diferencias físicas.

Parece ser verdad, por tanto, que diferentes emociones provocan diferentes respuestas, por lo menos hasta cierto punto. Esto indica también que la teoría de James – Lange, descrita anteriormente, parece tener cierta validez: recibimos feedback de nuestros cuerpos y a menudo recibimos diferentes tipos de feedback ante distintas emociones.

El otro descubrimiento interesante fue que cuando los individuos se limitaban a mover sus músculos faciales, generaban señales fisiológicas de emoción más pronunciadas que cuando pensaban en experiencias emocionales. (Papalia, 2005).

Casi todos hemos aceptado la idea de que la química de nuestro organismo influye en nuestra manera de sentir, pensar y actuar. Esta es la razón fundamental por la que se toman drogas psicoactivas que imitan la acción de los neurotransmisores naturales.

Sin embargo, recientemente hemos descubierto que el modo de sentir, pensar y actuar afecta a las sustancias químicas que secreta el organismo. (McGuire, 1983).

Por otra parte, la tesis más fuerte de Solomon es que las emociones son juicios normativos y frecuentemente morales. En otras palabras, tener una emoción es realizar un juicio normativo acerca de la situación presente, pero el objeto de una emoción no puede ser simplemente un hecho: el objeto emocional únicamente puede ser caracterizado de modo completo como objeto de mi ira.

Esto quiere decir que un evento o la mera percepción de un evento no es suficiente para producir una emoción: ésta involucra necesariamente una evaluación personal de la significación del incidente y por lo tanto cada individuo es responsable de sus propias emociones, es decir, cada uno de nosotros siente lo que quiere sentir sin ser obligados por terceros. (Solomon, 2003).

Es en este último sentido que debe entenderse su defensa de la elegibilidad de las emociones: las emociones son juicios, juicios que hacemos. Eso no quiere decir que simplemente podamos optar por juzgar una situación como ventajosa (o peligrosa), es decir, no significa que podamos elegir en sentido fuerte qué emoción tendremos en cada momento. Por el contrario, significa que juzgar es algo que hacemos activamente, no algo que padecemos.

Pero, si las emociones son juicios ¿tiene sentido conservar la distinción entre emociones y juicios? ¿Debe abandonarse la distinción intuitiva, proveniente del sentido común, entre juicios y emociones, que nos lleva a pensar que pertenecen a ámbitos distintos, como si nombraran realidades mentales diversas?

Anticipando esta posible objeción, Solomon traza una distinción en el seno de los juicios, mostrando que las emociones conformarían un subtipo dentro de los juicios: las emociones deben ser equiparadas a juicios, pero deben ser distinguidas de los “juicios fríos” [“cool” judgments] y la acción normal, racional y deliberada,

En tanto las respuestas emocionales son producidas con urgencia o rapidez, pero principalmente en tanto carecen de “frialidad”.

Según esta idea, las emociones son respuestas apremiantes a situaciones inesperadas, para las cuales uno no se encuentra preparado, es decir, para las cuales uno no dispone de patrones habituales de conducta. Una vez más, aquello a lo que le cabe el mote de irracional, es a la situación, no a la emoción.

Por último, cabe destacar que su concepción de las emociones como juicios no debe ser confundida con otras propuestas, también de índole cognitivas, que parecen articular la noción de emoción a partir del concepto de creencia.

Es decir, aunque su afirmación “las emociones son juicios” pueda parecer meramente un slogan, la elección de sus términos no es casual. Según sus propias palabras ‘las creencias parecen ser demasiado articuladas para la reacción no reflexiva que caracteriza a la mayoría de las emociones’. (Solomon, 2003).

Puesto que “el juicio parece tener el alcance y flexibilidad para aplicarse a cualquier cosa desde la emoción animal e infantil hasta las emociones humanas más complejas y sofisticadas como los celos o la indignación moral”. (Solomon, 2003)

Ahora bien, entrados ya en el s. XX las teorías del sentir dejaron de estar en boga y empezaron a formularse teorías de corte cognitivista, en las que se intentaba definir las emociones no a partir del modo en que son sentidas, sino a partir de los aspectos de pensamiento implicados en ellas.

Las teorías del sentir entraron en el contexto de la filosofía analítica en una fase de decadencia que duró hasta finales de los años 90, para después empezar a ser tomadas de nuevo en consideración como reacción en contra aquellas formas extremas de cognitivismo que dejaban de lado los aspectos corporales.

Sin embargo, los autores contemporáneos que defienden teorías del sentir también hacen hincapié en los aspectos cognitivos de las emociones, sacando partido a aquellos aspectos de lo emocional que el cognitivismo acertadamente ha puesto de relieve.

3.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INESTABILIDAD EMOCIONAL

Ahora bien, dentro de los factores que contribuyen a lograr una estabilidad o inestabilidad emocional podemos mencionar como los más destacables; el círculo familiar de desarrollo personal, historia de vida, el desarrollo de la salud y la enfermedad y el conocimiento de sí mismo.

Como lo menciona (Brennan, 1993) el conocimiento y comprensión de nosotros mismos es indispensable para curar algún malestar, dolor o enfermedad que se haga presente en nuestra vida.

Así pues, durante el embarazo existen cambios emocionales que en ocasiones las gestantes no logran estabilizar; provocando inestabilidad emocional. Ante estos cambios ellas tienen que conocer su cuerpo, los cambios físicos que el embarazo trae consigo y aceptarlos; de tal manera lograrán aprender que su cuerpo es portador de un nuevo ser y será más fácil controlar sus emociones y aceptarse con los cambios no solamente físicos, también psicológicos logrando una mayor estabilidad emocional.

Es por ello que, para llegar a la estabilidad emocional es indispensable comprender las causas de lo que nos aqueja e inestabiliza, en este caso, durante el periodo de embarazo.

Sin embargo, y no menos importante, cuando el autoconocimiento es rígido e inflexible, tiene como consecuencia el no permitir un flujo saludable de información desde los demás niveles del campo y queda aislado teniendo como consecuencia la creación de pensamientos fantasiosos y definiciones encasilladas de la vida. López (1996)

Por ejemplo: que en el embarazo te ves gorda y tu pareja puede buscar a alguien más porque ya no le gustas.

Ahora bien, es necesario definir el concepto de “fantasía” ya que el embarazo es una etapa que por influencia social está lleno de mitos, estereotipos y también fantasías e ilusiones.

Se entiende por fantasía todo aquel conjunto de ideas, situaciones, representaciones y fenómenos que forman parte de la imaginación de una persona y que no tienen correlato verídico en la realidad.

La fantasía siempre tiene que ver con la creación o generación de situaciones a nivel mental o imaginativo que no pueden darse en la vida real o que deben permanecer reprimidas por ciertas pautas morales o sociales. (Brennan, 1993)

Si en algún momento la fantasía llega a dominar a la conciencia todo se complica. Por ejemplo: si hay una madre profesionalista que en su mente inunda la idea que al momento que nazca su bebe ya no podrá ejercer la carrera se incluirán a esta fantasía sentimientos de frustración, miedo e incluso deseos de no ser madre, ocasionando inestabilidad emocional y no disfrutar su embarazo, volviendo a la futura madre una persona irracional.

Es importante que durante el embarazo se averigüe como y porque se vuelve irracional la futura madre para lograr estabilidad emocional.

La racionalidad es una capacidad humana que permite pensar, evaluar y actuar de acuerdo a ciertos principios de optimidad y consistencia, para satisfacer algún objetivo o finalidad

En el embarazo la racionalidad está sujeta a los principios de optimidad y consistencia y en el conocimiento de sí misma frente al proceso de gestación de ahí que lo demás factores solo pasaran a un plano secundario, pero no menos importantes.

Por su parte, la influencia de las relaciones personales son un factor de suma importancia en la estabilidad emocional. El embarazo supone una serie de cambios psíquicos, hormonales y corporales que se acompañan de un entorno social amplio para el desarrollo; empezando por su pareja, papas, hermanos, amigos e incluso vecinos. (López, 1996)

Tal es el caso, que las relaciones personales van de la mano con la inteligencia emocional.

Teniendo en cuenta que la inteligencia emocional está ligada con habilidades sociales y la empatía, no es de extrañar que sea de gran relevancia para el modo en cómo nos relacionamos.

Las personas que tienen una mayor inteligencia emocional son capaces de establecer relaciones más satisfactorias e íntimas con los demás. Además, al hacer una mayor gestión de sus emociones se muestran comprensivos y empáticos con las demás personas. En este caso nuestro deber al llevar a cabo este programa es incentivar la inteligencia emocional de la gestante. (Brennan, 1993).

Las relaciones positivas y saludables son interdependientes y han establecido claramente a base de sinceridad, apoyo y afecto entre amigos. En ellas hay espacio de sobra para la

libertad, la creatividad y la expresión personal, así como para un afecto y atención saludables hacia el otro. Esos contratos positivos favorecen el desarrollo de cada persona implicada.

Por otro lado, las relaciones codependientes se crean a través de contratos negativos e insanos que limitan, atrapan, utilizan, controlan e incluso intimidan a las personas que los suscriben. Bloquean la creatividad, la expresión y la libertad personales, e interfieren en el desarrollo natural de cada persona implicada. (Brennan, 1993)

3.5 INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EMBARAZO

Ahora bien y como ya lo hemos mencionado anteriormente, las emociones tienen una influencia somato-psíquica, es por ello que en este capítulo abordaremos la temática con relación al embarazo.

De acuerdo con (Brennan, 1993) La salud o la enfermedad no son sólo un asunto del otro que previene o cura, más allá de esta percepción tradicional es imperioso reenfocar la comprensión de la salud desde la experiencia humana y social, desde el sentido de ser los únicos dueños y responsables de ésta. Al final debe quedar claro que en todo desbalance o enfermedad existe un conflicto intrapersonal no concientizado y la necesidad urgente de armonizar el desequilibrio emocional.

Por otro lado, las energías fluyen y nos proporcionan un estado de armonía. Al reír, nuestra respiración aumenta y el corazón late más rápido, bombardeando más sangre rica en oxígeno a todo nuestro organismo. Como resultado, la actividad electroquímica del cerebro se incrementa y nos ponemos más alerta que de costumbre.

Durante el embarazo esto no es una excepción debido a que, entre más fluya la energía, el estado de armonía emocional aumentará evitando la inestabilidad emocional.

CAPITULO IV: ESTABILIDAD EMOCIONAL Y EMBARAZO

4.1 EMOCIONES EN EL EMBARAZO

En este capítulo conoceremos las principales emociones que se presentan en el embarazo, para ello, es necesario saber qué; las características propias de la personalidad de la mujer son la base que va a definir en gran medida la forma en la que va a enfrentarse a la transición a la maternidad y, por lo tanto, a los cambios que lleva consigo.

A hora bien, dentro de los rasgos de la personalidad, el grado de autoestima y de confianza en sí misma que se tenga son influyentes tanto de manera negativa como positiva. Así mismo el que se encuentre en la relación con su pareja.

Por su parte aquellas mujeres que ya son inestables emocional y psicológicamente van a sufrir mayores cambios. Es importante conocer la presencia de antecedentes psiquiátricos previos, bien sean antecedentes personales o familiares, ya que aumenta el riesgo de repetición o aparición de trastorno psiquiátrico durante esta etapa. (Morales, 2008)

Por último, los motivos o situaciones que hayan llevado a la madre a tener un hijo pueden ser el origen de conflictos mentales posteriores. El ejemplo más claro de esto se da cuando se trata de un embarazo no deseado, aunque buscar tener un hijo para unir a la pareja, satisfacer a otro hijo o afrontar un duelo son razones equivocadas, que del mismo modo pueden llevar consigo este tipo de problemática.

Por ello la terapia psicológica y el acompañamiento de un profesional es indispensable durante el embarazo.

4.1.1 Aspectos Sociales, Psicológicos y Emocionales durante la Gestación y el Puerperio

Ahora bien, de acuerdo a la información ya citada, haremos hincapié en los aspectos que son influyentes para la estabilidad emocional en la gestación.

- **Factores sociales**

Las perspectivas que enmarcan la predisposición con la que una mujer se va a enfrentar al proceso de la maternidad vienen definidas por la cultura, la sociedad y el momento histórico en el que se hayan educado.

En todas las culturas se ha adjudicado a la mujer el papel de principal responsable en los cuidados y las labores relacionadas con la asistencia de los hijos. Sin embargo, en la actualidad cada vez es mayor el número de mujeres que tienen un empleo. De este modo existen otras variables que, sumadas a lo anterior, son determinantes en el afrontamiento de la maternidad. (Alemany, 2005)

- **Factores psicosociales**

Algunos autores sostienen que el modo en que la madre viviera su infancia puede tomar parte en la gestación. La madre evoca recuerdos de su infancia, de tal forma que si la recuerda con gratitud puede imaginar con ilusión cómo será la infancia del bebé que espera.

Sin embargo, si ésta fue traumática, esa antigua angustia puede llevarla a interrumpir el embarazo o manifestar una angustia o depresión importantes. A su vez, podemos referirnos a la sensación subjetiva de falta de apoyo en el desarrollo de las actividades domésticas y el cuidado del hijo, y de apoyo emocional que la mujer puede necesitar (generalmente por parte de la pareja o de familiares cercanos), teniendo generalmente como principal referente a la madre. (Morales, 2008)

Otros muchos hechos que acontecen en la vida cotidiana de la mujer también pueden predisponerla a sufrir una alteración del estado de ánimo. Nos referimos a la pérdida de un ser querido, problemas económicos, influencia del embarazo en su situación laboral (pérdida del puesto de trabajo, no disponibilidad de baja maternal o de paternidad) o el simple hecho de que los hábitos de ocio se vean modificados.

Al inicio del embarazo la madre debe tomar ciertas decisiones respecto a su estilo de vida, relacionadas con hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de alcohol y cafeína o uso de drogas. Y cuando la madre es primeriza, sobre todo, va a ver modificado su rol social. Solo así podrá vivir en plenitud y estabilidad la maternidad en el embarazo.

- **Factores sociodemográficos**

Existen estudios que indican que determinados factores, como por ejemplo tener un hijo a edades muy tempranas o muy tardías, el estado civil, el tiempo de convivencia con la pareja actual, el grado de estudios que haya alcanzado, la situación laboral de ambos miembros de la pareja o el número de hijos (especialmente si son pequeños) se relacionan

con una mayor probabilidad de presentar alteraciones en el estado de ánimo. (Carrascón, 2006)

De igual manera afecta al momento del parto o bien, repercute en el bienestar fetal en función de si la respuesta del feto es adaptativa o desadaptativa.

Cabe resaltar que, el parto es una experiencia a la que se enfrentan las mujeres a veces con cierto temor, ya que se trata de un proceso doloroso y de inseguridad en el que pueden surgir complicaciones imprevisibles que afecten a la salud de la madre y/o del hijo. (Carro, 2000)

Por lo tanto, se hace importante reconocer el factor estresante que afecta a la madre y atenuarlo, no solo por su bien, sino también por el de su hijo, de esta manera sabremos cuales son los factores a tratar en nuestro programa psicoprofiláctico.

Ahora bien, una vez conocidos los factores que influyen a la estabilidad emocional en el embarazo, se describen cuáles son las principales emociones que acontecen en esta dicha etapa.

4.2 PRINCIPALES EMOCIONES

4.2.1 ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta emocional ante un estímulo o amenaza no identificados, que se caracteriza por la presencia de sentimientos de inquietud, excitación e inseguridad en grados variables. Se trata del síntoma psicológico más frecuente en la embarazada, y se encuentra muy relacionado con el grado de información que la madre posea. (Marc, 2011)

Por su parte, la prevalencia y la frecuencia de la ansiedad son mayores que las de la depresión en todas las etapas del embarazo. Alrededor del 54% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento de su embarazo, siendo más frecuente y más grave en el primer y el tercer trimestre. (Romero, 2012)

Es importante mencionar que la sintomatología ansiosa, no tratada en el período prenatal, predice síntomas de ansiedad en el postparto. Además, la ansiedad durante el embarazo, al igual que ocurre con el estrés, puede tener efectos adversos para el desarrollo del feto, ya que se les expone a niveles hormonales elevados (de cortisol), que contribuyen a la posibilidad de parto prematuro y aumentan el riesgo de bajo peso al nacer y problemas en el desarrollo neuroconductual en la infancia.

Por este motivo es importante prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los trastornos de ansiedad en el embarazo, que además se asocian con un mayor número de visitas al obstetra, relacionadas con el miedo al parto y a las contracciones, especialmente en las mujeres que más factores de riesgo reúnan, como lo son las madres que carecen de apoyo social o no tienen pareja.

4.2.2 TRISTEZA Y MELANCOLÍA

En el puerperio precoz o mediano (2-10 días después del parto) se produce una de las respuestas emocionales que más frecuentemente acontece sobre un alto porcentaje de púerperas. Recibe varios nombres, entre los que se encuentran tristeza postparto o melancolía de la maternidad, también conocido por su nombre en inglés Maternity Blues o Baby Blues.

Se diferencia de la depresión mayor en que su aparición es más temprana, es más leve y su sintomatología es transitoria. Se trata de un síndrome, que sufren entre el 20 y el 80% de las madres. Suele aparecer entre el segundo y el cuarto día después del parto, aunque puede comenzar hasta 10 días después, y desaparece de manera espontánea en un plazo de dos semanas, sin dejar secuelas. (Carro, 2000)

Se caracteriza principalmente por el llanto fácil, y también pueden aparecer irritabilidad, insomnio, labilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito, sentimiento de minusvalía, preocupación excesiva por sus otros hijos y respuestas elevadas a los estímulos, que alcanza su máxima intensidad aproximadamente a los 3-5 días después del parto.

Por último, se podría decir que el único tratamiento que precisa este proceso es el apoyo emocional y la tranquilización de la paciente.

4.2.3 DEPRESIÓN

Este trastorno mental puede presentarse antes y después del parto y, aunque la forma más conocida en la maternidad es la llamada depresión postparto, se describe que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad.

Este porcentaje se reduce al 10% si nos ceñimos a la depresión propiamente dicha. Se debe tener en cuenta que algunos síntomas que pueden ser propios del estado de gravidez, como la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, a su vez son síntomas propios de la depresión. (Jadresic, 2010)

Por otro lado, cuando las embarazadas padecen además patologías asociadas a la gestación como anemia, diabetes gestacional o disfunción tiroidea, a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por ello es aconsejable explorar sistemáticamente los síntomas de depresión durante la gestación.

Esto es importante, ya que una depresión no identificada durante el embarazo, puede derivar en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas, el abuso de tabaco, alcohol y drogas o incluso el suicidio, que a su vez se pueden traducir en complicaciones obstétricas en el mejor de los casos.

El DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, 5ª edición) introduce el concepto de “trastorno depresivo de inicio en el periparto”, denominando colectivamente a los episodios depresivos mayores que comienzan durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento de un hijo. Opta por esta denominación basándose en que el 50% de los episodios de depresión mayor “postparto” comienzan realmente antes del parto. DSM-V (2019)

En el caso de los hijos, la experiencia de la depresión materna se ha relacionado con el desarrollo de problemas cognitivos, de comportamiento, interpersonales y emocionales durante toda su vida, así como con trastornos de déficit de atención e hiperactividad en la infancia temprana.

Por otro lado, aunque no menos importante, también se va a ver afectada la relación de la madre con su hijo, influyendo de manera negativa sobre el vínculo que se crea entre ambos, pudiendo llegar a producir una falta de sentimiento por parte de la madre, irritabilidad, hostilidad e incluso impulsos agresivos y de rechazo.

En la siguiente tabla se muestra la sintomatología propia de la depresión mayor en el postparto.

Síntomas de depresión mayor en el postparto
Pereza
Fatiga
Tristeza
Falta de concentración
Confusión
Alteración del sueño y del apetito
Pérdida de memoria
Sentimiento de culpa
Perdida de la libido
Miedo a autolesionarse o dañar al niño
Irritabilidad hacia el marido o los otros hijos
Síntomas ansiosos
Miedo

Diseño propio, González 2021,

4.2.4 PSICOSIS PUERPERAL

La psicosis puerperal es una complicación aguda y grave que se presenta en 1-2 mujeres por cada 1.000 nacimientos. Su aparición es de inicio brusco y suele tener lugar entre el tercero y el noveno día después del parto. Su sintomatología no se diferencia clínicamente de otras psicosis, salvo por la temática de las alucinaciones, que implican al niño.

La principal sintomatología incluye irritabilidad, ansiedad, confusión, labilidad emocional, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y actividad alucinatoria y/o delirante en la fase aguda. Es por tanto una urgencia psiquiátrica, ya que la madre puede ser capaz de llegar a autolesionarse o lesionar a su hijo. (Medina, 2015).

Como hemos visto hasta ahora, el embarazo, junto con los riesgos y tratamientos que a él se relacionan, puede ser el desencadenante de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves como pueden serlo; depresión mayor, bipolaridad, patología maniática, trastornos de alimentación, trastornos esquizofrénicos, entre otros.

4.2.5 PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA MATERNA

La percepción de la eficacia materna se refiere a la creencia que tiene la madre sobre su habilidad para desempeñar su rol materno. Se define como el juicio que ella formula sobre su propia competencia y eficiencia para enfrentar las demandas y necesidades del niño.

La relación entre la percepción de eficacia que tenga la madre sobre sí misma y el desempeño que vaya a realizar en el cuidado de su hijo es bidireccional, es decir, si la madre tiene la sensación de que es eficaz en su rol de madre, esto le va a llevar a mayores logros y va a persistir. (Navarro, 2015)

Si, por el contrario, la madre no tiene una buena percepción de sí misma como madre, va a rendirse antes de tiempo y va a mantener la valoración que tiene sobre sí misma. Contar con apoyo social, tener una alta autoestima, la escolaridad, vivir en pareja o tener mayor madurez pueden ser factores que afecten de manera positiva al desarrollo de la percepción de la eficacia que haga la madre sobre sí misma.

4.2.6 ALEGRÍA

Actualmente existe la evidencia de que hay determinados estados emocionales que están ligados a la liberación de cortisol y catecolaminas, como la adrenalina y la noradrenalina. Las catecolaminas están más ligadas a las situaciones de emergencia, mientras que el cortisol es una hormona de actuación lenta y se asocia más directamente a los estados emocionales crónicos y a los rasgos de personalidad. (Odent, 2012)

Niveles altos de cortisol se asocian, como hemos dicho anteriormente, a estados de ansiedad, depresión, estrés y otros trastornos psicológicos en el embarazo. Es decir, podríamos entender que sea cual sea el aspecto de infelicidad que se considere, el nivel de cortisol es alto.

La presencia de esta hormona interfiere de manera negativa en el embarazo, ya que es un inhibidor del crecimiento fetal, más en concreto del desarrollo cerebral. Apenas existen estudios que evidencien los efectos beneficiosos de la alegría a nivel científico, pero, si se entiende la alegría como lo opuesto a la ansiedad, depresión o estrés, no estaría muy alejado de la realidad un razonamiento que nos lleve a pensar que esta está asociada a niveles bajos de cortisol y, por lo tanto, actúa al menos como factor protector del feto frente a dichas hormonas. (Odent, 2012).

4.3 SALUD MENTAL Y EMBARAZO

En el área de la salud mental se ha dedicado, en los últimos años, especial atención a la salud mental de las mujeres, según la observación de que la mujer es propensa a sufrir ciertos trastornos con mayor frecuencia que los hombres, como la depresión y la ansiedad.

La Organización Mundial de la Salud, de igual manera, ha mostrado la relación entre salud mental y salud reproductiva. En un reporte elaborado por este organismo, se hace hincapié en las consecuencias que tienen los problemas de la salud mental sobre la salud reproductiva, tales como falta de decisión por parte de las mujeres en situaciones reproductivas, embarazos sin atención, abortos inseguros, enfermedades de transmisión sexual y complicaciones perinatales, entre otras.

Por otro lado, se ha observado que la vulnerabilidad de las mujeres a presentar ciertos trastornos mentales se puede incrementar en periodos específicos de su vida reproductiva, como serían: la adolescencia, el embarazo, el postparto y la perimenopausia.

Cuando la enfermedad mental se encuentra en el contexto del embarazo o durante el postparto, se tiene una afección, tanto en la madre como en el producto.

Ligado a lo ya citado en capítulos anteriores cabe mencionar que, existen estudios que refieren que la influencia de varios rasgos de la personalidad influye en la salud mental de la mujer y en la relación madre-hijo tanto antes como después del nacimiento. (Marks, et al., 2003).

Así mismo confirman que, a través de los indicadores de conducta, el estado psicológico de la mujer y el proceso de identificación de la madre con el niño durante la vida intrauterina, se pueden realizar predicciones sobre las futuras interacciones sobre la madre y el hijo, y además el proceso de adaptación/aceptación de la madre del embarazo.

Así pues, en base a este estudio podemos concluir que la mujer gestante puede desarrollar conductas promotoras de salud o inhibidoras de la misma. Entre las primeras se encuentran la fuerza del yo (madurez, sensibilidad emocional), la capacidad del cuidado (responsabilidad, adaptación marital), la tolerancia al estrés, la eficacia para resolver conflictos y el optimismo.

Es decir, todas ellas tienen un papel importante en el proceso de adaptación de la mujer a situaciones estresantes, permiten desarrollar un afrontamiento hacia estas situaciones. (Thomas, 1992).

Por su parte, el otro tipo de personalidad sería la inhibidora de conductas promotoras de salud como la impulsividad, el psicoticismo, ira-hostilidad y el neuroticismo. Las gestantes que presentan este patrón de la personalidad son más propensas a tener actitudes negativas y una mayor vulnerabilidad en el embarazo influyendo en su salud psíquica.

Además, el ánimo depresivo puede influir en la no aceptación del embarazo. Esta reacción puede venir precedida por manifestaciones somáticas del embarazo (vómitos, mareos, náuseas, cansancio etc.) propias del estado gestacional.

Existen también otros factores y variables que influyen en salud psíquica de la mujer en la edad gestacional, entre los que destacamos:

- **Si el embarazo es deseado** o no. Los embarazos no deseados producen una reacción de sorpresa que va ligada a la incertidumbre y que puede dar lugar al desarrollo de emociones negativas (ansiedad, miedo, ira, hostilidad, negación etc.).
- **El parto prematuro.** Este puede desencadenar problemas en la relación afectiva, un impacto psicológico en la pareja y en la familia e índices elevados de ansiedad en la madre.

Ahora bien; la situación de tener a su hijo hospitalizado produce un estrés debido al miedo de poder perderle, los cuidados pertinentes que necesitará, la separación del niño de los padres etc.

- **La satisfacción conyugal y relación de pareja** es un factor importante en el proceso de la gestación. Cuando no existe una relación de pareja armoniosa por falta de comunicación, maltrato, tensiones laborales o económicas puede ser el origen de estrés. Es decir, si el apoyo conyugal es deficiente o inadecuado producirá un aumento de la sintomatología depresiva en la mujer. De ahí que a mayor índice de depresión, menos índice de satisfacción conyugal. (Fernández, 2007).

Según (Thomas, 1992), al contrario, una buena relación de pareja ocasiona el efecto inverso, ya que reduce el nivel de ansiedad de la mujer durante el embarazo y en el momento del parto.

Indicando ahora que, un buen apoyo emocional por parte de la pareja constituye una importante fuente de seguridad emocional para la mujer y el futuro hijo.

- **La edad de la mujer gestante** también supone un factor importante en la salud mental de la mujer. En los periodos de climaterio y adolescencia existe una mayor vulnerabilidad psicológica. Es decir, a menor edad de la mujer gestante menor es la probabilidad de que esta desarrolle habilidades para solucionar las complicaciones y situaciones normales del proceso del embarazo.

Un estudio realizado por (Fernández, 2007), revela que las mujeres con edad menor de 25 años, existe un mayor índice de depresión, ansiedad, estrés e insatisfacción marital.

Sin embargo, en las mujeres entre 26-30 años presentaban un adecuado estado de bienestar y no se sentían afectadas por sentimientos de fatiga, estrés etc. Por otro lado, una edad superior a 35 años, siendo primeriza, es un factor de riesgo en el embarazo y en la salud mental de la mujer. (López, 2006)

Las llamadas ‘primíparas añosas’ son más vulnerables a padecer abortos y complicaciones con el feto, así como mayor ansiedad y depresión pre y posparto.

- **Las complicaciones** en el embarazo crean preocupación y estrés en la madre. Por ejemplo, una amenaza de aborto, el conocimiento de que el feto tiene una malformación o una enfermedad, aborto espontáneo crean una ansiedad que puede derivar en un trastorno psíquico en la mujer durante esta etapa.
- **El consumo de sustancias en el embarazo.** Sustancias como el tabaco, el alcohol, la cocaína, la marihuana, opiáceos o medicamentos producen efectos nocivos en el feto y la madre. Como bajo peso al nacer, hipoglucemias en el recién nacido, síndrome de abstinencia etc.
- **Un trastorno mental** previo acentúa un desequilibrio psíquico en la mujer embarazada y durante el puerperio. Por ejemplo, un duelo no resuelto de un anterior aborto o muerte de un hijo, un trastorno depresivo o bipolar, una psicosis con negación del embarazo, un trastorno de ansiedad, de alimentación o de la personalidad, aumentan la inestabilidad mental en la mujer.

Todos estos problemas psicosociales influirán en la salud mental de la mujer en la edad gestacional y debemos tenerlos en cuenta a la hora de intervenir como profesionales sanitarios.

4.4 EDUCACIÓN PERINATAL

Dentro de este orden de ideas, la propuesta del programa, se considera en este apartado; la importancia de la educación perinatal, basado en un programa ya aplicado en Quintana Roo, México.

El Método EPSAI: experiencia de la educación perinatal en Quintana Roo en 2011 surge en Chetumal un centro especializado en la preparación de los nuevos padres para el nacimiento de sus hijos en el cual se diseñó un método basado en la filosofía LAMAZE cuyo objetivo es brindar a las mujeres y a sus parejas una preparación teórico práctica, física y psicológica que les permita tener información adecuada para el recibimiento y cuidado de sus bebés. (Fernández, 2013)

Las mujeres pueden comenzar a asistir regularmente a partir de cualquier momento del embarazo, pero la mayoría lo hace hasta el quinto mes. Toda mujer gestante que acude al curso puede solicitar que una instructora la acompañe durante el trabajo de parto.

Este método consiste en desarrollar el curso de preparación para el parto basado en la filosofía LAMAZE, ofrece opciones alternativas para el parto (parto en agua) para los hospitales, el personal de salud y la sociedad: asistencia adecuada de consultas prenatales, atención oportuna de posibles complicaciones del embarazo y nacimiento, reducción en el tiempo de labor de parto, reducción en el empleo de medicamentos, anestesia, oxitocina, menor índice de cesáreas disminuyendo así costos de atención, lactancia materna como factor preventivo de enfermedades infantiles o desnutrición, menor costo para las instituciones de salud en compra y repartición de leche de fórmula y la reducción de costos por atención de enfermedades respiratorias, diarrea u obesidad en recién nacidos y niños menores de 5 años. (Fernández, 2013)

El método EPSAI (Educación Perinatal y Servicios de Apoyo Integral) consta de cursos divididos en cinco módulos:

1. Embarazo
2. Parto
3. Posparto
4. Yoga Prenatal
5. Estimulación temprana.

En los primeros tres módulos se informa a los padres la toma de decisiones para tener un parto humanizado y reducir las intervenciones médicas que obstaculizan el buen desarrollo del trabajo de parto y tratar de reducir la cesárea.

En un año de aplicación del método EPSAI, los resultados son variados y no permiten conclusiones finales, sin embargo, si sirven como un punto de arranque para generar indicadores que nos muestren en el futuro el avance en cuanto a la influencia de la educación perinatal en las prácticas médicas hacia un nacimiento más respetuoso y humanizado, tanto para la mamá como para su bebe.

De acuerdo con el Departamento Generalo de Salud de Catalunya. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut) en 2012, 19 parejas tomaron los cursos de los módulos uno, dos, tres y cuatro. Un 74% de los nacimientos de las mujeres que tomaron los cursos fue por cesárea y la causa más común para realizar esta operación fue la dilatación estacionaria. En 71% de los casos de cesárea se permitió el inicio de trabajo de parto y solo un 29% fueron cesáreas programadas.

En el nacimiento por parto vaginal (26%) 60% fueron partos en los que se practicó alguna intervención como aplicación de oxitocina. La mayoría de las mamás que tomaron los cursos (52%) se atendieron en el sector privado, 47% en seguridad social. Sólo cuatro de las 19 mamás tuvieron una acompañante de parto profesional de las cuales, 50% tuvo un parto normal, todas atendidas en sector privado. (Pérez, 2006).

Indicando que, todas las mamás que tomaron los cursos iniciaron la lactancia inmediata al nacimiento. Esta información es un acercamiento las diversas formas y beneficios que existen para dar el nacimiento.

Sin embargo, la Educación Maternal (EM), Psicoprofilaxis obstétrica (PO) o Preparación al parto es el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, personas y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se perciba de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional (Morilla et al. 2009).

Es una actividad que se propone, desde los Servicios de Salud para que las parejas puedan recuperar su espacio y aprender del grupo (Santandreu et al., 2001).

En lo esencial, el embarazo es una de las crisis de maduración en la vida y asistir a los cursos de EM le permitirá a la mujer lograr un adiestramiento en su transición a la maternidad, cuidados y comunicación con el bebé, así como el control de sus impulsos y emociones (Pérez, 2006).

(Rufo y Fernández, 1987), hacen hincapié en que la EM no sólo se realiza en el ámbito sanitario sino también se ejerce por la sociedad en la que la gestante vive, su comunidad y las personas que la rodean son fuente de conocimiento e información en esta etapa de su vida en la que se encuentra muy receptiva a incorporar conocimientos nuevos que resuelvan sus dudas.

Si bien es cierto; para determinado grupo de mujeres, las costumbres y hábitos de sus familias y entorno, sigue siendo el referente y guía de actuación, en su periodo maternal. Como paradigma está la etnia gitana que en el centro de salud en el que se lleva a cabo el estudio es un colectivo importante y que en escasas ocasiones asisten a las clases grupales de EM.

Cabe resaltar que, tan sólo acuden cuando son derivadas por su médico de atención primaria a la primera visita, y cuando se les explica que esta consulta es para la Por qué acuden y cómo influye la Educación Maternal en un grupo de mujeres 24 captación de los grupos de EM, pierden todo su interés y no suelen volver cuando son convocadas para iniciar el curso. Sólo se citan en la consulta por problemas de salud. (Pérez, 2006).

En otras palabras, los cuidados maternos son tan antiguos como la historia de la humanidad y tradicionalmente se han originado y desarrollado en el ámbito doméstico y familiar. Cada comunidad desarrolló unas prácticas basadas en sus creencias y valores que transmitían de generación en generación (Oliver, 1998).

Es por ello que, las mujeres alcanzaban los conocimientos y la madurez, respecto a la maternidad, a través de los modelos referenciales de las mujeres que les precedieron. Las

niñas veían y vivían los nacimientos en donde la crianza y el cuidado se compartía entre los miembros de la familia. (Santandreu et al., 2001).

Da allí que para, los cambios socioeconómicos y culturales, que se produjeron en las décadas de los 60 y 70 en España, dieron lugar al parto hospitalario, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la disminución de la natalidad y la transformación de las unidades familiares en familias nucleares ha provocado un cambio en los estilos de vida en la mujer actual que poco tiene que ver con el de las mujeres de generaciones anteriores, por eso el sistema sanitario comienza a ofertar los cursos de EM. (Oliver, 1998)

Así en la década de los años 80, el Sistema Sanitario Español inició el programa de salud Materno-Infantil en el marco de la Atención Primaria de Salud; y dentro de las actividades destinadas a proporcionar recursos y estrategias a la mujer embarazada y su pareja, que en esta nueva sociedad se sienten más solas y desorientadas ante el nuevo modelo social en construcción, se encuentra la EM.

En este sentido se comprende que, los métodos de EM fueron introducidos en España por la matrona Consuelo Ruiz y Álvaro Aguirre de Cárcer en la década de los años 70, del pasado siglo, cuando la EM se entendía fundamentalmente como preparación al parto y lo que se pretendía era la manera de afrontar el dolor del parto. (Linares et al, 2002).

4.5 CONTROL PRENATAL

No menos importante y ligado a la educación perinatal, por lo que ahora toca escribir sobre la importancia de un control prenatal en sus diferentes aspectos y con esto daremos pauta al inicio de nuestro programa.

Debe señalarse, que se entiende por Control Prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

De esta manera; los planificadores y organizadores de la salud deben considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. No es obvio mencionar que el control prenatal provee una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico presentes reciban asesoría y cuidados para controlarlos.

El control prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Detectar enfermedades maternas subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y síquicamente para el nacimiento.

El control prenatal debe ser:

- **Precoz:** Debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además, permite la detección temprana de embarazos de riesgo.
- **Periódico:** La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.
- **Completo:** Los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.

Amplia cobertura: En la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbilidad perinatal. (Goberna, 2002)

Por otra parte, se entiende a este control prenatal como uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, no desde el punto de vista de una atención primaria sino desde el punto de vista de una atención médica primordial, tratando de poner allí a recursos humanos formados y motivados para esta atención fundamental.

Además, los lugares donde se efectuó esta atención deben contar con sus estadísticas y la de los Hospitales de referencia para conocer la real importancia de su labor y el impacto beneficioso que su tarea pueda llegar a ejercer sobre la comunidad en que actúan.

En efecto, la cobertura y la calidad de la atención prenatal están relacionadas directamente con la mortalidad materna. La mayor parte de las muertes perinatales también tiene relación con las enfermedades subyacentes de la madre y los problemas del embarazo, el

parto y el puerperio, por lo que una atención prenatal completa y adecuada resulta sumamente importante para prevenir el deceso de los menores.

Así es como se imposibilita desarrollar acciones efectivas de atención sin la presencia de personal capacitado en todos los niveles de atención, especialmente en donde no hay suficiente información disponible, como sucede en las regiones rurales del país.

Por consiguiente, el enfoque de riesgo es un instrumento para identificar los problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención y cobertura, y a partir de ello crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como en la disminución de la mortalidad perinatal (semana 28 del embarazo hasta los primeros siete días de vida).

Cabe considerar que, la mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad.

Debe señalarse que; a pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia "dura" ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y, por lo tanto, la asignación óptima de recursos.

En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres

Así como pobre difusión y manejo de los programas para poblaciones específicas. En realidad, la cobertura de la atención prenatal tiene sentido sólo cuando ésta es efectiva. La falta de atención prenatal se asocia con tasas elevadas de bajo peso al nacer y de mortalidad perinatal, como lo mostraron Laurenti y Buchalla en Brasil y México. (2009)

Al mismo tiempo, por lo general el estudio del efecto de la atención prenatal presenta menos complicaciones cuando se lleva a cabo en "usuarias" de los servicios de salud y no en la población total.

El control prenatal como parte de los servicios de salud de carácter obligatorio e imprescindible otorgado a toda mujer embarazada, es el pilar fundamental para determinar el pronóstico materno y fetal, y llevar a cabo las acciones pertinentes de

manera oportuna e inmediata para evitar la presencia de riesgos que pongan en peligro la integridad de la madre y el producto de la gestación.

Por citar lo establecido en la Guía de Práctica clínica del Control Prenatal con Enfoque de Riesgo “la atención a la salud materno infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas durante el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada”.

La importancia del control prenatal radica en que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal”.

La guía de práctica clínica del control prenatal indica que la primera consulta debe realizarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) y debe enfocarse a descartar y tratar padecimientos subyacentes y establecer un plan de atención en caso de parto o en caso de urgencias durante el embarazo.

En fase temprana del embarazo toda mujer debe recibir información acerca del número probable, tiempo y contenido de las citas prenatales.

Para mujeres primigestas con embarazo no complicado un esquema de 10 citas es adecuado. Una mujer con dos o más gestaciones previas con un embarazo no complicado, un esquema de 7 consultas es adecuado; mientras que en embarazadas de bajo riesgo de 4 a 6 consultas prenatales (EMI) deberán ser indicadas.

Dentro de las actividades que se indican en las consultas prenatales según la guía de práctica clínica son:

- **Primera cita:** Previa a las 12 semanas de gestación (SDG). Dar información y aclarar dudas, identificar mujeres con alto riesgo para eventos adversos durante el embarazo, solicitar exámenes de laboratorio (BHC, VDRL, EGO, grupo sanguíneo y factor Rh). Calcular fecha probable de parto por fecha de última regla (FUR) o en su caso por ecografía, medición de tensión arterial, índice de masa corporal (IMC).
- **16 semanas.** Interpretar resultados de laboratorio, dar suplementación de hierro, aclarar dudas.

- **18-20 semanas.** Realizar ultrasonido obstétrico para detectar anomalías estructurales. Medir y registrar presión arterial.
- **25 semanas** en primigestas. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Información y esclarecimiento de dudas.
- **28 semanas** en todas las mujeres embarazadas. Detección de anemia y células atípicas, detección de anemia y suplementación de hierro, ofrecer vacuna anti Rh negativo en caso necesario. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Información pertinente.
- **31 semanas.** Información oportuna y esclarecimiento de dudas. Identificar mujeres que requieran cuidados especiales.
- **34 semanas.** Ofrecer segunda dosis de vacuna anti rH en mujeres Rh negativo. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna y aclarar dudas. Valorar pacientes con anemia y otorgar tratamiento adecuado. En embarazos normo evolutivos informar fecha de parto, establecer medidas preventivas y detección de preeclampsia.
- **36 semanas.** Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Determinar posición fetal y en caso de duda realizar ultrasonido. Mujeres con presentación pélvica enviar a segundo nivel a Ginecología y Obstetricia. En caso de reporte anterior de placenta previa, realizar nuevo ultrasonido para confirmar. Información oportuna.
- **37 semanas.** Descartar presentación anormal del producto y evitar posmadurez mediante atención oportuna.
- **38 semanas.** Insistir en medidas de prevención de embarazo posmaduro. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna, verbal, aclarar dudas.
- **40 semanas o más.** Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna, verbal, aclarar dudas. Envío a urgencias de gineco-obstetricia para inducción.

Por su parte, los programas de control prenatal, tal como se aplican actualmente, están basados en los modelos desarrollados en Europa durante las primeras décadas del siglo pasado. Los estudios observacionales suelen demostrar que en las mujeres que reciben control prenatal, la mortalidad materna y perinatal es menor y los resultados del embarazo son mejores.

Resaltando que, estos estudios también permiten establecer una relación entre el número de consultas prenatales o la edad gestacional al inicio del control y los resultados del embarazo luego de controlar los factores de confusión, como la duración de la gestación.

Debido a este efecto sugerido de dosis-respuesta, los programas de control prenatal procuran aumentar la cantidad de controles que se realizan, sin tener en cuenta que, en general, las mujeres de bajo riesgo suelen realizar consultas de control prenatal más tempranamente durante los primeros meses de embarazo.

También se ha sugerido que quizás es posible brindar una atención más efectiva con menos consultas, pero "orientadas a un objetivo", especialmente centradas en los elementos del control prenatal científicamente comprobados como efectivos y con un impacto sobre los resultados. (Herranz, 2002)

Es muy probable que el modelo de consultas prenatales no represente un ahorro en los costos para los prestadores de salud; sin embargo, con este modelo, las mujeres podrían dedicar más tiempo y energía a otras actividades más útiles, y se dispondría de personal e instalaciones para otras actividades.

Por su parte el Ministerio de Sanidad y Consumo (1995) menciona que, existen diferencias muy grandes entre los países latinoamericanos en la cobertura de atención prenatal y sus tendencias en el tiempo. Sin embargo, existe una tendencia general hacia su aumento. No sólo se observa el incremento de cobertura por personal médico y servicios hospitalarios, sino que en diferentes países se capacita a las parteras empíricas como una estrategia que refuerza los esfuerzos institucionales, en particular en áreas rurales.

La importancia de la atención prenatal se ha fundamentado en estudios que reportan, entre las mujeres que las reciben, menor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, mortinatos y complicaciones durante el embarazo y el parto, así como menor probabilidad de muerte materna.

Por su parte, el aspecto cognoscitivo sobre la eficacia y el grado de beneficio que le ofrece la asistencia médica durante el embarazo se encuentra asociado al inicio temprano de, la atención prenatal. Las mujeres con actitudes negativas hacia la atención prenatal institucional tienen mayor probabilidad de utilizarlo en forma no satisfactoria.

Así bien, las actitudes hacia la atención prenatal pueden considerarse como producto y proceso de una elaboración social de lo real. Son el resultado de lo que la mujer ha aprendido de su experiencia directa en embarazos previos o de la observación de este hecho en otras mujeres, con las que interactúa o como un producto de las comunicaciones alrededor del él en donde hay descripciones, atributos, cualidades o defectos atribuidos al control prenatal. (Herranz, 2002)

Así, esto nos remite de nueva cuenta al papel que juegan las instituciones en estimular o desestimar a la mujer para la utilización de los servicios. Creando condiciones que transforman los servicios en ineficientes desde el punto de vista de las gestantes. Ante lo cual habría que identificar los factores que favorecen que ellas tengan pocas expectativas de lo que ofrece la atención prenatal.

En este sentido se hacen las siguientes propuestas: promover el inicio temprano de la atención prenatal y su continuidad, considerando para el pronóstico individual los hallazgos encontrados para impulsar el trabajo colectivo en salud en la población blanco ya que los factores asociados a un control prenatal no satisfactorio son susceptibles de ser modificables a través de procesos educativos. (Hernández, 2002)

Incrementar los estudios de salud, en particular los procesos de atención para identificar las condiciones que estimulan o inhiben la utilización de la atención prenatal, el conocer las debilidades con sistema, las posibilidades y las fortalezas, desarrollando un análisis que nos lleve a plantear nuevas estrategias de atención prenatal.

Continuar acercándonos a la comprensión de la utilización de la atención prenatal institucional desde el enfoque de las ciencias sociales, mediante herramientas cualitativas.

CAPITULO V: PROPUESTA – PROGRAMA “PSICOPROFILAXIS PARA LOGRAR ESTABILIDAD EMOCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS”

Para introducirnos en el programa, se retoma a Walker, dicho autor menciona que el parto puede ser vivido como una magnífica experiencia física y emocional o puede resultar trágica si la mujer se encierra en sí misma sin la capacidad de superar sus miedos, desatando su estrés y se dejando brotar el descontrol. Sin embargo, la preparación física y emocional no garantizará nada si el día del parto el equipo obstétrico limita la respuesta fisiológica de la mujer buscando acelerar el proceso.

El objetivo de la propuesta sobre un programa psicoprofiláctico; es lograr estabilidad emocional durante el embarazo, parto y puerperio a través de diferentes técnicas y ejercicios que varían de acuerdo a los cambios de cada etapa del embarazo. Este programa se va a desarrollar en dos sesiones de 40 a 60 minutos por mes de embarazo, el tiempo requerido tendrá que extenderse a sesiones en casa, repitiendo los ejercicios tres veces por semana para mayor eficacia bajo la supervisión y apoyo de la pareja o algún familiar.

El material que se utilizará, es obligatorio, sin embargo, es decisión del orientador incluirlo por cuenta de él o pedir a las participantes que cada una adquiera su material.

Debido a que existe la probabilidad que las mamás no sepan desde el primer mes sobre su embarazo, podrán incluirse a partir de que estén conscientes del mismo. Por ejemplo, si lo saben a partir del tercer mes o principios del segundo trimestre, en ese momento pueden iniciar el programa con las técnicas pertinentes plasmadas en esta propuesta.

Sin embargo, es de suma importancia tomar en cuenta la valoración inicial del médico especialista que está tratando a cada mamá para saber si requiere algún tipo de atención específica, y así seguir con sus valoraciones de cada mes.

Por su parte, si hay mujeres que se enteraron desde el primer mes, es importante que no abandonen el programa hasta la última sesión para lograr el objetivo principal y así traer consigo múltiples beneficios y de la misma manera, prestar atención a su valoración médica inicial y a las valoraciones de cada mes.

En el inicio del programa, se les recomienda a todas las participantes que inicien terapia psicológica de manera necesaria para mayor eficacia del programa, siendo así nuestra propuesta, un programa multidisciplinario.

De acuerdo con los argumentos científicos, se recomienda que se inicien los ejercicios físicos en el segundo trimestre, ya que es en el que desaparecen ciertos síntomas incómodos y en el que la mujer ya comienza a notar los cambios físicos, por ende, la inducción psicológica sobre su embarazo incrementa y empiezan a interesarse aún más sobre lo que está ocurriendo en su cuerpo. El primer trimestre lo dedicaremos a una integración grupal para mayor eficacia del programa.

Los grupos pueden ser de 2 a 6 personas, se requiere un espacio cómodo y suficiente para realizar ejercicios físicos, intelectuales o cognitivos y de relajación. De la misma manera quien oriente esta propuesta será un profesional capacitado en el área; médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos.

Es importante que, para hacer partícipe a alguna mamá, se tendrá que seleccionar a las mujeres de acuerdo al trimestre de gestación. Si existe probabilidad de alguna complicación en el embarazo o parto; es mejor cerciorarse con su médico especialista si puede o no realizar las actividades. Por su parte, si es un embarazo de alto riesgo, que presente probabilidad de desprendimiento de placenta, hipertensión arterial o alguna otra complicación, no deberá incluirse a la mamá en este programa.

No deberán excluirse a las mamás solteras en ninguna actividad, ya que los ejercicios y técnicas cuentan con la propuesta en pareja y de manera individual.

Por último, esta propuesta está diseñada con carácter profesional y argumentos científicos que la sustentan, de tal manera que, se tendrá que llevar a cabo con profesionalismo, ética y compromiso por parte de los integrantes, siempre haciendo consciencia y dar suma importancia al principio de empatía, respeto, comunicación, confianza y confidencialidad.

EJERCICIOS

PRIMER TRIMESTRE

Primer mes

Sesión 1: Presentación del grupo

Materiales: hojas blancas y plumones

Desarrollo: en parejas, una se presentará con la otra diciendo su nombre, edad, lo que le gusta hacer, a qué se dedica y la información que ellas crean necesaria preguntar para

conocer a la otra persona. Una vez terminado, cada una presentará a su compañera con el resto del grupo de acuerdo a la información brindada.

Objetivo: conocer al grupo, y hacerse partícipe del programa.

Sesión 2: Integración del grupo

Materiales: hojas de color, tijeras y plumones

Desarrollo: en cada hoja de color tendrán que hacer una figura, siendo estas las siguientes; un árbol, una fruta y una flor. Posteriormente, en la fruta anotarán todo aquello que les gusta, en el árbol todo lo que no les gusta y quieren que mejore y la flor todo aquello que esperan en el proceso de su embarazo, parto y puerperio. Cada una lo expondrá con el grupo, los integrantes del grupo, incluyendo al orientador podrá preguntar para ahondar de un tema que crea necesario.

Objetivo: conocer e integrar lo que cada participante siente y piensa de su embarazo con la única finalidad de integración y no por morbosidad.

Segundo mes

Sesión 1: conociendo mi embarazo

Desarrollo: incitar una conversación en grupo en donde se conocerá el contexto bajo el que se está desarrollando el embarazo de cada mujer, se harán preguntas clave para que ellas reflexionen sobre la plenitud de la gestación. La retroalimentación será sobre la importancia de la armonía y estabilidad emocional en el embarazo de acuerdo a los sustentos científicos que se presentan en esta investigación.

Objetivo: concientizar a las participantes de la importancia de tener estabilidad emocional durante el embarazo, parto y postparto, haciendo importantes cada

Sesión 2: consciencia sobre mi embarazo y los cambios físicos y emocionales.

Material: un globo del número 9, bomba de aire, marcadores

Desarrollo: las participantes deberán inflar su globo y escribir el nombre de su futuro bebé y ponérselo debajo de su blusa y hacer ciertas actividades sencillas (sentarse, hincarse, dar pequeños brinquitos, bailar, etc), posterior a esto, el orientador (a) deberá preguntar a manera de secuencia cuáles han sido los cambios más notorios que han sentido y que

hagan hincapié si son incómodos o pueden sobrellevarlos. Al final la retroalimentación llevará a las participantes a aceptar los cambios que trae consigo el embarazo.

Objetivo: las participantes deben conscientizar que el embarazo es una etapa llena de cambios y ellas tienen que disfrutarlos para poder lograr estabilidad emocional

Tercer mes

Sesión 1: importancia de la compañía en el embarazo

Desarrollo: en esta sesión, el orientador (a) deberá citar a un acompañante de cada integrante a la clase. Dentro de ésta, llevarán a cabo juegos y actividades en pareja (las que sean de su elección). La retroalimentación llevará a los participantes a descubrir los beneficios de la compañía en esta etapa y al mismo tiempo, a descubrirse en soledad como mujer embarazada y llegar al disfrute máximo de esta etapa ya que es el último mes del primer trimestre y consigo vendrán los cambios físicos más notorios.

Objetivo: Los participantes, tanto alumna como acompañante deberán ser conscientes de la importancia de la compañía en esta etapa, así como disfrutar de su soledad durante el embarazo para ejercer mayor conexión con su bebé.

Sesión 2: hablando con mi yo embarazada

Material: hojas blancas y bolígrafos

Desarrollo: las integrantes deberán escribirse una carta a sí misma, confesándose cómo se sienten durante el desarrollo de su embarazo, incluyendo temores, ilusiones, creencias, etc. Podrán pasar a leerla frente al grupo de manera voluntaria. El dirigente cerrará la sesión con retroalimentación haciéndoles saber que es de suma importancia reconocer cada emoción durante este proceso y sobretodo, expresarla (retomando la sesión anterior).

Objetivo: en esta sesión se pretende que las participantes conozcan y reconozcan que no siempre deben estar alegres, contentas o felices, pero siempre positivas, deberán cobrar importancia a saber expresar sus emociones, se hablará de la inteligencia emocional y lo indispensable que es en esta etapa.

CAPITULO VI: METODOLOGIA

TEMA:

PROPUESTA DE PROGRAMA “PSICOPROFILAXIS PARA LOGRAR ESTABILIDAD EMOCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS”

AREA:

PSICOLOGIA CLINICA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Actualmente la sociedad es una esfera de constantes cambios en todas sus dimensiones, no siendo la excepción el proceso del embarazo, ya que la ayuda que daba la familia, profesionales y hasta amigos o vecinos a la mujer que iba a dar a luz ha cambiado con el transcurso de la historia.

Se piensa que el embarazo es un tiempo de bienestar para la mujer, sin embargo, para la mayoría de las mujeres; es un proceso que aumenta su vulnerabilidad hacia el cambio de emociones, ansiedad y tensión, siendo las causas los cambios físicos, hormonales y psíquicos que por ende tienen consecuencias como el desequilibrio emocional. Las consecuencias que traen los cambios en el embarazo suelen pasar desapercibidos por ser atribuidos a los cambios temperamentales o fisiológicos sufridos durante el embarazo. (Alonso, 2015).

Ahora bien, los síntomas psicológicos son un tema con poca importancia ya que el mayor peso lo cubre la parte médica ginecológica, dejando a un lado la importancia de la estabilidad emocional antes, durante y después del embarazo.

(Córdoba, 2007) hace referencia que parir para muchas mujeres es un acontecimiento traumático, por lo que es necesaria una preparación en tres aspectos; ejercicios de gimnasia médica, información sobre funciones sexuales, concepción, embarazo y alumbramiento y el ultimo: aprendizaje de la distensión corporal entre el dolor.

No menos importante, el embarazo desencadena una serie de mitos, sobre todo en la mujer gestante, en la que, en la mayoría de las ocasiones, las hacen entrar en un estado anímico de confusión, desesperación, miedo y ansiedad, sin embargo, al hacer a un lado los estereotipos se puede retomar de manera científica y profesional no solo la parte médica, también la psicológica. Es aquí donde el papel de la sociedad es de suma importancia y

la parte médica hace nula la importancia del aspecto psicológico durante el embarazo para lograr una estabilidad emocional.

El contexto social en el que se desarrolla la mujer embarazada es sumamente influyente en el momento del parto y postparto, el apoyo emocional, moral y económico de la pareja es de mucha ayuda para que la madre se encuentre psicológicamente estable antes, durante y después del embarazo. La edad en que la mujer se embaraza también es de suma importancia debido a la maduración física y psicológica que influye a la visión y vivencia durante el embarazo.

La psicoprofilaxis perinatal fue pensada a mediados del siglo XIX 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 empleara de manera constante en los hospitales materno – infantil, clínicas gineco – obstétricas, centros de atención, y centros de atención a la sociedad, se podrían prevenir sobre todo muertes neonatales y maternas, sería poco necesario el parto por cesárea ya que las mujeres estarían preparadas física y psicológicamente para el momento del parto sin necesidad de sufrir momentos de tensión y no ingerir más medicamentos de los necesarios.

Es por ello que es importante implementar la psicoprofilaxis en los centros antes mencionados, para mejorar las condiciones del desarrollo del embarazo, parto y postparto, dándole la misma importancia que se le da al aspecto médico al aspecto psicológico y brindando atención integral no solo a la mujer gestante, también a su esfera social más cercana.

Ante la situación emocional que vive la mujer gestante y muchas veces reprime por causa de la sociedad y de los médicos, se tiene la iniciativa de proponer un programa de psicoprofilaxis en beneficio de las futuras madres haciendo la incógnita **¿si se llevan a cabo las propuestas de un programa de psicoprofilaxis en mujeres embarazadas, podrán tener estabilidad emocional durante su embarazo, parto y postparto?**

JUSTIFICACIÓN

La sociedad actual tiene un ritmo y estilo de vida intenso que propicia que la misma sociedad se enferme y angustie por sí misma. El proceso de embarazo no es tan ideal como debería vivirse, son muchas adolescentes embarazadas y pocas mujeres las que tienen acceso a información científica de la parte médica y psicológica del embarazo, los profesionales en el área de la salud no se encargan de impartir atención psicológica especializada para las mujeres gestantes y para su familia lo que ocasiona que la futura madre entre en un estado de desestabilidad emocional, teniendo consecuencias físicas y hormonales.

(Read, 1933) menciona que el dolor del parto se ha magnificado en la mujer como fruto de la civilización que con sus prejuicios y falsas concepciones ha desvirtuada 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.

Hoy en día la atención de un parto debe ser multidisciplinaria con los profesionales pertinentes dejando a un lado los mitos y creencias que se tiene del embarazo, parto y postparto para que se atienda de manera científica y brindar bienestar no solamente a la madre, también al feto y recién nacido.

Según (Ruiz, 1955) investigaciones demuestran que la psicoprofilaxis perinatal en el embarazo tienen 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 conciencia y sobretodo confianza y habilidades para su autocuidado y manejo de su propio embarazo y parto.

El interés de proponer un programa psicoprofiláctico, yace en la experiencia personal durante la estancia de prácticas profesionales en un hospital, al ver que el aspecto psicológico en una estancia de salud es limitado para las futuras mamás y que cuando son capaces de demostrar sus emociones sobre su embarazo los médicos no le toman importancia.

El proponer un programa de psicoprofilaxis tiene como finalidad lograr la estabilidad emocional en mujeres gestantes para bienestar de ella misma y de su bebé durante el

embarazo, parto y postparto a base de preparación intelectual, física, psicológica y emocional.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Proponer un programa de psicoprofilaxis para lograr que las mujeres embarazadas logren tener estabilidad emocional durante su embarazo, parto y postparto.

Objetivos específicos:

- Brindar información científica a las mujeres gestantes sobre el proceso de embarazo y sus diferentes cambios en cada etapa.
- Informar sobre los beneficios que tiene el programa psicoprofiláctico para las mujeres embarazadas.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: CUALITATIVA

En el enfoque cualitativo lo que nos modela es un proceso inductivo contextualizado en un ambiente natural, esto se debe a que en la recolección de datos se establece una estrecha relación entre los participantes de la investigación sustrayendo sus experiencias e ideologías en detrimento del empleo de un instrumento de medición predeterminado. En este enfoque las variables no se definen con la finalidad de manipularse experimentalmente, y esto nos indica que se analiza una realidad subjetiva además de tener una investigación sin potencial de réplica y sin fundamentos estadísticos. (Sampieri, 2006)

TIPO DE ESTUDIO

Cualitativo

MUESTRA

Mujeres gestantes entre 4 y 36 semanas de gestación, formadas por grupos según su trimestre de gestación.

DELIMITACIÓN DEL TEMA

Propuesta programa “psicoprofilaxis para lograr estabilidad emocional en mujeres embarazadas” en mujeres entre los 2 a 8 meses de embarazo.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

Para evaluar esta propuesta se recomienda realizar una encuesta, una lista de cotejo y una evaluación después del proceso e parto, para posterior someter a proceso estadístico y valorar si es funcional o no.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes gestantes que ingresaron al área de ginecología en periodo de embarazo y que hayan sido informadas sobre el programa y aceptaron participar en él.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con complicaciones en el embarazo
- Pacientes que no estén embarazadas
- Pacientes que no acepten llevar a cabo el programa

RECOMENDACIONES

Después de haber concluido la teoría, nos damos cuenta que, hablar de embarazo y conjugarlo con emociones, estamos tratando de un tema complejo al que hoy en día no se le toma la importancia que se requiere, causando así un embarazo riesgoso, no deseado y lo peor, insatisfecho para la futura mamá.

Se debe tener en claro que la finalidad de este programa es lograr estabilidad emocional en la mujer gestante, a través de la unión de las diferentes disciplinas tratantes del embarazo, ya que no es un programa propio y exclusivo a psicólogos.

Así mismo, de la mano con nuestro carácter profesional, para poder llevar a cabo este programa, es necesario consolidarlo con nuestro carácter personal y de antemano explotar nuestra virtud de empatía.

Una vez revisada esta tesis, podremos darnos cuenta de lo virtuoso que es tratar con una mujer embarazada, su entorno, sus cambios, la gente que la rodea y demás profesionales inmiscuidos, sin distorsionar la relación paciente – psicólogo (o en su caso, guía).

Estamos en el momento preciso para empezar a mentalizarnos que el embarazo lejos de ser una tesis social, una realización personal o una creencia mítica, debe ser una decisión premeditada y, sobre todo, deseada, sólo así criaremos a seres como individuos plenos y estables emocionalmente.

Del mismo modo, crear conciencia sobre el control prenatal, nos ayudará, sin duda alguna, a auxiliar a las futuras madres para un desarrollo armonioso en su etapa gestante, logrando así un vínculo estrecho y saludable con su bebé.

El tema del Embarazo en su desarrollo saludable, nos habrá quedado claro que es poco aplicable en la realidad social bajo la que vivimos, sin embargo, es de gran importancia para la madre, el bebé y la sociedad, por ello se ha decidido estudiar el tema y crear un programa psicoprofiláctico, con el fin de guiar a las mujeres gestantes a vivir esta etapa con la mayor plenitud posible y así lograr estabilidad emocional en ella, para bien del futuro de ella y del bebé en su entorno social.

BIBLIOGRAFÍA

1. A., D. I. (2003). *Importancia de la participación de la enfermera en la educación para el parto* (págs. 78 - 79). Lima: Adventure Works.
2. Alemany Ma J, Velasco J. (2005). *Aspectos emocionales que rodean el nacimiento*. Estado de la cuestión. *Matronas Profesión*. Revista en Internet. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7058/173/aspectos-emocionales-que-rodean-al-nacimiento-estado-de-la-cuestion>
3. Altamirano H., (2001) *La posición de la mujer durante el parto. De la prehistoria hasta la fecha*. Órganon Nederland.
4. Álvarez M. (2003). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. (2015) *Guía de consulta de los criterios* Barcelona: Cisspraxis.
6. Brennan F. (1993). *Teorías y Técnicas Psicológicas en el Embarazo*. España. Rusbell.
7. Carrascón A et al. (2006). *Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto*. *Matronas Profesión*. Revista en Internet, 7 (4): 5-11. Recuperado <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7000/173/deteccion-precoz-de-la-depresion-durante-el-embarazo-y-postparto>
8. Carro T et al. (2000). *Trastornos del estado de ánimo en el postparto*. *Medicina General*. Revista en Internet. Recuperado <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
9. Correa P. (2002). *Educando emociones: la educación de la inteligencia emocional en la escuela y la familia*. (pp. 353- 375). Barcelona: Kairós.
10. Correa, R. (1998). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
11. Cruz F. (2007). *¿Qué es el método psicoprofiláctico?* *Títulos de la práctica clínica*, I (5), 12-17. México: Ciscos.
diagnósticos del DSM V. Recuperado de <https://books.google.es/books?>
12. Fernández C. (2001) “Mímica emocional”. En *Mente y Cerebro*. Barcelona: Círculos Lectores.

13. Fernández M. (2013). *Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal*. Index de Enfermería, 22 (1-2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100009>
14. Gardner, H. (mayo, 2005). *Multiple lenses on the mind. Conferencia Expo Gestión*. Bogotá. Recuperado de http://pzweb.harward.edu/PIs/HG_Multiple_Lenses.pdf
15. Garfías C. (2018). *Estimular las inteligencias Múltiples*. Madrid: Narcea.
16. Goberna, J. (2002). *La salud reproductiva en el umbral del siglo XXI*. Enfermería Clínica, 12(5), 281-285.
17. Greengberg (2000). *Cómo desarrollar la inteligencia emocional a favor de la estabilidad psicológica*. Barcelona: Integral.
18. Hernández J, et al. (2002). *Fundamentos de enfermería. Teoría y método* (2a ed). Madrid: McGrau-Hill. Interamericana.
19. Herranz P. (2002). *El desarrollo del apego*. Psicología evolutiva I. vol. 2. Desarrollo Social. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
20. Jadresic M E. (2010). *Depresión en el embarazo y el puerperio*. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría. Revista en Internet; 48(4): 269-278. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9227201000050000
21. Lamaze International. *Apoyo continuo durante el trabajo de parto. Prácticas de atención y cuidados que promueven el parto natural*. 2003.
22. López M. et al. (2006). *Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial*. Enfermería Clínica, 16(4), 218-219.
23. Marc I et al. (2014). *Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer*. Madrid. *Mayer y Salovey (1997): Implicaciones educativas para padres y profesores. III Jornadas de Innovación Pedagógica*. Granada, España
24. Medina E. (2013). *Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto*. Revista Perinatología y Reproducción Humana. Revista en Internet, 27 (3): 185-193. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>
25. Mendoza L. (2016). *Educación con inteligencia emocional*. México: Plaza y Janés.

26. Ministerio de Sanidad y Consumo. (1995). *Educación para la Maternidad*. Madrid: INSALUD.
27. Mojica, P. (1989). *Educación emocional y competencias básicas para la vida*. Revista de Investigación Educativa, 21 (1), 7-43.
28. Morales D et al. (2008). *Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal*. NURE Investigación. Revista en Internet. Recuperado http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb372102008_93951.pdf
29. Navarro C et al. (2011). *Factores asociados a la percepción de la eficacia. Materna durante el postparto*. Salud Mental. Revista en Internet. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n1/v34n1a5.pdf>
30. Odent M. (2012). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Textos escogidos de Michel Odent. (3a Ed.). Tegueste: Ed Ob Stare, SL; 2012.
31. Olds R. (2012). *How important is it to educate people to be emotionally and socially intelligent and can it be done?* Perspectives in Education, 21 (4), 3-13.
32. OMS. Organización Mundial De La Salud, (2017) Parto saludable. Recuperado de <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>.
33. Orts, (1953). El parto y sus métodos de sanidad humana. Revista Electrónica. Recuperado de <http://www.parto-metodos-sani-7-hum/sal>.
34. Oyuela J, Hernández RJ. (2010) *Psicoprofilaxis e índice de cesáreas*. Rev. Med Inst Mex Seg Soc.
35. Papalia D. (2005). *Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la Adolescencia*. 11ª ed. México: McGraw Hill.
36. Reyes Hoyos L. M., (2004) *Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal*. Lima Perú.
37. Rivas N. y Medina P. (2017, marzo 24). *El modelo de Inteligencia Emocional de*
38. Romero A. (2012). *Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
39. Salazar I et al, (2001). *La alfabetización de la inteligencia emocional y su incidencia en los aprendizajes pedagógicos*. Revista Electrónica. Recuperado de <http://www.ucc.edu.co/medellin>.
40. Sánchez L, (2009). *El libro de las emociones*, Versión electrónica.

41. Sánchez, R. (2001). *¿Qué es la educación emocional?* Temáticos de la escuela española, I (1), 7-9. Barcelona: Cisspraxis.
42. Santandreu S, et al. (2001) *Método EPSAI*. México. Quintana Roo.
43. Sastre P. (1984). *Sedúctete para seducir. Vivir y educar las emociones*. Barcelona: Paidós.
44. Solis, R. y Sawaf, A. (2012). *La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones*. Bogotá: Norma
45. Solomon, R. C. (2003); *¿Qué es una emoción?: Lecturas clásicas de psicología filosófica*. Fondo de Cultura Económica: México.
46. Stright F. (1998). *Libertad emocional: Estrategias para educar las emociones*. Barcelona: Paidós.
47. Thomas B. (1992). *Adaptación de las mujeres gestantes*. Brasil: MICA
48. Vázquez J. (23 de enero de 2013). *Política Liberalismo*. Revista de Columbia University Press, 30 (3), 5
49. Vázquez M et al. (2005) *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca
50. Vivas M. (2007). *orientación educativa*. Obtenido de http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_3_Educacion_Emocional/h_3.1.Documentos_basicos/10.Educacion_las_emociones.pdf
51. Zimmermann P et al. (1998). *The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study*. Rev. Psi col Social.