

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 01 NOROESTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 "VALLEJO"

148
2 E_c.

" NIVEL DE ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO "

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. ROSA MARIA SANTIAGO CRUZ

1992 - 1994

FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F. 1995



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 está 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.

Vo. Bo. ASESOR



DR. OCTAVIO N. PONS ALVAREZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE:
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. # 20 " VALLEJO ". I.M.S.S.



U. M. F. No. 20
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

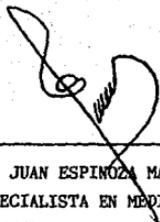


Vo. Bo.

Yolanda E. Valencia Islas

DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE:
ESPECIALIZACION DE MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. # 20 " VALLEJO." I.M.S.S.

Vo. Bo.



DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE:
ESPECIALIZACION DE MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. # 20 " VALLEJO ". I.M.S.S.

A mi hijo:

Por que con el aprendí que,
hay que luchar hasta el final y
aunque no este conmigo en vida,
ocupa el lugar mas grande de mi
corazón y pensamiento.

A mis padres:

Por haberme dado la vida y sa
ber guiarme por el buen camino
de la superación, apoyandome
en todo momento sin condiciones.

A mi esposo:

Por su amor, confianza y -
comprensión así como por su apo
yo en los momentos claudicantes
y más difíciles de nuestra vida.

A mis hermanos:

Por todo su apoyo y comprensión
en todos los momentos que he-
mos compartido.

A mi suegra:

Por su apoyo y atenciones
que me brinda sin condiciones.

A mis compañeros y amigos:

Por su apoyo y aliento sobre
todo en los momentos más difi-
les de mi vida.

A mis profesores:

Por su confianza y por los
conocimientos y experiencias -
que me proporcionarán durante
este tiempo.

" El corazón conoce lo que la lengua
nunca podrá proferir,
y lo que los oídos jamás podrán escuchar."
GIBRAN.

- A TODOS ELLOS MI AGRADECIMIENTO Y RESPETO -

CONTENIDO.

	PAG.
I. OBJETIVOS.....	1
II. JUSTIFICACION.....	2 - 4
III. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	5 - 25
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
V. HIPOTESIS.....	27
VI. MATERIAL Y METODOS.....	28 - 33
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	34 - 35
VIII. CUADROS Y GRAFICOS.....	36 - 50
IX. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	51 - 56
X. ANALISIS ESTADISTICO.....	57
XI. CONCLUSIONES.....	58
XII. COMENTARIOS.....	59 - 60
XIII. RESUMEN.....	61 - 63
XIV. BIBLIOGRAFIA.....	64 - 65
XV. ANEXOS.....	66 - 91

OBJETIVOS:

GENERAL:

DEMOSTRAR QUE EXISTE DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS, PREVIO A UN PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y EL NIVEL DE ANSIEDAD POSTERIOR AL MISMO, CON APLICACION DEL TEST DE - CORNEL-INDEX.

ESPECIFICOS:

1.1 DETECTAR EL NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LAS PACIENTES EMBARAZADAS, PRE Y POST A UN PROCESO EDUCATIVO.

1.2 IDENTIFICAR EN QUE TRIMESTRE DEL EMBARAZO SE PRESENTA MAYOR NIVEL DE ANSIEDAD, EN LAS PACIENTES EMBARAZADAS.

1.3 MODIFICAR EL NIVEL DE ANSIEDAD QUE SE PRESENTA DURANTE EL EMBARAZO, MEDIANTE UN PROCESO EDUCATIVO.

JUSTIFICACION.

Asegurar la buena salud de la embarazada ha sido y sigue siendo meta prioritaria de la Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los gobiernos miembros; tras la aprobación del Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, legisladores y profesionales de la salud de distintos países - Bélgica, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y MEXICO, se reunieron en la ciudad de Guatemala del 27 al 31 de enero de 1992, para participar en la conferencia centroamericana para una maternidad sin riesgos, organizada por una institución de tipo privada neoyorquina, donde los miembros de salud y otros representantes, se comprometieron a hacer cumplir dicho plan y promover en los congresos de sus países una mayor designación de fondos públicos para la salud y educación.

Es importante mencionar que en centroamérica una de cada 73 mujeres corre riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Esta cifra es muy elevada si se compara con la de una de cada 9850 en los países del norte de Europa. Por otro lado tenemos que miles de mujeres fallecen en centroamérica cada año a consecuencia del aborto, complicaciones del embarazo, parto o puerperio y muchas más tienen

consecuencias graves de salud y discapacidades físicas y psicológicas. Repercutiendo esto en el producto, al poder presentarse prematuramente, un Apgar bajo en el recién nacido o bien otro dato ya conocido el de bajo peso al nacer.

El entendimiento en la adaptación biológica del organismo de la embarazada durante la gestación, parto y puerperio, influye para reducir la incertidumbre y ansiedad, consecuencia de cambios físicos y psicológicos que se presentan durante estos períodos, que pueden agravarse por falta de información oportuna al respecto.

En base a lo anterior, es objetivo de este estudio investigar que nivel de ansiedad se presenta durante los diferentes trimestres del embarazo y en que grado se modifica estadísticamente, posterior a un proceso de enseñanza-aprendizaje considerando que desde un punto de vista médico integral un alto porcentaje de muertes y enfermedades maternas se pueden prevenir con información adecuada, esto implica que poseer un conocimiento veraz, ayuda actuar en forma rápida y apropiada ante síntomas anormales. Por lo que considero importante impartir un curso a fin de proporcionar la información necesaria a la embarazada, por el bienestar del binomio madre-hijo y porque la mujer desempeña un papel importante en el desarrollo del país, lo que justifica aún más la inversión en

su salud , así mismo esto beneficia a la niñez y población -
en general; lo cual resulta posible con inversiones de bajo-
costo, permitiendo modificar enormemente el pronóstico de vi
da de la población materno-infantil, me refiero a programas-
educativos a grupos, en este caso a embarazadas.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Se ha mencionado, en diferente literatura, lo importante que es, el abordar a un individuo en forma integral, puesto que así se obtienen resultados más satisfactorios, y aunque en el presente estudio, el objetivo es únicamente medir la diferencia estadística entre una etapa pre y otra post proceso educativo, del grado de ansiedad en pacientes embarazadas no esta de más señalar que la medicina familiar, es un tipo de medicina integradora, cuya unidad de análisis es la familia y cuyo objeto de estudio es el proceso salud-enfermedad, abordando procesos tanto fisiológicos como patológicos. sabiendo que el tipo de atención que prevalece actualmente es — biologista e individualista, es necesario cambiar la forma de abordaje a una unidad de análisis más amplia e integradora y con tópicos, predominantemente preventivos, en donde el proceso enseñanza-aprendizaje es fundamental. Por lo que se ha desarrollado una estrategia llamada abordaje integral de la salud familiar (AISFA), que estudia al individuo junto con su familia en tres ejes:

- Ejes de las esferas:
- a) biológica
 - b) psicológica
 - c) social

Eje de los ámbitos: a) psicosocial o individual
b) sociodinámico o familiar
c) institucional o de situación y contexto.

Eje de las funciones: a) asistencia o de servicio
b) docencia o educativa
c) investigadora.

Abordándose éstos ejes en tres momentos: diagnóstico, --
pronóstico y manejo, incluyendo en este último medidas profilácticas o preventivas, además de las curativas o correctoras.

Todo lo anterior se operacionaliza o se concreta abordando familias que presentan procesos patológicos o fisiológicos.

La familia como estructura social básica que se configura por el juego de roles diferenciados (padre, madre e hijo), -- no puede funcionar sino por medio de las diferencias individuales que existen entre sus miembros, los cuales asignan los roles señalados, que se relacionan íntimamente (límites), si estas diferencias son negadas o desatendidas (disfunción familiar), se modifica la configuración o se altera la dinámica familiar, creándose un estado de caos o confusión (conflicto):

Al ubicar al paciente como miembro de la familia, dentro del proceso salud-enfermedad, puede ser considerado, si se trata de una patología física o psíquica, como la expresión sintomática de un desequilibrio del todo, que afecta en forma diferente a cada miembro, siendo ésto un proceso dinámico. El

papel que juega la enfermedad sobre todo sino es tratada, es de un papel perturbador de esa dinámica familiar, porque man tiene estereotipias. Para lograr reestructurar al grupo fami liar se lleva a cabo un proceso de indagación y esclarecimiento, pasando de lo implícito a lo explícito con el fin de abocarse a la realidad y vencer los miedos básicos.

El médico familiar al abordar familias con cualquier pato logía, queda inmerso en la situación grupal, viviendo la pro blemática familiar desde dentro y fuera como elemento catalizador, desestructurando y estructurando con el grupo y para - el grupo.

Las estereotipias familiares se rompen, mejorando la comu nicación, pertinencia, pertenencia, aprendizaje y telé, con - un esquema conceptual operativo, que tiene una tarea implici ta o explícita y el aprendizaje o adaptación activa a la rea lidad.

El médico familiar en su labor educativa debe lograr un - aprendizaje significativo, es decir modificaciones de conduc tas, al través del proceso enseñanza-aprendizaje, racionalmente planeado, ejecutado, evaluado y fundamentado en la teoría del aprendizaje grupal: - Aprender a aprender

- Aprender a pensar

- Aprender la tarea.

Auxiliándose para esto, de la técnica de grupos operativos, cuya actividad está centrada en la movilización de este

reotipias, dificultad de aprendizaje y comunicación devidas-
al monto de ansiedad que despierta todo cambio, los roles --
tienden a ser indiferenciados en el inicio hasta que se con-
figura la situación del liderazgo funcional, es decir un li-
derazgo operativo, que se hace más eficaz en cada aquí y aho-
ra de la tarea.

Los grupos pueden ser variables, pero en todos se obser-
va una diferenciación progresiva (heterogeneidad adquirida),
en la medida en que aumenta la homogeneidad en la tarea. Si-
se trata de un grupo terapéutico, la tarea es resolver el co-
mún denominador que es la ansiedad. En cada uno de los miem-
bros del grupo en general, resolviendo el conflicto del gru-
po. El propósito general es el esclarecimiento en términos -
de las ansiedades básicas, aprendizaje, comunicación, esque-
ma conceptual referencial operativo (ECRO), semántica, etc.,
etc., de esta manera todos coinciden a crear un nuevo esque-
ma referencial. La aplicación de esta técnica a grupos prima-
rios como la familia, donde la tarea es curar a alguno de --
sus miembros, ofrece un ejemplo significativo. La familia se
reorganiza con las características de un grupo operativo con-
tra la ansiedad del grupo, manifestada por su portavoz (el -
enfermo). Los roles se redistribuyen, adquieren característi-
cas de liderazgo funcional, los mecanismos de segregación --
que invaden al paciente disminuyen progresivamente, la ansie-
dad es redistribuida y cada uno se hace cargo de una canti-
dad determinada. Así el grupo familiar se transforma y reali-

za la curación del grupo por medio de uno de sus miembros -
(caso pista).

Dado que el progreso fisiológico a estudiar es el embarazo, y más que su concepto, y todo lo que implica su desarrollo, se estudiará como proceso que provoca, un grado de ansiedad en la mujer, el cual se puede modificar con un proceso educativo, donde se informa a las pacientes embarazadas, sobre lo que implica, el embarazo, parto y puerperio, así como los factores de riesgo y complicaciones en el desarrollo de la gestación.

Múltiples estudios epidemiológicos han identificado factores de riesgo socioeconómicos y biológicos, así como conductuales y psicosociales asociados con anomalías durante el embarazo, como son el retraso de un tratamiento oportuno a las complicaciones presentadas, por falta de conocimiento para identificar signos de alarma o bien el bajo peso del producto al nacimiento, la fuerza y la consistencia de estas asociaciones hizo suponer que programas dirigidos a modificar los factores de riesgo, podrían reducir lo antes mencionado. Entre las múltiples estrategias para mejorar la salud perinatal, se encuentra el apoyo psicológico, lo que ha sido explorado en los últimos años, reportando cambios positivos en la situación psicosocial de la madre, pero lograron un escaso impacto sobre las condiciones biológicas del recién nacido. Por desgracia la mayoría de estos estudios se han realizado en países industrializados, ya que en América Latina, en los países en vías de desarrollo como MEXICO, se han reportado escasos tres estudios; en uno de ellos se consiguió modificar favorablemente el peso del producto al nacer, pero se realizó en madres adolescentes y fumadoras, exclusivamente.

Las evidencias entre la ansiedad, estrés, falta de apoyo psicosocial durante el embarazo y eventos vitales negativos-

con complicaciones perinatales, me orientan a pensar que -- con un programa educativo en relación a todos los cambios -- que ocurren durante el desarrollo del embarazo en el binomio madre-hijo, así como de los factores de riesgo para y durante la gestación, parto y puerperio, se puede modificar el grado de ansiedad en la embarazada, lo que le ayudaría a identificar apropiadamente los signos de alarma, actuando con mayor precaución, solicitando en forma oportuna la atención médica adecuada.

Para medir la ansiedad en las pacientes embarazadas, se aplicará previa y posteriormente al proceso de enseñanza-a - prendizaje el test de Cornell-Index, el cual consiste en un cuestionario aplicable a adolescentes y adultos, que tiene como característica ser un instrumento autodescriptivo de la personalidad, pero en esta ocasión será calificado por el investigador, con fines estadísticos y solo para medir el grado de ansiedad en pacientes embarazadas. Consta de 101 preguntas que examinan globalmente y sin mayor discriminación - aquellos aspectos de la personalidad que pueden ofrecer signos - de anomalías y perturbaciones, sentimientos habituales, actitudes en relación al aspecto social, ético y familiar. - Esta constituido por varias series de escalas de preguntas - independientes entre sí y específicamente preparadas para investigar diversos aspectos de la personalidad. Las áreas que investiga son 10: - Deficiencia de adaptación que experimenta

por sentimientos de miedo e insuficiencia.

- Relaciones patológicas del humor especialmente la depresión.

- Ansiedad o angustia.

- Síntomas psicósomáticos neurocirculatorios.

- Reacciones patológicas de temor.

- Síntomas psicósomáticos.

- Hipocondría y astenia.

- Síntomas psicósomáticos gastrointestinales.

- Sensibilidad y desconfianza excesiva.

- Problemas psicopáticos y sociopáticos.

Estas áreas tienen clínicamente tres grados de severidad leve, moderado y severo, por criterios del autor. Anexo 2.

INDICADORES CLINICOS.

1. Deficiencia de adaptación que experimenta por sentimientos de miedo o insuficiencia, se refiere a la insuficiencia que presenta el individuo como una respuesta efectiva a un peligro externo, real y actual, donde el peligro más frecuente es la amenaza a la integridad física de la persona.

2. Esta área se refiere a un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento-

de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo.

3.- El área número tres que es la que vamos a investigar se refiere a un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o en forma de acción, con las consecuentes respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha erupción.

Para lo anterior cabe señalar que la ansiedad o angustia se puede definir como un estado emocional desagradable en el que hay sensación de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprehensión. Generalmente la causa es un conflicto intrapsíquico, inconciente o irreconocible, la ansiedad se acompaña por un patrón con una serie de síntomas que reflejan intensa actividad autónoma e hiperventilación, y recordando que encontramos fisiológicamente hablando descarga adrenergica, esto puede en un momento dado, durante el desarrollo del embarazo, dañar al producto, provocandose hasta un parto prematuro, agregandose el hecho de poner en riesgo la vida de ambos, tanto de la madre como del hijo. La sintomatología incluye palpitaciones, boca seca, mareos, parestesias, debilidad y agotamiento.

Es importante hacer algunas diferencias entre términos utilizados comunmente, que suelen confundirse con la ansiedad, como es el temor, el cual se describe como una respuesta

conciente a un peligro real y conocido, de fuente externa, - el temor es la respuesta de una persona cuando está a punto de experimentar por ejemplo; un choque de frente en una carretera, o una infiltración de anestesia local y extracción de piezas dentales. En contraste la ansiedad es la respuesta a una fuente desconocida de peligro e incluye las dudas que el paciente tiene sobre sí mismo respecto a como hara frente al problema que se anticipa, relacionandolo con el embarazo que aunque es un proceso fisiológico, en la mayoría de las ocasiones la paciente desconoce al respecto y en otras más cuenta con información pero sin fundamento científico, confusa, la cual recibe de las personas que la rodean, y esto provoca en la paciente ansiedad o angustia que la hace actuar de forma inadecuada, poniendo en riesgo su salud y la de su producto.

Otro estado relacionado con ella o que se le superpone es el término "stress", que se refiere a la respuesta de tensión sostenida del organismo ante demandas que lo sitúan en los límites de su capacidad de adaptación. En la ansiedad la amenaza es más difusa y subjetiva, en ella hay un elemento prospectivo, es decir que como la esperanza, la ansiedad está orientada hacia el futuro.

Los transtornos de ansiedad se clasifican de acuerdo con el DSM-III en: a).- ESTADOS DE ANSIEDAD.

- Crisis de pánico: este es un transtorno

de ansiedad aguda e impresionante que se observa a menudo, - pero que no se reconoce en los centros de ansiedad médica. - Los pacientes que sufren ataque de pánico tienen miedo agudo de morir o perder el control, acompañado de varios síntomas prominentes, por lo general vegetativos. En estos casos es - necesaria e importante la farmacoterapia específica.

Los pacientes experimentan típicamente crisis periódicas de ansiedad de inicio súbito, la edad promedio de principio se encuentra en los últimos años de la 2da. década de la vida y el trastorno tiene evolución variable.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: se tiene - ideas, pensamientos o imágenes (obsesiones) persistentes y - recurrentes, o conductas (compulsiones) repetidas y estereotipadas y, al parecer sin ninguna finalidad. Estas obsesiones o compulsiones producen tensión importante y obstaculizan la función social o personal. Es posible proporcionar tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o ambos.

- Trastorno generalizado de ansiedad: antes llamado neurosis de ansiedad, consiste en la presencia simultánea, durante por lo menos un mes de síntomas de ansiedad - de diversos tipos (tensión motora, hiperactividad autónoma, esperanzas aprehensivas, vigilancia e investigación inquisitiva). La terapéutica consiste en administrar ansiolíticos, psicoterapia o ambos.

b).- TRANSTORNOS FOBICOS.

- Las fobias varían entre la gravedad invalidante de la agorafobia grave (temor a lugares abiertos),- en la cual el miedo irracional puede culminar en el rechazo del paciente, dejar el hogar durante años en un solo período; hasta las fobias sociales (miedo en sitios en los que creen que están en peligro de someterse al escrutinio de otras personas, a la crítica); a menudo se evitan estas situaciones o se tolera pero con gran ansiedad. El tratamiento es a base - de farmacos, psicoterapia, propiamente de exposición, dependiendo del caso.

c).- TRANSTORNO DE ANSIEDAD POSTRAUMÁTICA.

- Esta entidad diagnóstica relativamente nueva no se reconoció hasta que se publicó en el DSM-II en 1980, - se presenta posterior a un traumatismo desde el punto de vista emocional que está fuera de los límites normales de las -- experiencias humanas ordinarias, como el perder a un ser querido, estar expuesto a un combate militar, etc., se experimenta de manera persistente por recuerdos angustiantes recurrentes e intrusos del acontecimiento, expresión o sensación inesperada de que el hecho traumático está reapareciendo, -- escenas retrospectivas, tensión psicológica intensa ante situciones que simbolizan o recuerdan el trauma, evitación -- persistente de los hechos que puedan hacer recordar el trauma.

d).- TRANSTORNOS DE ADAPTACION CON HUMOR ANSIOSO.

- Se trata de una reacción mal adaptativa de finida a un agente psicosocial productor de estrés, una reac

ción que excede a lo que se esperaría normalmente. Por definición este síndrome mejora con el paso del tiempo y posibles tratamientos con ansiolíticos, psicoterapia de sosten o ambos.

Dentro de la etiología de la ansiedad, tenemos que es debida a varios factores, desde origen tóxico, hormonal, metabólico, cardíaco, medicamentoso, psicológico, hasta causas fisiológicas como son las relaciones sexuales y el embarazo.

Es importante destacar que los trastornos de ansiedad son más frecuentes que los trastornos depresivos, 9% y 5% respectivamente, en relación a la población general, en un período de 6 meses en los estadounidenses, (5).

Siguiendo con los indicadores clínicos tenemos que :

4.- La cuarta área se refiere a síntomas psicósomáticos neurocirculatorios, siendo un síndrome que se caracteriza por disnea, fatiga exagerada, palpitaciones, temblores, demayos, vertigo, cefalea y miedo al esfuerzo.

5.- Las reacciones patológicas al temor, son respuestas afectivas exageradas a un peligro externo real y actual.

6.- Síntomas psicósomáticos, son los que se conforman por sintomatología orgánica y visceral debido a factores emocionales que actúan a través del sistema nervioso autónomo.

7.- Hipocondría y astenia: se refieren a una preocupación e interés obsesivos del individuo respecto al estado de su salud y las condiciones de sus órganos.

8.- Síntomas psicósomáticos gastrointestinales: son aquellos que presentan sintomatología relacionada con el aparato digestivo desde la boca hasta expresiones de mal funcionamiento del intestino grueso.

9.- Sensibilidad y desconfianza excesiva es la reacción que presenta el individuo ante la actitud o conducta que adoptan las personas de su alrededor y se caracterizan por considerar dichas actitudes dirigidas hacia su persona, provocando desconfianza.

10.- Por último los problemas psicopáticos y sociopáticos, son patrones repetitivos y persistentes de conducta no agresiva que viola los derechos de los demás o las reglas sociales correspondientes al grupo de la misma edad y que se manifiestan por violaciones crónicas a reglas, vagabundeo, abuso de sustancias tóxicas, robo, mentiras serias y repetidas dentro y fuera de casa, así como sentimientos de culpa cuando se le presiona o está en dificultades.

Por otro lado es importante destacar que habitualmente existen cambios psicológicos, propios del embarazo parto y puerperio, los cuales tienen factores desencadenantes, diferentes en cada gestante.

I.- Embarazo: enfoque global. La relación de la madre con su hijo no comienza, fisiológica o psicológicamente, en el momento del nacimiento. Todos los padres desarrollan algunas

impresiones acerca del hijo que aún no ha nacido durante el crecimiento intrauterino de éste. Aunque se trata de un proceso continuo, resulta útil dividir al embarazo en varios es tad ios, cada uno de ellos con sus características psicológicas específicas propias:

A. Antes del embarazo. Las experiencias pasadas de la em bar az a d a constituyen un factor determinante fundamental y configuran el tipo de madre en que aquélla se convertirá. Es frecuente que los niños en edad preescolar imiten a sus pa- dr es en una medida que resulta sorprendente. Esta imitación prosigue hasta la vida adulta y se pone de manifiesto en las funciones individuales, las fantasías, los hábitos laborales y las interacciones con el resto de las personas. Por otra- parte el contacto de un niño con otras personas adultas in- fluye de manera importante en sus actitudes. A partir de es- tas experiencias, todo sujeto desarrolla un sentido de placer o disgusto, optimismo o pesimismo respecto a su deseo y capa- ci dad para ser padre.

B. Confirmación del embarazo, (entre el primero y tercer mes de la gestación).

1. Ciertos cambios precoces inducen a la madre a so- pe char que se encuentra embarazada; entre ellos, los siguien tes:
 - a. Pérdida del período menstrual.
 - b. Sensación de sopor o náuseas matutinas.
 - c. Alteraciones vagas, como un sentido de plenitud abdo

minal o cierta fatigabilidad.

d. Oscurecimiento de las areolas.

2. La mayoría de las mujeres se someten a una prueba de embarazo o a una exploración pélvica poco después de notar dichas alteraciones. Si la mujer se encuentra en estado de gestación, se produce una serie de cambios importantes en las semanas posteriores:

a. Cambios en las expectativas de función personal (p.ej., planes profesionales, libertad personal, sensación de comenzar a ser una "verdadera mujer").

b. Cambios en la conformación corporal (conciencia sobre el propio aspecto; preocupación respecto a que se produzcan modificaciones *inalterables*, como obesidad o estrías).

c. Cambios en las relaciones con el entorno (todas las relaciones se modifican cuando la mujer se encuentra embarazada).

3. La adaptación a dichos cambios exige casi siempre un gasto importante de energía. Por ello es mejor que el clínico considere cada uno de esos aspectos del cambio como un reto, al que toda embarazada debe enfrentarse durante la gestación. El centro de atención de la mujer en ese momento es ella misma y la significación que esas modificaciones tendrán para ella como madre y como persona. Debido a las importantes y difíciles adaptaciones que deben efectuarse durante el comienzo del embarazo, la mayoría de las mujeres afirma ini ---

cialmente que no se encuentran muy satisfechas de estar embarazadas; sin embargo a un nuevo interrogatorio en un momento posterior de su gestación, el 80 o 90% responden que se sienten felices a ese respecto, (2). Esto reafirma aún más la hipótesis de que un objetivo importante al comienzo del embarazo consiste en aprender a adaptarse a los cambios necesarios durante la gestación.

La madre puede comenzar a pensar activamente en la necesaria alteración que va a sufrir su forma de vida.

C. Primeros movimientos del feto (aproximadamente al 4o. mes). Al comenzar a moverse el feto, la embarazada puede empezar a experimentarlo como individualidad. Esto sitúa la relación madre-hijo más allá de una simple apreciación abstracta de lo que está sucediendo intraabdominalmente, permitiendo la clara percepción del desarrollo de un ser independiente.

D. Parto. El último mes del embarazo suele considerarse como un período difícil. El niño crece rápidamente y la embarazada experimenta mayor fatigabilidad y malestar. También en este momento puede deteriorarse la situación clínica de la gestante, apareciendo mayor retención de líquidos, hipertensión y otros problemas médicos.

En la etapa parto, muchas embarazadas presentan una ansiedad importante. La mayoría de ellas nunca han sufrido con anterioridad ese grado de ansiedad y difícilmente pueden

controlarlo con eficacia. Las posibles razones de esa maror-
ansiedad, todas ellas respuestas fisiológicas y psicológicas
normales al embarazo (un aumento en los cambios de humor, -
mayor irritabilidad, preocupación excesiva, una preocupación
clara por la salud y el bienestar del feto " será normal el-
niño? ", " soportaré el parto sin dificultades?", etc., una -
disminución de la movilidad, junto con sensación de frustra-
ción por no poder efectuar ningún tipo de planes, por la in-
minencia del parto).

E. Parto, Tras el parto, la mayoría de las madres no dan
excesiva importancia al dolor que sufrieron en aquél. Lo que
recuerdan con mayor frecuencia es su relación con las perso-
nas que la rodearon, las circunstancias específicas del tra-
bajo de parto, así como el período de expulsión y el grado -
de temor que sintieron respecto a la salud del niño.

Una preparación adecuada para el parto disminuye las mo-
lestias y permite una cooperación optimista por parte de la
parturienta, por lo que es importante que el médico facilite
activamente este tipo de preparación a sus pacientes.

F. Posparto.

1. Precoz. El establecimiento de lazos emocionales en
tre los padres y el recién nacido puede empezar inmediaamen-
te después del parto. Recientemente se ha escrito mucho so-
bre la importancia de las primeras interrelaciones entre la-
madre o los padres y el recién nacido y el posterior desa--

rrollo de su relación mutua.

2. Tardío. Después del alta (segundo o tercer día) la mayoría de los padres sufren dificultades de dos tipos, fundamentalmente: adaptación a los horarios del recién nacido y nuevas funciones que pueden exigir un cambio importante en las relaciones, sobre todo de pareja.

II. Problemas especiales del embarazo.

A. Estrés importante. La mayoría de las mujeres se ~~adapta~~: al estrés del embarazo sin grandes dificultades; sin embargo, casi todas ellas sufren problemas importantes en algún momento de la gestación o el puerperio. En estos casos es cuando el médico puede ayudar tanto en la detección precoz de los problemas como en las alternativas para un buen manejo y tratamiento integral.

B. La madre joven (embarazo en la adolescencia). En nuestro país el número de adolescentes que quedan embarazadas ha aumentado considerablemente en los últimos años. En la adolescencia que presenta por sí misma necesidades de crecimiento únicas, el desarrollo físico y psicológico normal se complica con el embarazo. Este debe tratarse como una situación crítica, por el impacto duradero y muchas veces negativo que tiene tanto sobre la joven madre como sobre su hijo.

C. La prematuridad o cualquier enfermedad en el recién nacido representa uno de los problemas más frecuentes y difíciles con que enfrenta el médico, y constituye una situa

ción que debe considerarse siempre como de crisis relativa -- para los padres, en donde resulta esencial resolver esos -- sentimientos de pesadumbre para favorecer una relación rea- lista entre los padres y el nuevo ser.

D. Cambios afectivos. La depresión es una entidad muy fre- cuente cuyos síntomas oscilan entre ligeros cambios tempora- les del humor y una psicosis depresiva grave e incapacitante. Durante el embarazo y el puerperio pueden producirse toda la gama de alteraciones depresivas. Aunque habitualmente se cree que estos trastornos se deben a alteraciones hormonales y -- fisiológicas propias del embarazo, los datos que reúne la li- teratura actual no apoyan esta teoría, como son cambios del- humor, depresión endógena, depresión posparto, manía; dichos cambios aunque sufren una evolución natural ondulante, con-- una duración de días a meses, deben ser valorados y tratados específicamente.

E. Trastornos psicóticos. Pueden ser agudos o crónicos, y la percepción de la realidad se manifiesta por alucinacio- nes, ideas ilusorias y confusión, es aquí también fundamen- tal la ayuda médica.

F. Utilización de la medicación psicotrópica. La medica- ción psicotrópica tiene un valor incalculable en el trata- miento de los trastornos psicóticos, pero no se deben pres- cribir crónicamente, a menos que la situación del paciente pueda ser valorada de forma regular y cuidadosa. Una revi-

sión frecuente sobre el uso de medicación psicotrópica en el embarazo insiste en la falta relativa de riesgo para la madre y el feto. Indudablemente, estos medicamentos habrán de ser utilizados cuando esté indicado, pero la dosificación y duración del tratamiento deben ser mínimas y adecuarse a las necesidades de cada paciente.

G. Suicidio. La prevención de este es muy difícil, los intentos más graves se producen en personas que sufren depresiones extremas. Está casi siempre en relación con dificultades en las relaciones interpersonales. Si se consigue ayudar al paciente a superar su crisis, suele mejorarse en forma favorable.

Lo anterior fundamenta aún más, la necesidad implementar un proceso educativo, en pro a mejorar la atención materno-infantil, en una forma integradora, abarcando tanto aspectos biológicos, como psicológicos y sociales, que deben tener igual, la misma importancia al ser explorados por el médico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

EXISTE DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA, EN EL NIVEL DE ANSIEDAD PRE Y POST PROCESO EDUCATIVO EN PACIENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA U.M.F. # 20 " VALLEJO ", DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1993 A FEBRERO DE 1994?

HIPOTESIS.

Hi.

LAS PACIENTES EMBARAZADAS DERECHAHABIENTES DE LA U.M.F.
20 " VALLEJO "; QUE PARTICIPAN EN UN PROCESO EDUCATIVO —
DISMINUYEN SIGNIFICATIVAMENTE EL NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRE-
SENTAN DURANTE LA GESTACION.

Ho.

LAS PACIENTES EMBARAZADAS DERECHAHABIENTES DE LA U.M.F.
20 " VALLEJO ", QUE PARTICIPAN EN UN PROCESO EDUCATIVO NO
DISMINUYEN SIGNIFICATIVAMENTE EL NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRE-
SENTAN DURANTE LA GESTACION.

MATERIAL Y METODOS.

LINEA DE ESTUDIO: CLINICA-EPIDEMIOLOGICA.

TIPO DE ESTUDIO: ES UN ESTUDIO EXPERIMENTAL, COMPARATIVO,
LONGITUDINAL Y PROSPECTIVO.

LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: U.M.F. # 20 " VALLEJO"
DEL I.M.S.S., UBICADA EN AV. VALLEJO #
675, COL. MAGDALENA DE LAS SALINAS.

TIEMPO: DE JUNIO DE 1993 A FEBRERO DE 1994.

RECURSOS:

HUMANOS:

- PACIENTES EMBARAZADAS.
- RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR,
2do. AÑO.
- ASESORES MEDICOS, ENCARGADOS DEL
CURSO DE ESPECIALIZACION PARA RE-
SIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR.
- PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL.

MATERIALES:

- TEST PROYECTIVO DE CORNELL-INDEX
- CARTA DESCRIPTIVA DEL PROCESO —
EDUCATIVO.
- PIZARRON, ROTAFOLIOS, MECANOGRAMAS
PELICULA Y PROYECTOR DE PELICULAS.

FINANCIEROS:

- LO PROPORCIONADO POR EL DEPARTA-
MENTO DE INVESTIGACION Y ENSEÑAN-
ZA, Y TRABAJO SOCIAL DE LA U.M.F.
20 VALLEJO.
- LO PROPORCIONADO POR EL INVESTI-
GADOR.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

1. CRITERIOS DE INCLUSION:

1.1. PACIENTES EMBARAZADAS DE LA U.M.F # 20 " VALLEJO ",
QUE SE ENCUENTREN DENTRO DE LOS PRIMEROS 8 MESES DE EMBARAZO.

1.2. PACIENTES EMBARAZADAS QUE NO PRESENTEN CUADRO AGUDO
DE ALGUNA PATOLOGIA.

1.3. PACIENTES EMBARAZADAS QUE DESEEN PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE.

2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

2.1 EMBARAZADAS QUE ABANDONEN EL PROCESO EDUCATIVO.

2.2. EMBARAZADAS QUE PRESENTEN COMPLICACIONES DURANTE EL
PROCESO EDUCATIVO.

2.3 EMBARAZADAS QUE SEAN CANALIZADAS AL 2do. NIVEL DE -
ATENCIÓN.

2.4 EMBARAZADAS QUE SUFRAN INTERRUPCION DE SU EMBARAZO-
DURANTE EL ESTUDIO.

3. CRITERIOS DE NO INCLUSION.

3.1 EMBARAZADAS QUE NO DESEEN PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

SISTEMA DE MUESTREO:

Se seleccionó a un grupo de embarazadas (21 pacientes), según los criterios de inclusión, con apoyo de trabajo social, cuyo personal reúne normalmente a embarazadas los días lunes, en el auditorio de la unidad, para proporcionar pláticas sobre control prenatal, la selección se llevó a cabo hasta que se logró reunir el número de integrantes mencionada do siendo esto posible después de tres semanas consecutivas trabajando tanto en el turno matutino como en el vespertino, dándose a conocer brevemente lo que se pretendía con el estudio, así como los temas a desarrollar durante el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Reunido el grupo de embarazadas, se procedió a la ampliación de la información proporcionada durante la selección, añadiendo la forma de trabajar durante el curso, acordando el horario, el cual fué de 9 a 11 A.M., los días lunes, miércoles y viernes de dos semanas consecutivas; el lugar donde se trabajo fué el aula de la unidad.

En la primera de las 6 sesiones, posterior a la información mencionada, se aplicó el Test de Cornell-Index y posterior a esto, se dió lectura a la carta descriptiva (aclarando las dudas surgidas al respecto), cuyo contenido fué el siguiente:

Sesión No. 2 : Anatomía y Fisiología del aparato reproductor masculino y femenino. Anexo (4)

Sesión no. 3 : Generalidades del embarazo, parto y puerperio, señalando los signos y síntomas normales. Anexo (5).

Sesión no. 4-5: Factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo. Anexo (6 y 7).

Sesión no. 6 : Evaluación del curso, aplicación del Test de Cornell-Index, se recalcó la importancia de la atención prenatal.

Cabe mencionar que en la primera sesión se proporcionó a las pacientes los mecanogramas necesarios, así como copia de la carta descriptiva. Anexo (3).

APLICACION, CALIFICACION E INTERPRETACION DEL TEST
DE CORNELL-INDEX.

A. Es un instrumento que al aplicarse, no requiere de más instrucciones que las indicadas en el mismo cuestionario donde el examinado responde directamente. Es importante que antes de iniciar la aplicación se resuelvan todas las dudas de la forma de contestar.

B. Para la calificación del instrumento se computa el total de respuestas afirmativas por área, según el cuadro de clasificación por reactivos representativos de cada área; — anexo (2).

C. Una vez obtenidos los puntajes, se translada a porcentajes, utilizando la tabla de conversión a porcentajes, localizado, según el total de puntos por área.

D. Finalmente, las áreas tienen clínicamente tres grados de severidad, que se establecen de acuerdo al porcentaje obtenido.

PRESENTACION DE RESULTADOS:

- El curso se concluyó con 19 pacientes de un total de 21 porque dos de ellas fueron excluidas del estudio, al ser canalizadas al segundo nivel de atención por presentar un embarazo de alto riesgo.

- Se cumplió con el programa de la carta descriptiva, anexo 3, en 6 sesiones, los días lunes, miércoles y viernes, con un horario de 9 a 11 a.m., durante dos semanas consecutivas.

- A través del Test de Cornell-Index, se obtuvieron como resultados estadísticos, los siguientes:

a. Las pacientes embarazadas fueron clasificadas de acuerdo a su edad en años, en 4 clases con una amplitud de 5, — siendo la clase de 26 a 30 años de edad la que predominó, — aportando 8 elementos al grupo, siguiendole la clase de 21 a 25 con 5 elementos aportados al grupo, representando un 42.1% y un 26.3% respectivamente. Cabe mencionar que el rango de edad de las pacientes fué de 16 a 35 años de edad. Ver infra cuadro 1.

b. Al clasificar a las pacientes en número de embarazos se formaron para fines estadísticos dos subgrupos: primigestas y multigestas con 10 (52.6%) y 9 (47.4%) elementos respectivamente. Ver infra. Cuadro 2

c. Se clasificarón también por trimestre de embarazo, —

observandose predominio en los dos últimos trimestres del embarazo ya que entre ambos aportaron al total de integrantes 15 miembros (8 y 7 respectivamente), lo que representó un - 78.9%, mientras que el grupo del primer trimestre sólo aportó al total 4 (21%) miembros. Ver infra. Cuadros 3 y 4.

d. Por escolaridad: se reportaron 5 (26.3%) con estudios de primaria; 4 (41%) con secundaria; 7 (36.85%) con preparatoria o comercio, siendo la clase que más predominó en el estudio; y 3 (15.8%) con estudios profesionales. Ver infra. — Cuadro 5.

e. En relación al estado civil, se formaron 3 clases, predominando la de las casadas con 16 (84.21%) elementos, la — clase de unión libre y madre soltera aportaron 2 (10.5%) y - 1 (5.26%) respectivamente. Ver infra Cuadro 6.

f. También fueron clasificadas según su ocupación, donde se captaron 12 (63.2%) dedicadas al hogar y 7 (36.8%) que la boraban fuera del hogar, siendo más predominante el primero. Ver infra. Cuadro 7.

g. En cuanto al grado de ansiedad se observó que previo al curso 6 pacientes no presentaron ansiedad, 5 se encontraron en nivel leve, 5 en moderado y 3 en severo, y posterior al mismo , se observó que el número de elementos sin ansiedad permaneció igual, no así en los grados leve, moderado y severo, donde las cifras fueron: 5,3 y cero respectivamente. Ver infra. Cuadro 8 y 8 bis.

CUADRO 1

**PACIENTES EMBARAZADAS DEL PROCESO EDUCATIVO
POR GRUPO DE EDAD**

UMF No.20 "VALLEJO" INSS NOV-93 / FEB-94

EDAD EN AÑOS	EMBARAZADAS	%
18 - 20	4	21.0
21 - 25	5	26.3
26 - 30	8	42.1
31 - 35	2	10.5
TOTAL	19	100.0

CUADRO 2
EMBARAZADAS SEGUN GESTAS
UMF No 20 "VALLEJO" INSS NOV-93 / FEB-94

GESTAS	EMBARAZADAS	%
PRIMIGESTAS	10	52.63
MULTIGESTAS	9	47.37
TOTAL	19	100.0

CUADRO 3
EMBARAZADAS SEGUN TRIMESTRE DE GESTACION
UMF No 20 "VALLEJO" INSS NOV-93 / FEB-94

TRIMESTRE	EMBARAZADAS	%
1°	4	21.05
2°	8	42.10
3°	7	36.85
TOTAL	19	100.0

CUADRO 4

EMBARAZADAS SEGUN N° DE GESTACIONES Y TRIMESTRE

UMF No20 "VALLEJO" IMSS NOV03 / FEB-04

GESTACION	TRIMESTRE			TOTAL	%
	1°	2°	3°		
PRIMIGESTA	1 3.3	4 21	5 26.3	10	52.6
MULTIGESTA	3 15.8	4 21	2 10.5	9	43.4
TOTAL	4	8	7	19	100

CUADRO 5**PACIENTES EMBARAZADAS DEL PROCESO EDUCATIVO
POR ESCOLARIDAD**

UMF No 20 "VALLEJO" IMS S NOV-83 / FEB-84

ESCOLARIDAD	EMBARAZADAS	%
PRIMARIA	5	26.32
SECUNDARIA	4	21.05
PREPARATORIA O COMERCIO	7	36.85
PROFESIONAL	3	15.78
TOTAL	19	100.00

CUADRO 6
PACIENTES EMBARAZADAS DEL PROCESO EDUCATIVO
POR ESTADO CIVIL

UMF No 20 "VALLEJO" IMSS NOV-93 - FEB-94

ESTADO CIVIL	EMBARAZADAS	%.
CASADAS	16	84.21
UNION LIBRE	2	10.53
MADRE SOLTERA	1	5.26
TOTAL	19	100.00

CUADRO 7
PACIENTES EMBARAZADAS DEL PROCESO EDUCATIVO
POR OCUPACION

UMF No 20 "VALLEJO" IMSS NOV-93 - FEB-94

OCUPACION	EMBARAZADAS	%.
HOGAR	12	63.16
FUERA DEL HOGAR	7	36.84
TOTAL	19	100.00

CUADRO 7 bis

EMBARAZADAS SEGUN ESCOLARIDAD Y OCUPACION

UMF No 20 "VALLEJO" INSS NOV-93 / FEB-94

ESCOLARIDAD	OCUPACION		TOTAL	%
	HOBAR	F. del HOBAR		
PRIMARIA	4	1	5	26.3
SECUNDARIA	2	2	4	21
PREPARATORIA O COMERCIO	6	1	7	36.9
PROFESIONAL	0	3	3	15.8
TOTAL	12	7	19	100.0

CUADRO 8**EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD
PRE Y POST PROCESO EDUCATIVO****UNF No-20 VALLEJO INSS NOVI03 / FEB 04**

NIVEL DE ANSIEDAD	EMBARAZADAS			
	PRE	%	POST	%
NORMAL	6	31.6	6	31.6
LEVE	5	26.3	8	42.1
MODERADO	5	26.3	5	26.3
SEVERO	3	15.8	0	0
TOTAL	19	100.0	19	100.0

CUADRO 8 bis

PACIENTES ENBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD, PRE Y POST PROCESO EDUCATIVO

UMF No. 20 "VALLEJO" IMSS NOV-93 / FEB-94

NIVEL DE ANSIEDAD	ENBARAZADAS							
	PRE	%	POST				TOTAL	%
			NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO		
NORMAL	6	31.6	5	0	1	0	6	31.6
LEVE	5	26.3	1	4	0	0	5	26.3
MODERADO	5	26.3	0	4	1	0	5	26.3
SEVERO	3	15.8	0	0	3	0	3	15.8
TOTAL	19	100.0	6	8	5	0	19	100.0

CUADRO 9

**EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD Y No DE GESTACION
PRE Y POST PROCESO EDUCATIVO**

UMF No 20 "VALLEJO" INSS NOV-83 / FEB-84

No. GESTACION	NIVEL DE ANSIEDAD									
	PRE					POST				
	N	L	M	S	Total	N	L	M	S	Total
PRIMIGESTA	3	3	4	0	10	3	5	2	0	10
	18.8	18.8	21	0	52.6%	18.8	29.3	10.5	0	52.6%
MULTIGESTA	3	2	1	3	9	3	3	3	0	9
	18.8	10.5	5.2	18.8	47.4%	18.8	18.8	18.8	0	47.4%
TOTAL	6	5	5	3	19	6	8	5	0	19
	31.6	26.3	26.3	18.8	100%	31.6	42.1	26.3	0	100%

N= NORMAL L=LEVE M=MODERADA S=SEVERA

CUADRO 10

**EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD
PRE Y POST PROCESO EDUCATIVO**

UMF No 20 "VALLEJO" INSS NOV-83 / FEB-84

TRIMESTRE	NIVEL DE ANSIEDAD									
	PRE					POST				
	N	L	M	S	Total	N	L	M	S	Total
1°	3	0	0	1	4	3	0	1	0	4
	18.8	0	0	5.2	21%	18.8	0	5.2	0	21%
2°	2	2	2	2	8	2	4	2	0	8
	10.5	10.5	10.5	10.5	42.1%	10.5	21	10.5	0	42.1%
3°	1	3	3	0	7	1	4	2	0	7
	5.2	18.8	18.8	0	36.8%	5.2	21	10.5	0	36.8%
TOTAL	6	5	5	3	19	6	8	5	0	19
	31.6	26.3	26.3	18.8	100%	31.6	42.1	26.3	0	100%

CUADRO II
 EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD, No DE GESTACION Y TRIMESTRE
 UNF No20 VALLEJO INSS NOV83 / FEB84

TRIMESTRE		NIVEL DE ANSIEDAD									
		PRE					POST				
		N	L	M	S	Total	N	L	M	S	Total
1º	PRIM.	1 5.3	0	0	0	1 5.3%	1 5.3	0	0	0	1 5.3%
	MULTI.	2 10.5	0	0	1 5.3	3 15.8%	2 10.5	0	1 5.3	0	3 15.8%
2º	PRIMI.	1 5.3	1 5.3	2 10.5	0	4 21%	1 5.3	3 15.7	0	0	4 21%
	MULTI.	1 5.3	1 5.3	0	2 10.5	4 21%	1 5.3	1 5.3	2 10.5	0	4 21%
3º	PRIMI.	1 5.3	2 10.5	2 10.5	0	5 25.3%	1 5.3	2 10.5	2 10.5	0	5 25.3%
	MULTI.	0	1 5.3	1 5.3	0	2 10.5%	0	2 10.5	0	0	2 10.5%
TOTAL		6 31.6	5 25.3	5 25.3	3 15.8	19 100%	6 31.6	8 26.3	5 25.3	0	19 100%

CUADRO 12

EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD Y ESCOLARIDAD
 UNF No 20 "VALLEJO" INSS NOV 93 / FEB 94

ESCOLARIDAD	NIVEL DE ANSIEDAD									
	PRE					POST				
	N	L	M	S	Total	N	L	M	S	Total
PRIMARIA	0	2	1	2	5	1	2	2	0	5
SECUNDARIA	2	1	1	0	4	1	2	1	0	4
PREPARATORIA O COMERCIO	2	2	3	0	7	2	4	1	0	7
PROFESIONAL	2	0	0	1	3	2	0	1	0	3
TOTAL	6	5	5	3	19	6	8	5	0	19

N = NORMAL L = LEVE M = MODERADO S = SEVERO

CUADRO 13

EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD Y OCUPACION
 UNF No 20 "VALLEJO" INSS NOV '93 / FEB '94

OCUPACION	NIVEL DE ANSIEDAD									
	PRE					POST				
	N	L	M	S	Total	N	L	M	S	Total
HOGAR	2	3	5	2	12	1	6	5	0	12
FUERA DEL HOGAR	4	2	0	1	7	5	1	1	0	7
TOTAL	6	5	5	3	19	6	7	6	0	19

CUADRO 14

EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTADO CIVIL

UNF No.30 "VALLEJO" INSS NOV-83 / FEB-84

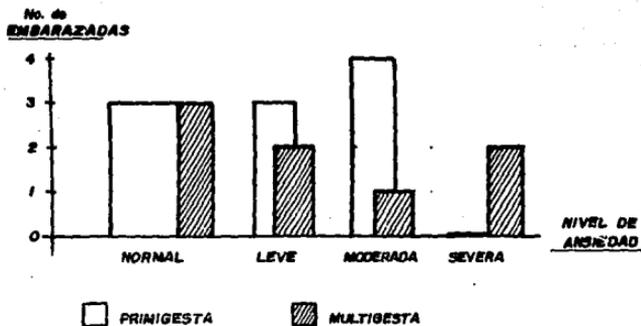
ESTADO CIVIL	NIVEL DE ANSIEDAD									
	PRE					POST				
	N	L	M	S	Total	N	L	M	S	Total
CASADA	6 31.6	2 10.5	5 26.3	3 15.8	16 84.2%	5 26.3	6 31.6	5 26.3	0	16 84.2%
MADRE SOLTERA	0	1 5.3	0	0	1 5.3%	0	1 5.3	0	0	1 5.3%
UNION LIBRE	0	2 10.5	0	0	2 10.5%	1 5.3	1 5.3	0	0	2 10.5%
TOTAL	6 31.6	5 26.3	5 26.3	3 15.8	19 100%	6 31.6	8 42.1	5 26.3	0	19 100%

N = NORMAL L = LEVE M = MODERADA S = SEVERA

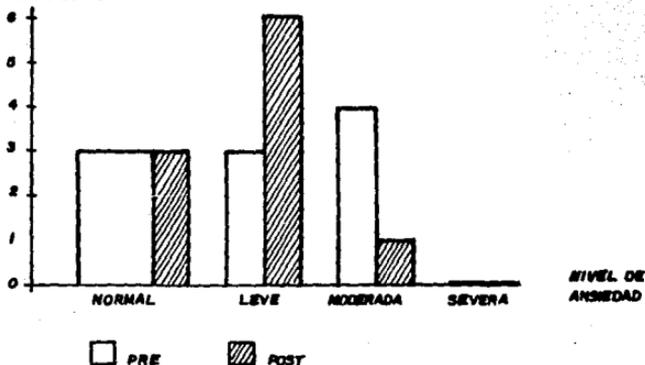
REPRESENTACION GRAFICA DEL CUADRO 9

**EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD Y No. DE GETAS
PRE Y POST PROCESO EDUCATIVO.**

UMF No. 20 "VALLEJO" IMSS NOV.93/FEB.94



REPRESENTACION GRAFICA DEL CUADRO 9
PRIMIGESTAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD PRE Y POST
PROCESO EDUCATIVO.
 UMF No. 20 "VALLEJO" IMSS NOV.93/FEB.94
PRIMIGESTAS



MULTIGESTAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD PRE Y POST
PROCESO EDUCATIVO.
 UMF No. 20 "VALLEJO" IMSS NOV.93/FEB.94

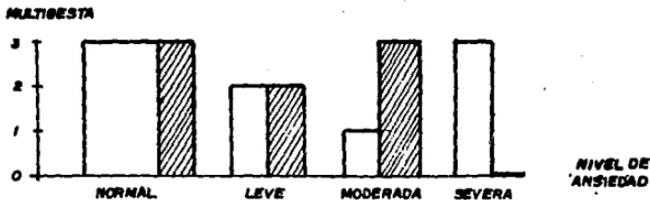
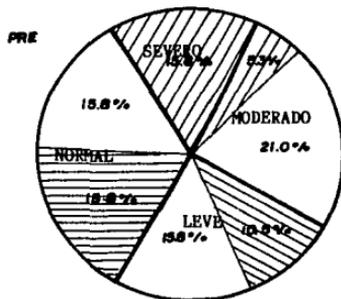
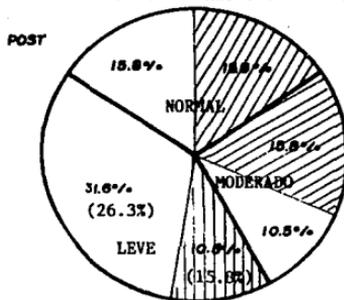


DIAGRAMA CORRESPONDIENTE AL CUADRO 8
EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD PRE PROCESO EDUCATIVO.



□ PRIMIGESTAS ▨ MULTIGESTAS

DIAGRAMA CORRESPONDIENTE AL CUADRO 9
EMBARAZADAS SEGUN NIVEL DE ANSIEDAD POST PROCESO EDUCATIVO



ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS:

El grupo de pacientes embarazadas estuvo constituido por 19 pacientes, las cuales se clasificaron de acuerdo a su edad en años en 4 clases con una amplitud de clase de 5, cabe comentar que el rango de edad de estas pacientes fué de 16 a 35 años de edad; la clase que más elementos apor~~t~~o al total de la muestra fué la de 26 - 30, seguida de la de 21 - 25 con un total entre ambas de 13 (8 y 5 elementos respectivamente) representando un 48.4%. En relación a resultados de estudios previos, existe similitud entre ellos y los encontrados en este estudio, en cuanto a este rubro se refiere (6), lo que comprueba que el programa de planificación familiar, está sirviendo de algo y que las mujeres se deben embarazar entre edades de 20 a 30 años.

2. En cuanto al número de gestas, se clasificó al grupo para fines estadísticos en dos clases: primigestas y multi-gestas encontrándose poca diferencia en el número de elementos aportados al total, siendo estos 10 (52.63%) y 9 (47.37%) respectivamente, al respecto no contamos con parámetros para poder comparar los resultados del estudio, pero podemos pensar que existe igual interés para participar en un proceso educativo.

2.1 Al relacionar los resultados con los niveles de an

siedad, se observó que pre al proceso educativo existe poca diferencia entre ambas clases ya que en las primigestas 3 de ellas (15.8%) no presento ansiedad, 3 (15.8%) presentarán un nivel leve y 4 (21%) un nivel moderado, no se presentarán pacientes con nivel severo; y posterior al proceso se observó una disminución en el número de pacientes con nivel moderado ya que 2 (10.5%) pasarón al nivel leve, permaneciendo el resto sin modificación. En cuanto a las multigestas pre al proceso se observó mayor frecuencia en el nivel severo — 3 (15.8%) seguido del nivel leve 2 (10.5%), 1 (5.2%) en moderado y 3 (15.8%) no presentarán ansiedad; y posterior al proceso las del grado severo pasarón al grado moderado y leve. Al respecto no contamos con parametros para poder comparar estos resultados, pero es notorio que las pacientes multigestas presentan mayor nivel de ansiedad que las primigestas, lo que tal vez se deba a experiencias previas. Cuadro 9:

3. En cuanto a la clasificación por trimestres, hubo notorio predominio en los dos últimos con 8 (42.1%) y 7 (36.35%) en el 2do y 3er. trimestre respectivamente. En relación a ello no contamos con parametros para comparar estos resultados. Pero consideramos que existe mayor preocupación por el desarrollo del embarazo en los dos últimos trimestres del mismo y que estos tal vez se deba a la cercanía del parto.

3.1 Relacionando estos resultados con el nivel de ansiedad observamos que 4 (21%) correspondieron al 1er. T. de las cua

les 3 (15.8%) no presentaron ansiedad y sólo 1 (5.3%) presentó un nivel severo; en el 2do. T. se presentaron 2 (10.5%) en cada nivel; en el 3er. T. 1 (5.3%) no presentó ansiedad, 3 (15.8%) presentaron nivel leve y fué la misma frecuencia en el nivel moderado, y ninguna presentó nivel severo. Posterior al proceso educativo, la modificación del nivel de ansiedad, fue favorable ya que las pacientes que se encontraban en el nivel severo 3 (15.8%) pasaron a los niveles moderado 2 (10.5%) y leve 4 (21%) y las pacientes de nivel moderado, pasaron a los niveles leve y normal 2 y una respectivamente. Esto se puede traducir como que en los dos últimos trimestres del embarazo además de presentarse la mayor frecuencia también se presentan los niveles más altos de ansiedad, lo que tal vez se deba como se mencionó anteriormente a la cercanía del parto. Cuadro II

3.2 Al interrelacionar las gestas y los trimestres de embarazo encontramos que el nivel de ansiedad más frecuente es el moderado con 4 (21%), en las primigestas y durante los últimos dos trimestres del embarazo, con 2 casos c/u. Mientras que en las multigestas el nivel más frecuente fué el severo y curiosamente durante los dos primeros trimestres del embarazo, con 1 y 2 casos respectivamente. Al respecto no contamos con parámetros para comparar estos resultados, pero se puede pensar que en las primigestas, por no tener experiencia previa, la cercanía de su parto le provoca mayor ansiedad.

dad. Mientras que en las multigestas el mismo desarrollo de su embarazo, en relación a las experiencias previas, las — hace ir disminuyendo su nivel de ansiedad. Cuadro 11

4. En cuanto a escolaridad, se clasificaron en 4 clases primaria, secundaria, preparatoria o comercio y profesional. Encontrándose que el mayor número de pacientes cuenta con — estudios de preparatoria o comercio 7 (36.8%), siguiendole las de con estudios de primaria con 5 (26.3%), en estos grupos se encontro también el mayor nivel de ansiedad, que correspondió al moderado 3 (15.8%) en las de preparatoria o comercio y 2 (10.5%) con nivel severo en las de primaria, — datos que no se esperaban, ya que aunque no contamos con parametros al respecto es de pensarse que las embarazadas con estudios de preparatoria tienen mayor información y preparación que las de secundaria, sin embargo en estas se presentarón sólo 2 (10.5%) sin ansiedad y una en nivel leve y la misma cifra con nivel moderado. Lo que hace pensar que es poca la influencia del grado de escolaridad en el nivel de ansiedad durante el embarazo o que puede sustituirse la información al respecto con la proporcionada en instituciones de — salud. Cuadro 12

5. Se clasificó a las pacientes también en cuanto a suocupación en dos clase que fueron dedicadas al hogar y las — que laboran fuera del hogar, encontrándose que predominó el primer subgrupo con 12 (63%) miembros aportados al grupo de

estudio, donde predominarón los niveles de ansiedad moderado 5 (26.3%) y leve 3 (15.8%), inclusive dentro de este subgrupo se encontraron dos de las pacientes que presentarón - un nivel de ansiedad severo. En tanto que en las que laboran fuera de su hogar 4 (21%) no presentarón ansiedad, 2 (10.5%) presentarón nivel leve y sólo una presentó un nivel severo. Posterior al curso ambos subgrupos modificaron en forma positiva su nivel de ansiedad, a pesar de que no contamos con parámetros al respecto, se puede decir que el trabajo fuera del hogar tiene influencia sobre el nivel de ansiedad que se presenta en las embarazadas. Es de aclarar que 3 (15.8%) contaban con estudios profesionales, lo que hace pensar que si se cuenta con una profesión, pero además se labora fuera de casa son factores que influyen en el nivel de ansiedad durante el desarrollo del embarazo, en forma positiva. Cuadro 13.

6. Otra clasificación que se consideró en el estudio fue la del estado civil: casadas, unión libre y madre soltera; - observandose que la mayor frecuencia estuvo representada por las casadas con 16 (84.2%), seguida por la de unión libre con 2 (10.5%) y madre soltera con 1 (5.3%), presentandose pre - procesos educativo, el mayor nivel de ansiedad en las casadas predominó el nivel moderado con 5 (26.3%), seguido del severo con 3 (15.8%), ambos representando un 42.1%, en tanto que en los subgrupos de madre soltera y unión libre predominó el nivel leve. No contamos con parámetros al respecto, pa

ro se puede decir que el estar casada influye en el nivel de ansiedad, en las pacientes embarazadas. Ver supra. Cuadro 14.

ANALISIS ESTADISTICO:

El nivel de ansiedad de las pacientes embarazadas fué -- medido mediante el Test de Cornell-Index, pre y post proceso educativo y analizados estos datos mediante la prueba de significancia estadística de Mc.Nemar, para variables escalares de dos muestras no independientes. Encontrándose un valor de significancia estadística de 2.4 con una $p < 0.05$ a un nivel de confianza del 95%, lo cual interpretamos como que la difarencia entre el nivel de ansiedad pre y post al estudio se -- puede explicar por el azar en menos de un 5% y por lo tanto -- las diferencias pueden explicarse por el proceso educativo -- en el cual participarán las pacientes embarazadas.

CONCLUSIONES:

- Se puede concluir que el nivel de ansiedad de las pa-
cientes embarazadas disminuyó significativamente posterior
a su participación en un proceso educativo.

- El nivel de ansiedad más frecuente en las pacientes em
barazadas fué el normal, sin embargo entre el nivel leve y -
moderado constituyeron el 52.6%.

- El nivel de ansiedad más frecuente en las pacientes em
barazadas que participan en un proceso educativo no se modi-
fica significativamente en el nivel normal, sin embargo los
casos severos disminuyen a 0 y el de leve se incrementa a 8
siendo la clase más representativa.

- El trimestre en donde se presenta mayor frecuencia es
el nivel de ansiedad es el 2do con 8 casos, seguido del 3er.
trimestre con 6 (31.6%) casos. siendo predominantes los nive
les : leve y moderado con 3 (15.8%) casos respectivamente.

COMENTARIOS:

El formar un grupo no es fácil, debido a que no existe conciencia de participación por parte de la comunidad, en este caso de las embarazadas y también de los compañeros de trabajo, ya que se mostrarán renuentes al solicitar su apoyo para la formación del grupo. Y abordarlo es más difícil ya que en primer lugar tenemos que no estamos acostumbrados a manejar grupos, por la formación profesional previa en donde se nos guió con un enfoque curativo individualista y en un nivel hospitalario, lo que apoya aún más la práctica de una medicina de tipo biologicista en un segundo y tercer nivel con tecnología cara y pacientes seleccionados por su tipo de patología y en las que, en la mayoría de las veces ya no es posible mejorar su pronóstico. Por lo que el surgimiento de la Medicina Familiar con carácter horizontal y teniendo como órgano blanco a la familia, con el apoyo del abordaje a grupos más amplios como lo son las comunidades y sumado a esto su enfoque preventivo más que curativo, en forma integral es decir abarcando aspectos tanto biológicos como psicológicos y sociales, a logrado buenos resultados, como los obtenidos en el estudio, claro esta con la participación de las embarazadas, lo que es fundamental para un proceso de enseñanza - aprendizaje.

Cabe mencionar que este tipo de estudios, se puede reali

zar en cualquier tipo de población no importando ni su ni
vel económico, educativo o ideológico, ya que sólo es neces
ario el interés de nosotros los médicos como investigadores,
concientes de que no hace falta tecnología sofisticada ni -
experimentos costosos para obtener resultados impactantes; y
más en el primer nivel de atención donde el objetivo princi
pal es prevenir.

R E S U M E N:

El objetivo de este estudio fué demostrar que existe di
ferencia estadísticamente significativa entre el nivel de an
siedad de las pacientes embarazadas, previo a un proceso de
enseñanza-aprendizaje y el nivel de ansiedad posterior al —
mismo, con la aplicación del Test de Cornell-Index.

Para ello se seleccionó a un total de 19 embarazadas a —
quienes se les aplicó el Test, pre y post proceso educativo,
el cual se efectuó en 6 sesiones donde se tratarón temas —
en relación al embarazo, parto y puerperio, según la carta —
descriptiva elaborada previamente, dichos temas se manejarón
de la siguiente manera:

a. Sesión no. 1: información sobre el objetivo del estu
dio, aplicación del Test proyectivo, análisis de la carta —
descriptiva, con la consecuente aclaración de dudas, sobre —
todo de las técnicas para trabajar, así también se proporcio
nárón los mecanogramas de los temas a desarrollar durante el
curso.

b. Sesión no. 2: Se revizó el tema de Anatomía y fisiolo
gía de los aparatos reproductores femenino y masculino con la
técnica: exposición con preguntas.

c. Sesión no. 3: Generalidades del embarazo, parto y puer
perio, señalando los signos y síntomas normales, con la técni
ca del taller y la proyección de una película titulada —

" Los primeros días de vida", proporcionada por la Secretaría de Salud.

d. Sesión no. 4 y 5 : Factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo. Con la técnica de exposición de preguntas, del taller y auxiliandonos de un rotafolio, proporcionado por Trabajo Social de la unidad.

e. Sesión 6 : Evaluación del curso, aplicación del Test, recalcanse la importancia de la atención prenatal, con la técnica del sociodrama y participación grupal.

Posterior a lo mencionado, se realizó el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, de donde se concluye que :

1. El nivel de ansiedad de las pacientes embarazadas disminuyó significativamente posterior a su participación en un proceso educativo.

2. El nivel de ansiedad más frecuente en las pacientes embarazadas fué el normal, sin embargo entre el nivel leve y moderado constituyeron el 52.6%.

3. El nivel de ansiedad más frecuente en las pacientes embarazadas que participan en un proceso educativo, no se modifica significativamente en el nivel normal, sin embargo los casos severos disminuyen a cero y el leve se incrementa a 8 siendo la clase más representativa.

4. El trimestre donde se presentan mayor frecuencia en el nivel de ansiedad es el 2do. con 8 casos, seguido del 3er. T

con 6 (31.6%), siendo predominante los niveles: leve y moderado con 3 (15.8%) casos respectivamente.

El nivel de ansiedad de las pacientes embarazadas fué — medido mediante el Test de Cornell-Index, pre y post proceso educativo y analizados estos datos mediante la prueba de significancia estadística de Mc Nemar, para variables escalares de dos muestras no independientes. Encontrándose un valor de significancia estadística de 2.4 con una $p < 0.05$ a un nivel de confianza del 95%.

BIBLIOGRAFIA:

1. Douglas B. and cols. "Ansiedad y Depresión en Medicina Revisión General". Clínicas Médicas de Norteamérica. 1992, 4:795-801, 803-13 y 971-985.
2. K.R. Niswander. "Manual de Obstetricia: Diagnóstico y Tratamiento". Editorial Salvat, 3a. Edición 1988.
3. Olds DL. and cols. "Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation". Rev. Pediatrics 1986, 77:16-28.
4. Ana Langer y cols. "El apoyo psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud en el recién nacido", Rev. Invest. Clin. 1993; 45:317-28.
5. Belizan V. "The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to the incidence of low birthweight in developed and developing societies". Am J. Obstet Gynecol, 1982; 143:793-8
6. Ana Ma. Salinas y cols. "Percepción de sintomatología común durante el embarazo, puerperio y lactancia". Salud Pública de México, 1991; 33(3): 248-57.
7. Ramsey CN and cols. "The relation ship between family functioning, life events, family structure and the outcomes of pregnancy". J. family Pract., 1986; 22: 521-7
8. Hector Mondragón. "Obstetricia básica ilustrada" Ed. Trillas, 4a. edición. 1991.
9. Merari D. and cols. "Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization". J.---

Assist - Reprod-Genet; 1992, 9(2): 161-9.

10. Wolfson A. "Effects of parent training on infant sleep ing patterns, parents, stress and perceived parental -- competence". J. Consult-Clin-Psychol, 1992; 60(1):41-8.
11. Maskey S. "Teenage pregnancy: doubts, uncertainties and psychiatric disturbance". J-R-Soc-Med, 1991; 84(12):723-5.
12. Hopmann MR and cols. "Anxiety in woman with low mater nal serum alpha -- fetoprotein screening", Prenatal-Diagn 1992; 11(6): 381-5.
13. Rossi N. and cols. "Maternal anxiety and childbirth".- Clin - Exp - Obstet - Gynecol, 1991; 18(1): 19-25.
14. Keenan KL and cols. "Low level of maternal serum alpha fetoprotein; its associated anxiety and the effects of genetic counseling", Am J. Obstet-Gynecol, 1991; 164(1 pt 1): 54-6.
15. A.M.H.G.O. No. 3, "Ginecologia y Obstetricia", 2da.ed. Editorial Francisco Méndez Oteo.
16. Cerda G.A. "Marco teórico metodológico para el aborda je integral de la salud familiar", Memorias del XVIII-Simposium Nacional de Medicina Familiar-ANREMFAC, IMSS, U.M.F. # 20, 30-31 de agosto 1986.
17. Ramón García-Pelayo y Gross. "Larousse, diccionario bá sico de la lengua española", Mexico DF 1984.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 U.M.F. # 20 " VALLEJO "
 DPTO. DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA.

NOMBRE: _____ . EDAD: _____ . SEXO: _____
 NO. DE AFILIACION: _____ . FECHA: _____
 NO. DE EMBARAZO: _____ . MES DE EMBARAZO: _____
 ESTADO CIVIL: _____ . OCUPACION: _____
 ESCOLARIDAD: _____ .

INSTRUCCIONES:

TRACE UN CIRCULO AL REDEDOR DE LA PALABRA SI, CUANDO SU RESPUESTA SEA AFIRMATIVA. CUANDO SEA NEGATIVA, ENCIERRE EN UN CIRCULO LA PALABRA NO. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS QUE A CONTINUACION SE LE PRESENTAN. MARQUE LA RESPUESTA QUE LE PAREZCA MAS JUSTA.

- 1.- SI NO ¿SE HA SENTIDO ANTERIORMENTE DEPRIMIDO O TRISTE?
- 2.- SI NO ¿FRECUENTEMENTE SE SIENTE DECAIDO?
- 3.- SI NO ¿TIENE USTED MUCHO CALOR O MUCHO FRIO POR RATITOS?
- 4.- SI NO ¿SE HA DESMALLADO EN MAS DE DOS OCACIONES EN SU VIDA?
- 5.- SI NO ¿LE DAN MIEDO LOS LUGARES O LAS GENTES EXTRAÑAS?
- 6.- SI NO ¿PADECE DE MAREOS FRECUENTEMENTE?
- 7.- SI NO ¿SE SIENTE NERVIOSO O TEMEROSO CUANDO SE ACERCA UN SUPERIOR O AUTORIDAD?
- 8.- SI NO ¿CUANDO VE SANGRE SIENTE DESMAYARSE?
- 9.- SI NO ¿SE PONE NERVIOSO CUANDO LO OBSERVAN HACER UN TRABAJO O QUEHACER?
- 10.- SI NO ¿SIENTE MIEDO DE ESTAR SOLO?

- 11.- SI NO SE SIENTE NERVIOSO O MAREADO EN ESTE MOMENTO?
- 12.- SI NO SE EQUIVOCA CON FRECUENCIA CUANDO LE DAN OR
DENES?
- 13.- SI NO SE ATONTA CUANDO TIENE QUE ACTUAR RAPIDAMEN
TE?
- 14.- SI NO SUDA Y TIEMBLA USTED DURANTE UN EXAMEN?
- 15.- SI NO DESEA USTED QUE ALGUIEN LE AYUDE PARA CUAL
QUIER COSA, QUE TENGA QUE HACER?
- 16.- SI NO TIENE QUE HACER LAS COSAS LENTAMENTE PARA -
ESTAR SEGURA QUE LAS HACE BIEN?
- 17.- SI NO LE MOLESTA COMER EN CUALQUIER PARTE QUE NO
SEA SU CASA?
- 18.- SI NO TIENE USTED UNA INCONTROLABLE NECESIDAD DE
REPETIR LA MISMA ACCION O ACTO AUNQUE LE MO
LESTE?
- 19.- SI NO HABITUALMENTE LE ES DIFICIL TOMAR UNA DECI
SION POR SI MISMO?
- 20.- SI NO A MENUDO LAS COSAS LE PARECEN DIFICILES?
- 21.- SI NO FRECUENTEMENTE DESEA MORIRSE?
- 22.- SI NO LE DARIA MUCHO MIEDO QUEDARSE SIN TRABAJO?
- 23.- SI NO EL FUTURO LE PARECE A USTED HABITUALMENTE
INCIERTO O SIN ESPERANZA?
- 24.- SI NO ES USTED INDIFERENTE ANTE SITUACIONES VIO-
LENTAS?
- 25.- SI NO EN LAS REUNIONES LE ES DIFICIL ENTABLAR CON
VERSACION Y SIENTE DESEOS DE SEPARARSE DEL
GRUPO?
- 26.- SI NO DESEARIA DESCENTENDERSE DE LOS PROBLEMAS ---
QUE LE AQUEJAN?
- 27.- SI NO SE CONSIDERA USTED NERVIOSO?
- 28.- SI NO TIENE MIEDO SIN MOTIVO?
- 29.- SI NO LE CUESTA TRBAJO DORMIRSE O PERMANECER DOR
MIDO?

- 30.- SI NO SE PREOCUPA DEMACIADO POR CONTRARIEDADES IN
SIGNIFICANTES?
- 31.- SI NO SE SIENTE CON FRECUENCIA PREOCUPADO?
- 32.- SI NO A TENIDO ALGUNA VEZ UN PADECIMIENTO NERVIOSO?
- 33.- SI NO HA ESTADO USTED ANTERIORMENTE HOSPITALIZADO
EN ALGUNA INSTITUCION PARA ENFERMOS MENTALES?
- 34.- SI NO SE SOFOCA USTED CON PEQUEÑOS ESFUERZOS?
- 35.- SI NO TIENE A MENUDO MOLESTIAS EN EL CORAZON?
- 36.- SI NO A VECES SIENTE QUE SE LE QUIERE SALIR EL
CORAZON?
- 37.- SI NO FRECUENTEMENTE LE ES DIFICIL RESPIRAR O LE
DUELE LA CABEZA?
- 38.- SI NO PADECE USTED DE PALPITACIONES FRECUENTEMENTE
SIN NINGUNA RAZON APARENTE?
- 39.- SI NO ALGUNAS VECES SE ASUSTA DE LO QUE PIENSA?
- 40.- SI NO A MENUDO SE PONE USTED TEMBLOROSO?
- 41.- SI NO TIENE PESADILLAS FRECUENTEMENTE?
- 42.- SI NO SE ASUSTA CON LAS SOMBRAS Y RUIDOS REPENTI
NOS?
- 43.- SI NO LOS RUIDOS REPENTINOS LE HACEN BRINCAR?
- 44.- SI NO SE PONE NERVIOSO CUANDO ALGUIEN GRITA CERCA
DE USTED?
- 45.- SI NO A MENUDO SE SIENTE INQUIETO O INTANQUILO?
- 46.- SI NO TIENE PENSAMIENTOS O IDEAS QUE LO IMPRESIO
NAN MUCHO Y VUELVEN UNA Y OTRA VEZ A SU ME
TE?
- 47.- SI NO PADECE FRECUENTEMENTE DE DOLORES DE CABEZA?
- 48.- SI NO LE SUDAN MUCHO LAS MANOS O SU CUERPO EN EP
CAS DE FRIO?
- 49.- SI NO SIENTE USTED COMEZON CUANDO LO HACEN ENOJAR?
- 50.- SI NO TARTAMUDEA FRECUENTEMENTE?
- 51.- SI NO LE APARECEN EN OCACIONES TICS NERVIOSO?
- 52.- SI NO SE ORINABA USTED EN LA CAMA ENTRE LOS 8 y
14 AÑOS DE EDAD?

- 53.- SI NO PADECE DE MANOS Y PIES FRIOS?
- 54.- SI NO SUFRE DE ASMA?
- 55.- SI NO EN LAS NOCHES MOJA SU CAMA?
- 56.- SI NO ES USTED SONAMBULO?
- 57.- SI NO HA TENIDO USTED ATAQUES O CONVULSIONES?
- 58.- SI NO TIENE DOLORS DE ESPALDA QUE LE IMPIDEN SE-
GUIR TRABAJANDO?
- 59.- SI NO ALGUNAS VECES LE DUELEN TANTO LOS OJOS QUE
NO PUEDE VER?
- 60.- SI NO A MENUDO SE SIENTE EN MUY MAL ESTADO FISICO?
- 61.- SI NO TIENE USTED ACHAQUES O DOLORS TAN FUERTES
QUE LE IMPIDEN REALIZAR SU QUEHACER?
- 62.- SI NO TIENE TEMPORADAS DE AGOTAMIENTO O FATIGA?
- 63.- SI NO SE ACABA USTED MISMO CON PREOCUPACIONES POR
SU SALUD?
- 64.- SI NO SIENTE USTED DEBILIDAD O DOLORS DE PIES
DIARIO?
- 65.- SI NO SE SIENTE USTED CANSADO AL LEVANTARSE POR
LA MAÑANA?
- 66.- SI NO CUANDO TIENE DOLOR DE CABEZA O LE LATEN LAS
SIENES SE LE DIFICULTA HACER SUS LABORES?
- 67.- SI NO FRECUENTEMENTE SE ENFERMA Y SE SINTE DECAIDO?
- 68.- SI NO SE SIENTE TAN AGOTADO O FATIGADO QUE NO PUE-
DE NI COMER?
- 69.- SI NO SIENTE MAL APETITO?
- 70.- SI NO SUFRE CONSTANTEMENTE DE ESTRENIMIENTO O DIA-
RREA?
- 71.- SI NO MUY A MENUDO SIENTE EL ESTOMAGO REVUELTO?
- 72.- SI NO PADECE FRECUENTEMENTE DE ASCOS O VOMITOS?
- 73.- SI NO SUFRE DE INDIGESTION A MENUDO?
- 74.- SI NO FRECUENTEMENTE TIENE DOLORS DE ESTOMAGO O
ENFERMEDADES DEL MISMO?
- 75.- SI NO TRABAJAN MAL SU ESTOMAGO E INTESTINOS?
- 76.- SI NO CUANDO ACABA DE COMER, SIENTE DOLOR EN EL

ESTOMAGO QUE LE HACE DOBLARSE?

- 77.- SI NO USUALMENTE TIENE MOLESTIAS AL DIGERIR LA CO
MIDA?
- 78.- SI NO FRECUENTEMENTE SUFRE DE MALESTAR PORQUE SE -
LLENA DE GASES?
- 79.- SI NO LE HA DICHO ALGUN MEDICO QUE TIENE GASTRITIS?
- 80.- SI NO GENERALMENTE LA GENTE LO MAL INTERPRETA?
- 81.- SI NO HA TENIDO LA SENSACION DE SER OBSERVADO MIENTRA
TRAS TRABAJA?
- 82.- SI NO GENERALMENTE LO TRATAN MAL LAS DEMAS PERSONAS?
- 83.- SI NO HA TENIDO LA SENSACION DE QUE LA GENTE LO -
OBSERVA A HABLA DE USTED EN LA CALLE?
- 84.- SI NO GENERALMENTE LOS DEMAS ABUSAN DE SU BUENA FE?
- 85.- SI NO ES USTED TIMIDO O SENSIBLE?
- 86.- SI NO SE IRRITA O SE INQUIETA FACILMENTE?
- 87.- SI NO SE LE DIFICULTA HACER AMISTADES?
- 88.- SI NO ESTALLARIA SI NO SE CONTROLA CONSTANTEMENTE?
- 89.- SI NO ALGUNA VES LO ENVIARON A UNA ESCUELA CORRECCI
CIONAL?
- 90.- SI NO HA TENIDO PROBLEMAS PERDIDA SE SU EMPLEO -
POR BEBER?
- 91.- SI NO HA SIDO ARRESTADO MAS DE TRES VECES?
- 92.- SI NO HA TOMADO ALGUNA VES DROGAS Y SE LE A HECHO
COSTUMBRE?
- 93.- SI NO SIENTE USTED QUE SUS ENEMIGOS SE ENSAÑAN EN
PERSEGUIRLO?
- 94.- SI NO LE MOLESTA QUE ALGUIEN LE DIGA LO QUE TIENE
QUE HACER?
- 95.- SI NO FRECUENTEMENTE AHOGA SUS PENAS BEBIENDO?
- 96.- SI NO HACE COSAS SIN PENSARLAS?
- 97.- SI NO SE SIENTE HABITUALMENTE ENGAÑADO?
- 98.- SI NO SE ENOJA SI NO OBTIENE LO QUE QUIERE DE INMED
DIATO?

- 99.- SI NO LE DESAGRADA EL SEXO OPUESTO?
- 100.- SI NO TIENE QUE ESTAR SIEMPRE ALERTA CON SUS AMIGOS, POR DEFENDERSE DE ELLOS?
- 101.- SI NO FRECUENTEMENTE TIENE ARRANQUES DE ENOJO?

Anexo no. 2

CUADRO DE CLASIFICACION Y PORCENTAJE DEL TEST DE

CORELL-INDEX.

- * 1. NEUTRA O DE INTRODUCCION.
- I. 2-19 DEFICIENCIAS DE ADAPTACION POR SENTIMIENTOS DE MIEDO E INSUFICIENCIA.
- II. 20-26 REACCIONES PATOLOGICAS DEL HUMOR, ESPECIALMENTE DEPRESION.
- III. 27-33 ANGUSTIA.
- IV. 34-38 SINTOMAS PSICOSOMATICOS NEUROCIRCULATORIOS.
- V. 39-46 REACCIONES PATOLOGICAS DE TEMOR.
- VI. 47-61 OTROS SINTOMAS PSICOSOMATICOS.
- VII. 62-68 HIPOCONDRIA Y ASTENIA.
- VIII. 69-79 SINTOMAS PSICOSOMATICOS GASTROINTESTINALES.
- IX. 80-85 SENSIBILIDAD Y DESCONFIANZA EXCESIVA.
- X. 86-101 PROBLEMAS SOCIOPATICOS.

AREA I	AREA II, III Y VII.	AREA VI	AREA VIII
1 = 6%	1 = 14 %	1 = 7 %	1 = 9 %
2 = 11%	2 = 28	2 = 13	2 = 18
3 = 17	3 = 43	3 = 20	3 = 27
4 = 22	4 = 57	4 = 27	4 = 36
5 = 28	5 = 71	5 = 33	5 = 45
6 = 33	6 = 86	6 = 40	6 = 54
7 = 39	7 = 100	7 = 47	7 = 64
8 = 44		8 = 53	8 = 73
9 = 50	AREA IV	9 = 60	9 = 82
10 = 56		10 = 66	10 = 91
11 = 61	1 = 20%	11 = 73	11 = 100
12 = 66	2 = 40	12 = 80	
13 = 72	3 = 60	13 = 87	AREA IX
14 = 78	4 = 80	14 = 93	1 = 17%
15 = 83	5 = 100	15 = 100	2 = 33%
16 = 89			3 = 50
17 = 94	AREA V		4 = 66
18 = 100			5 = 83
	1 = 12%	4 = 50%	6 = 100
	2 = 25	5 = 62	
	3 = 37	6 = 75	
		7 = 87%	
		8 = 100	

continuación de ANEXO 2

AREA X

1 = 6 %	7 = 44%	12 = 75%
2 = 13	8 = 50	13 = 81
3 = 19	9 = 56	14 = 87
4 = 25	10 = 63	15 = 94
5 = 31	11 = 68	16 = 100
6 = 38		

CALIFICACION CLINICA:

DE 0 - 33%	=	LEVE
DE 34 - 66%	=	MODERADO
DE 67 - 100%	=	SEVERO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.F. # 20 " VALLEJO "
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA.

TEMA:	OBJETIVOS:	MATERIAL Y METODOS:
PRESENTACION DEL GRUPO APLICACION DEL TEST. (sesión no. 1)	AL TERMINO DEL CURSO EL ALUMNO SERA CAPAZ DE: 1. Conocer a cada uno de los integrantes. 2. Propiciar la integración grupal. 3. Contestar los cuestionarios.	A. Test de Cornell-Index.
APARATO REPRODUCTOR MASCULINO Y FEMENINO. (sesión no. 2)	1. Describir la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.	A. MECANOGRAMA. B. EXPOSICION CON PREGUNTAS.
GENERALIDADES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	1. Definir brevemente, lo que es el embarazo, parto y puerperio. 2. Señalar los cambios que se dan durante el embarazo, parto y puerperio. 3. Señalar los signos y síntomas del parto y puerperio normales.	A. MECANOGRAMAS. B. TALLER. C. Película.
ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO. (sesión no. 3)		
FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES (sesiones 4 y 5)	1. Señalar los factores de riesgo durante el embarazo. 2. Describir brevemente las complicaciones más frecuentes durante el embarazo.	A. MECANOGRAMAS. B. ROTAFOLIO C. EXPOSICION CON PREGUNTAS.
EVALUACION DEL CURSO APLICACION DEL TEST (sesión no. 6)	1. Identificar la asimilación de los conocimientos. 2. Contestar los cuestionarios.	A. SOCIODRAMA. B. TEST DE CORNELL-INDEX.

Anexo no. 4
ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO:

Para mejor entendimiento se divide en órganos genitales externos y órganos genitales internos:

Los externos, son las partes visibles desde el exterior, que comprenden lo que se conoce como VULVA y son las siguientes:

* Monte Pubiano.- saliente localizada por delante del hueso llamado pubis, está formada por grasa y cubierta por una piel obscura, que en la adolescencia se cubre de vello.

* Labios mayores.- son dos salientes blandas que parten del monte bubano, en forma de pliegues redondeados, tienen tejido -graso, vasos por donde les llega sangre, los llega a cubrir el vello.

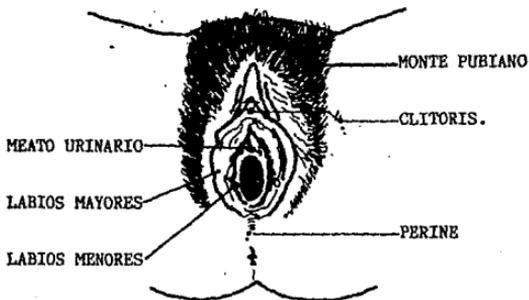
* Labios menores, son más pequeños que los anteriores, planos y rojizos, por lo regular se encuentran siempre húmedos, se unen tapando el orificio vaginal.

* Clitoris.- es pequeño, se encuentra por arriba de la entrada del canal vaginal, arriba del orificio por donde sale la orina, tiene vasos sanguíneos y es muy sensible, es lugar de placer o gusto durante las relaciones sexuales.

* Meato Urinario .- orificio por donde sale la orina.

* Periné.- Región entre el ano y la vulva.

ESQUEMA DE LOS ORGANOS GENITALES EXTERNOS:



Para mejor entendimiento se divide en órganos genitales externos y órganos genitales internos:

Los externos, son las partes visibles desde el exterior, que comprenden lo que se conoce como VULVA y son las siguientes:

* Monte Pubiano.- saliente localizada por delante del hueso llamado pubis, está formada por grasa y cubierta por una piel obscura, que en la adolescencia se cubre de vello.

* Labios mayores.- son dos salientes blandas que parten del monte bubuano, en forma de pliegues redondeados, tienen tejido - graso, vasos por donde les llega sangre, los llega a cubrir el vello.

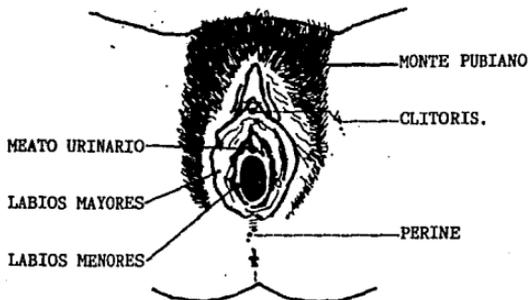
* Labios menores, son más pequeños que los anteriores, planos y rojizos, por lo regular se encuentran siempre húmedos, se unen tapando el orificio vaginal.

* Clitoris.- es pequeño, se encuentra por arriba de la entrada del canal vaginal, arriba del orificio por donde sale la orina, tiene vasos sanguíneos y es muy sensible, es lugar de placer o gusto durante las relaciones sexuales.

* Meato Urinario .- orificio por donde sale la orina.

* Periné.- Región entre el ano y la vulva.

ESQUEMA DE LOS ORGANOS GENITALES EXTERNOS:



Los organos genitales internos son los siguientes:

* Vagina.- conducto que va desde la vulva hasta el útero, sirve como paso para la menstruación o flujos, por aquí penetra el pene (organos genital masculino), durante las relaciones sexuales y es conducto del parto.

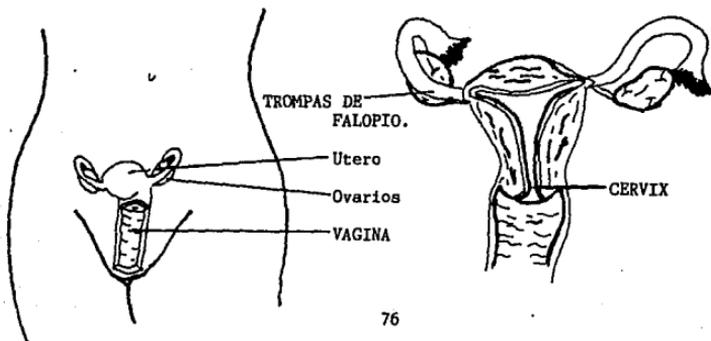
* Útero.- es un órgano hueco, cuya parte más baja se llama - cervix o cuello de la matriz, tiene tres capas en su interior; - una externa que lo cubre y en donde salen elementos que sirven - para sostenerlo; una media, que es la más gruesa y resistente de la matriz; y la capa interna, la cual se desprende durante la menstruación - (regla) tiene vasos por donde llega la sangre a - ese lugar.

* Cervix o cuello de la matriz: orificio, que permite el paso del sangrado en la menstruación, flujos o salida del producto en el parto normal.

* Trompas de Falopio o tubas uterinas.- son dos una a cada - lado de la matriz o útero, terminan cerca del ovario, por aquí - viajan los óvulos y los espermatozoides, en ellas en una o en o tra se lleva a cabo la fecundación (unión del óvulo con el espermatozoide).

* Ovarios.- son dos, en forma de huevo, aplanados, se encuentran cerca de las trompas, aquí se forman los óvulos.

ESQUEMA DE LOS ORGANOS GENITALES INTERNOS:



FALLA DE ORIGEN

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO:

Esta constituido por:

* Testiculos.- son dos y tiene como función principal producir espermatozoides, lo que se inicia apartir de la juventud.

* Epididimo.- es un tubo de aproximadamente 5cm., que se úne a cada testículo, en su parte de arriba.

* Conducto deferente.- es la continuación del epididimo, es un tubo que mide de 30 a 40cm. y sale desde el escroto, recorriendo parte del abdomen, llegando hasta la base de la vejiga urinaria.

* Vesiculas seminales.- es continuación de los anteriores -- pero más amplios, tiene como función terminar la maduración de los espermatozoides.

* Conductos eyaculadores.- salen de las anteriores y llegan a cada lado de la uretra prostática.

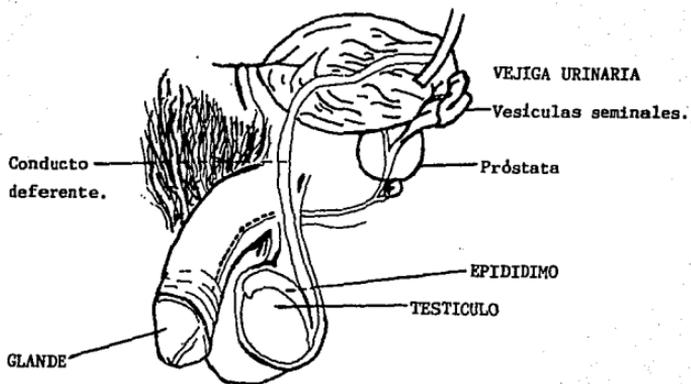
* Uretra.- es un conducto más largo en el hombre que en la mujer, sale desde la vejiga y llega al exterior por el pene, tiene dos funciones, eliminación de la orina y la salida de los espermias.

* Prostata.- organo ubicado en la parte inferior de la vejiga, forma un líquido, que a su vez se une a los espermias.

* Escroto.- es una bolsa que cubre a los testiculos.

* Pene.- se encuentra encima del escroto, es el organo que penetra en la vagina durante el acto sexual. En su parte final se encuentra el glande que es la parte más sensible del pene. El pene se llena de sangre con rapidez, lo que hace que aumente de tamaño y se ponga duro, al desalojar la sangre se pone blando y disminuye de tamaño.

ESQUEMA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO:



EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

El embarazo es un proceso natural, que surge como respuesta a una relación sexual, entre un hombre y una mujer, ambos con características específicas, es decir capaces de procrear sin anomalías, que da como consecuencia, la fecundación (la unión de un óvulo y un espermatozoide, para formar un nuevo ser).

El embarazo consta de tres trimestres, nueve meses o 40-semanas de gestación, desde la presencia de la última menstruación o regla hasta el momento de la iniciación del parto; este tiempo es variable, ya que existen factores que pueden alterarlo; es importante mencionar que dos semanas antes y dos semanas después, al tiempo mencionado se considera como normal en el término del embarazo.

Durante esos nueve meses la embarazada debe aumentar en promedio 10 kgs. (por el aumento del tamaño del producto, el líquido donde este se encuentra, la placenta y otros tejidos)

Tanto la mujer como el producto sufren cambios, importantes naturales para mantener un buen desarrollo del embarazo.

En el coito (en la relación sexual), se lleva a cabo la penetración del pene (órgano sexual masculino) dentro de la vagina de la mujer, donde es depositado un líquido, llamado líquido seminal, que contiene a los espermatozoides, de los cuales, que son millones; sólo uno, el más fuerte; será capaz de penetrar en el óvulo (desprendido del ovario de la mujer); siempre y cuando ella se encuentre fértil, contando a partir del día 14 de su sangrado, tres días antes y tres días después; la fertilidad varía en cada mujer, de acuerdo a su ciclo menstrual, condiciones psicológicas (de la mente)

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

y orgánicas.

El espermatozoide recorre la trompa de Falopio y penetra en el óvulo. El óvulo fecundado, se implanta en el útero, en el endometrio, que es un recubrimiento interno de éste, y — que sirve para dar las condiciones necesarias para el desarrollo del huevo, que posteriormente dará origen a un nuevo ser.

CAMBIOS QUE SUFRE EL NUEVO SER.

El huevo es el nuevo ser, la división celular o del huevo da origen a lo que se llamará embrión, que primeramente tiene forma de disco, esto ocurre durante los primeros tres meses. A los 45 días mide 12mm. la cabeza comienza a tener forma, así como las extremidades y los pulmones. A los 68 días mide 25mm y adquiere aspecto humano, la cara presenta señales de lo que serán los ojos, oídos y nariz, en el pecho el corazón se reduce a su lugar; a los tres meses se llamará feto — midiendo 75mm, formándose las uñas y distinguiéndose el sexo. A los 4 meses la cara tiene facciones humanas, a los 5 meses aparece el pelo en el cuerpo y cabeza, a los 6 meses las cejas y las pestañas pueden ya identificarse; a los 7 meses aparece un viejito arrugado; a los 8 y 9 meses se deposita la grasa, las extremidades se engrosan más y el producto está listo para nacer. (esta información se complementará con una película, al respecto, titulada los primeros días de vida)

CAMBIOS EN LA MUJER: SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS.

Suspensión de la menstruación, la falta de esta en una mujer sana, que ha menstruado regularmente con anterioridad y a tenido relaciones sexuales, será el primer signo para pensar en un embarazo.

Síntomas digestivos: son frecuentes las náuseas y los vó

y orgánicas.

El espermatozoide recorre la trompa de Falopio y penetra en el óvulo. El óvulo fecundado, se implanta en el útero, en el endometrio, que es un recubrimiento interno de éste, y — que sirve para dar las condiciones necesarias para el desarrollo del huevo, que posteriormente dará origen a un nuevo ser.

CAMBIOS QUE SUFRE EL NUEVO SER.

El huevo es el nuevo ser, la división celular o del huevo da origen a lo que se llamará embrión, que primeramente tiene forma de disco, esto ocurre durante los primeros tres meses. A los 45 días mide 12mm. la cabeza comienza a tener forma, así como las extremidades y los pulmones. A los 68 días mide 25mm y adquiere aspecto humano, la cara presenta señales de lo que serán los ojos, oídos y nariz, en el pecho el corazón se reduce a su lugar; a los tres meses se llamará feto — midiendo 75mm, formándose las uñas y distinguiéndose el sexo. A los 4 meses la cara tiene facciones humanas, a los 5 meses aparece el pelo en el cuerpo y cabeza, a los 6 meses las cejas y las pestañas pueden ya identificarse; a los 7 meses parece un viejito arrugado; a los 8 y 9 meses se deposita la grasa, las extremidades se engrosan más y el producto está listo para nacer. (esta información se complementará con una película, al respecto, titulada los primeros días de vida)

CAMBIOS EN LA MUJER: SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS.

Suspensión de la menstruación, la falta de esta en una mujer sana, que ha menstruado regularmente con anterioridad y a tenido relaciones sexuales, será el primer signo para pensar en un embarazo.

Síntomas digestivos: son frecuentes las náuseas y los vó

mitos, que por lo regular se presentan en la mañana, aparecen después de la 4a. semana, y desaparecen espontáneamente después del primer trimestre, también puede haber agruras y lo que tan notorio, el aumento de volumen abdominal.

Urinarlos: los deseos de ir a orinar son constantes en las primeras semanas de la gestación, por la compresión del útero sobre la vejiga, lo que provoca urgencia para orinar.

En las mamas, se nota aumento de su tamaño, por aumento de la grasa y elementos llamados glándulas; es constante en el embarazo, la zona de mayor color que rodea al pezón se oscurece aún más, el pezón crece y se hace más duro y eréctil, se forma el calostro, que posteriormente dará origen a la leche para amantar al bebé.

Percepción de los movimientos fetales por la madre, en las semanas 16 - 19, la mujer recibe unos ligeros movimientos abdominales, y mayor crecimiento del abdomen.

Pigmentación de la piel y estrias abdominales, se forma lo que se llama línea alba, especialmente en las mujeres morenas, sobre la parte media de abajo hacia arriba del abdomen. En algunas mujeres aparecen en la cara las manchas pardas (papilo).

Cambios en los genitales, los labios se tornan morados o azules, por el llenado importante de los vasos, por donde llega la sangre a esta área.

Otros cambios que se producen son: fatiga o cansancio, flojera, dolor de cabeza, mareos, e incluso cambios en su carácter (llanto fácil, irritabilidad, se ponen muy sensibles).

PARTO NORMAL.

Se entiende por parto, la expulsión del producto por vías naturales, por el canal vaginal.

Cuando el parto evoluciona sin que haya ninguna complicación, se llama parto normal o eutócico, si todo el trabajo durante el parto es sin ninguna complicación se llama espontáneo, es decir que el niño nazca sin ayuda (por ejemplo sin forceps).

PERIODOS O TIEMPOS DEL TRABAJO DE PARTO:

1. Primer período del trabajo de parto, se inicia con las contracciones uterinas, manifestándose como dolores en el abdomen, siendo frecuentes, regulares y rítmicos, siendo capaces de ir abriendo poco a poco el cuello o cervix de la matriz.

2. Segundo período: va desde la apertura o dilatación completa del cervix hasta la salida total del producto.

3. Tercer período: se concluye con la salida de la placenta.

Es importante mencionar que las contracciones del verdadero trabajo de parto tienen características específicas, de ser muy dolorosas, con una frecuencia de 3 a 4 en 10 minutos, con una duración cada una de 40 a 50 segundos, en un principio el dolor es referido al abdomen y a la espalda posteriormente se presenta en la parte baja del abdomen y la pelvis. Se debe estar pendiente, para reconocer que las contracciones que se presentan no sean menos de tres, porque se prolonga el parto y más de cinco acortan el paso de origen al producto, provocando que este sufra, por lo que se debe acudir al médico, para que el valore e inicie un tratamiento adecuado.

Normalmente el parto espontáneo dura de 4 a 6 hrs., en las multiparas, o sea en las que han tenido varios hijos y en las primigestas dura entre 8 y 10 hrs. el trabajo de parto.

Signos y síntomas que acompañan al trabajo de parto: salida de moco, sangre fresca escasa o bien un líquido claro, a esto se le conoce como "rotura de la fuente".

FUERPERIO NORMAL.

Este período se inicia desde el momento en que sale la placenta hasta 40 días posteriores, lo que se conoce como la cuarentena. Durante este período los órganos externos e internos de la mujer vuelven a la normalidad, a ser como eran antes del embarazo.

Consta de tres etapas:

1. El inmediato, que dura las primeras 24 hrs. donde se presenta sangrado por la vagina, que no debe ser más de 500 mililitros, en esta etapa la matriz se encuentra por abajo del ombligo, la paciente se encuentra en ocasiones sudorosa.
2. El puerperio mediato, que dura 8 días, en el cual el sangrado va disminuyendo en cantidad, siendo cada vez más claro.

Durante este tiempo debe tenerse mayor cuidado de la herida que en ocasiones se realiza a algunas mujeres, para ayudar a salir al producto, durante el parto, a esta herida se le llama episiotomía.

3. Puerperio tardío, dura hasta terminar los 40 días, la paciente inicia ya en forma sus actividades del hogar, poco a poco, en forma normal, puede aún continuar saliendo líquido

blanco, claro, pero cada vez más escaso por la vagina, también se puede iniciar durante el 20o ó 30o día un sangrado franco, que se puede deber a una menstruación normal. En este periodo es importante iniciar un control de la fertilidad - con un metodo anticonceptivo, para planificar la familia.

Otro punto importante es el inicio de las relaciones sexuales con su pareja.

Durante el puerperio inmediato o más frecuentemente en el mediato se inicia la lactancia o alimentación al seno materno al bebé.

COMPLICACIONES QUE OCURREN DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL
EMBARAZO.

En el periodo que corresponde a las primeras 20 semanas de embarazo, tienen especial importancia las complicaciones hemorrágicas, entre ellas encontramos al aborto, embarazo molar y embarazo ectópico.

1. ABORTO: es la expulsión del producto, antes de las 20 semanas o con peso menor de 500grs. Puede ser:

a. Espontáneo, en donde no interviene ningún factor intencionadamente, es decir, por causas de anomalía en el propio huevo, por anomalías en el útero o cervix, se mueve el embrión, se desprende y es expulsado.

b. Aborto provocado o inducido, es aquel en que se interrumpe intencionadamente el embarazo, también son causas para que se lleve a cabo las alteraciones anormales, del huevo, la matriz, o del cervix, pero se agregan otras como traumatismos diversos (golpes, caídas), infecciones graves, mala alimentación y otros, "embarazo no deseado".

2. EMBARAZO MOLAR: se presenta al formarse en el útero una anomalía en forma de racimos de uvas color claro, pero no existe embrión alguno. La paciente puede notar crecimiento abdominal, falta de su menstruación y en caso de su expulsión: sangrado y salida de elementos en forma de gotas de agua.

3. EMBARAZO ECTÓPICO: consiste en la implantación del huevo fuera de la cavidad uterina, también se llama embarazo extrauterino, puede encontrarse en la trompa, cervix o en el ovario, incluso en otro órgano del abdomen, esto puede producir un cuadro de dolor intenso por la irritación que se produce, al no ser este el sitio normal de implantación o bien-

provocarse la rotura o rompimiento de ese lugar y por lo tanto producir sangrado y dolor. La paciente presenta síntomas como si estuviera embarazada en forma normal.

COMPLICACIONES DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

En este periodo del embarazo pueden ocurrir complicaciones derivadas, originadas de la placenta, cordón umbilical, el líquido amniótico o del aparato genital de la mujer embarazada.

A. 1. Dé la Placenta: puede ocurrir que esta se implante en un lugar más bajo que el normal, inclusive puede occluir el cervix, lo que ocasiona sangrado por la vagina, repentino, fresco y SIN DOLOR. Como factores para que esto ocurra tenemos: mujeres con varios embarazos en forma frecuente, edad avanzada al tener el primer embarazo, antecedentes de legrados repetidos y miomas.

2. Desprendimiento prematuro de la placenta: es la separación parcial o total de la placenta que se encuentra normalmente implantada, antes de que se inicie el trabajo de parto o durante el mismo, se manifiesta por sangrado y dolor abdominal, el sangrado es oscuro de color pardusco o sin coágulos. Como causas para que esto se presente tenemos: traumatismos y enfermedades como la presión alta, múltiples embarazos, trabajo de parto prolongado y otros.

B. 1. Del cordón umbilical, podemos encontrar un cordón largo más de lo normal con nudos y circulares del mismo, lo que puede provocar en el producto un sufrimiento fetal por compresión del mismo o bien por enrollarse en el cuello del producto lo que puede condicionar a realizar una cesárea de urgencia.

C. 1. Del líquido amniótico: se deben al aumento o a la poca cantidad del mismo, lo que puede ocasionar síntomas como dificultad para respirar, dolor abdominal, hinchazón, muchas ganas de ir a orinar o bien dificultar la exploración para valorar la frecuencia cardiaca fetal, también se puede ocasionar con ello posiciones anormales del producto (posición de nalgas, de hombro etc.), esto ocurre cuando es mayor la cantidad de líquido; cuando es menor se ocasiona unión de la piel del feto y la placenta, lo que ocasiona deformaciones o abortos.

D. 1. Del aparato genital femenino: principalmente son por malformaciones de los órganos tanto externos como internos, desde un útero doble hasta un cervix débil, lo que va a condicionar un desarrollo anormal o con riesgo en el embarazo.

" Lo importante de conocer las alteraciones antes mencionadas, es para que la embarazada, pueda en un momento dado reconocer síntomas anormales, en forma oportuna y por lo tanto recurra con el médico para un tratamiento oportuno y específico ".

Anexo no. 7
COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO:

Las complicaciones médicas que coinciden con el embarazo ocupan un sitio especial en la atención prenatal por su frecuencia y gravedad.

Su importancia se debe a que durante el embarazo, la mujer sufre cambios tanto en sus órganos como en sus funciones lo que puede originar que una patología que no estaba presente se desarrolle.

Cuando coinciden algunos padecimientos con el embarazo, pueden complicarlo en varias formas afectando a la madre y - al feto o a ambos. El embarazo a su vez puede ocasionar que la forma clínica del padecimiento asociado sea más grave.

Entre estas complicaciones tenemos:

1. Diabetes mellitus: la asociación de esta con el embarazo siempre ofrece résigo, ya que en el embarazo se producen elementos llamados hormonas que tienen la capacidad de provocar la diabetes. Lo que produce en la embarazada una baja de su azúcar y en el feto mayor producción de insulina una - hormona que regula la cantidad de azúcar circulante en el - organismo, provocandose en el feto un aumento de su tamaño - que no es normal (macrosomía) e hipoglucemia (baja de su azúcar) a su nacimiento.

2. TOXEMIA GRAVIDICA: es una enfermedad de causa desconocida, que se asocia al embarazo, cuyas características son: hinchazón (edema), presión alta y proteínas en la orina (esto sólo se detecta por el laboratorio), que aparece entre la semana 20 de gestación y el final de la primera semana - posparto. Se llama eclampsia cuando se acompaña de convulsiones o ataques y cuando no están presentes se llama pre-eclampsia.

3. EPILEPSIA : esto durante el embarazo es muy raro, pero es importante señalarla por que en ocasiones se confunde con la eclampsia y da lugar a tratamientos erroneos. Lo destacado de esta patologia es que se puede heredar a los hijos.

4. INFECCION DE VIAS URINARIAS: se presenta con mucha frecuencia y en ocasiones no da sintomatologia o molestias, pero puede agravarse y dañar seriamente al producto y a la madre que puede causar toxemia, prematuridad e incluso muerte fetal. dentro de las manifestaciones podemos citar: muchas ganas de orinar, quedarse con deseos de seguir orinando, ardor febre, dolor al orinar y cambios en la coloración de la orina.

5. Otras infecciones que pueden presentarse son por contagio, de las cuales podemos mencionar a la gripe: que es una enfermedad contagiosa, que se presenta sobre todo durante los meses de invierno, la paciente puede sentir dolor de cabeza, dolor de cuerpo, escalofrios o fiebre, tos, dolor en el pecho y espalda, por lo que es importante acudir con su médico para ser valorada y tratada adecuadamente y no llegar a complicaciones más graves como por ejemplo una neumonia, la cual necesitaria de un tratamiento más agresivo, el cual podría dañar al producto.

- El sarampión, la rubeola, la varicela y la hepatitis son enfermedades contagiosas, que pueden causar anomalías en el producto y hasta perdida del mismo, poniendo en riesgo también la vida de la madre. En algunas como la rubeola, se puede prevenir con vacunas pero debe ser aplicada antes de embarazarse. Por lo anterior es importante que cuando la embarazada, presente, datos como ronchas, granitos, fiebre y malestar general acuda con su médico para valoración y tratamiento integral.

- Infecciones genitales: estas se producen por contagio durante las relaciones sexuales y deben por lo tanto ser diag

noticadas y tratadas a tiempo, ya que si esto ocurre pone - en peligro la vida del producto y de ella misma, ya que se - pueden presentar partos prematuros o abortos, así como malfor - maciones y/o productos infectados, que si se recuperan pueden quedar con dano cerebral y ser retrazados mentales o tener - en el futuro crisis convulsivas.

La embarazada debe considerar los siguientes datos: eg - currimientos (secreciones o flujos), de mal olor, de color - amarillento, blanquecino o verdoso, sangrados, comezón, dolor durante sus relaciones sexuales con su pareja y malestar ge - neral.

Por todo lo anterior es importante que la embarazada, — acuda a su control prenatal, como se lo indicará su médico. Esto evitará muchas complicaciones y sin sabores.

ANEXO B

CLASIFICACION CLINICA DEL NIVEL DE ANSIEDAD DE 19 EMBARAZADAS PRE Y POST PROCESO EDUCATIVO
 SEGUN TEST DE CORNELL-INDEX

UMF No 20 "VALLEJO" MESS NOV-88 / FEB-94

(CALCULO DEL PROMEDIO Y DE LA DESVIACION ESTANDAR DE LOS CAMBIOS OBSERVADOS)

INDIVIDUOS	NIVEL DE ANSIEDAD		DIFERENCIAS (pre-post)	DESVIACIONES	DESVIACIONES AL CUADRADO
	pre	post			
1	57	53	14-9	5	25
2	43	29	18-9	9	36
3	71	57	14-9	5	25
4	0	0	0-9	-9	81
5	29	14	14-9	5	25
6	0	0	0-9	-9	81
7	43	29	18-9	9	36
8	71	43	28-9	19	361
9	71	57	14-9	5	25
10	29	14	14-9	5	25
11	29	29	0-9	-9	81
12	14	14	0-9	-9	81
13	0	43	-43-9	-42	2704
14	0	0	0-9	-9	81
15	0	0	0-9	-9	81
16	29	0	29-9	19	361
17	57	29	28-9	20	400
18	43	14	29-9	20	400
19	0	0	0-9	-9	81
TOTAL	582	411	171	0	4900
	$\bar{X} = 30.6$	$\bar{X} = 21.6$	$\bar{X} = 9$		