

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA**



**INTERVENCION PSICOEDUCATIVA Y NIVEL DE ANSIEDAD
EN MADRES GESTANTES EN EL CENTRO DE SALUD
INTEGRAL EL ROSAL**

TESIS DE GRADO

**POR: MARIA SOLEDAD ZULETA SEPULVEDA
TUTOR : Dra. ANA M. GRYZBOWSKI GAINZA**

**La Paz – Bolivia
2017**

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO UNO	11
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
A. AREA PROBLEMÁTICA	11
1) MARCO HISTÓRICO	11
2) MARCO DE HECHOS	12
3) MARCO DE INVESTIGACIONES	15
B. PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	21
1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
2) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	22
Pregunta fundamental	22
Preguntas complementarias	22
C. OBJETIVOS	23
1) Objetivo General	23
2) Objetivos Específicos	23
D. HIPÓTESIS	24
E. JUSTIFICACIÓN	24
CAPÍTULO DOS	27
MARCO TEÓRICO	27
REVISIÓN DE LOS PRINCIPALES CONCEPTOS	27
A. INTERVENCIÓN PSICOEDUCTIVA	27
1) Características de intervención Psicoeducativa	29
2) Intervención en el centro de salud integral “El Rosal”	35
3) Intervención de los Profesionales	36
B. ANSIEDAD	37
1) Clasificación de la Ansiedad por sus Síntomas.	40
2) Escala de la Intensidad de la Ansiedad.	46
3) Etiología De La Ansiedad	53

4) Bases Biológicas de la Ansiedad.	53
C. EL EMBARAZO	61
1) La Fecundación	61
2) Cambios Fisiológicos.	61
3) Cambios durante el Embarazo.....	62
4) Así Crece.	63
5) Cambios Psicológicos.....	65
D. PSICOLOGÍA DE ENLACE.....	67
1) Incidencia de los factores psicológicos.	70
2) Causas del desarrollo en esta área.	71
3) Objetivos de la psicología de enlace.....	73
4) Modelos de consulta.	74
5) Modelo centrado en el paciente.	74
6) Modelo de consulta psicológica indirecta o Modelo de proceso educativo.	75
7) Modelo de enlace.....	75
CAPÍTULO TRES	79
METODOLOGÍA	79
A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	79
1) Tipo de Estudio	79
2) Diseño de Investigación	79
B. VARIABLES.....	80
1) Definición conceptual de las variables	81
2) Definición operacional de las variables.....	82
C. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	83
1) Universo.....	83
2) Características de las unidades de observación.....	83
3) Tipo de muestra no probabilística.	83
4) Tamaño de la muestra.	84

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	84
1. Técnicas.....	84
2. Instrumentos.	84
2.1. Programa Psicoeducativo “Mi Primer Vínculo”.	84
2.2. Características del Programa “Mi Primer Vínculo”.....	85
2.3. Escala de Ansiedad de Hamilton.	86
D. AMBIENTE.	88
E. PROCEDIMIENTO.	88
CAPÍTULO CUATRO	90
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO.....	90
MI PRIMER VÍNCULO.....	90
PARTE I.....	90
Fundamentación.....	90
Objetivos.....	91
Contenidos.	92
Metodología.....	95
Recursos.	96
Evaluación.....	97
PARTE II.....	98
PLAN DE ACCIÓN DEL PROGRAMA.....	98
SESIÓN 1.....	98
SESIÓN 2.....	98
Objetivos.....	98
Contenidos	99
Desarrollo específico de la sesión.	99
Propuesta Metodológica.....	99
SESIÓN 3.....	100
Objetivos.....	100
Contenidos.	101

Desarrollo específico de la sesión.	101
Propuesta Metodológica.	101
2ª SESIÓN PARA PADRES.	102
Objetivos.....	103
Contenidos.	103
Desarrollo específico de la sesión.	103
Propuesta metodológica.	103
SESIÓN 4.....	104
Objetivos.....	104
Desarrollo específico de la sesión.	104
Propuesta Metodológica.	104
SESIÓN 5.....	105
Objetivos.....	105
Contenidos.	105
Desarrollo específico de la sesión.	106
Propuesta Metodológica.	106
SESIÓN 6.....	107
Objetivos.....	107
Contenidos.	107
Desarrollo específico de la sesión.	108
Propuesta Metodológica.	108
SESIÓN 7.....	108
Objetivos.....	108
Contenidos.	109
Desarrollo específico de la sesión.	110
Propuesta Metodológica.	110
SESIÓN 8.....	110
Cuidados del puerperio.....	110

Objetivos.....	110
Contenidos.	111
Desarrollo específico de la sesión.	111
Propuesta Metodológica.	111
SESIÓN 9.	112
Objetivos.....	112
Contenidos.	112
Desarrollo específico de la sesión.	113
Propuesta Metodológica.	113
Material específico necesario para el desarrollo de la sesión.....	113
Evaluación del Programa.....	114
DESARROLLO DEL PROGRAMA.	114
CAPITULO CINCO	115
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.	115
I. Resultados del procesamiento.....	116
II. Análisis del pre y post test de la escala de ansiedad de hamilton.	120
III. Análisis de contingencia de la escala de ansiedad de hamilton. ..	124
IV. Análisis de la experiencia clínica.	138
V. Análisis y discusión de los resultados.....	145
CAPÍTULO SEIS	146
CONCLUSIONES.	146
RECOMENDACIONES.	148
ANEXOS	155

RESUMEN

Esta investigación fue realizada en el **Centro de Salud Integral “El Rosal”** del Barrio “El Rosal” ubicado en la Zona Llojeta Central de la ciudad de “Nuestra Señora de La Paz” del Estado Plurinacional de Bolivia.

El propósito, una Intervención **en Madres Gestantes** de manera interactiva, para implementar un Programa denominado “**Mi Primer Vínculo**”, que busca determinar el “**Nivel de ansiedad en las madres gestantes, antes y después, de la Intervención Psicoeducativa**”.

PALABRAS CLAVE:

Programa / Psicoeducativo / Ansiedad / Madres / Gestantes / Escala de Hamilton / Distribución t de Student/ Intervención /

Dedicatoria

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MADRES GESTANTES EN EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL EL ROSAL.

INTRODUCCIÓN

Las bases filosóficas del nuevo Estado Plurinacional de Bolivia, promueve el Sumaj Qamaña (vivir bien). Una nueva visión, en la que, la reproducción de la vida, tienen un rol principal que nos permiten mirar el mundo bajo otros parámetros. Este nuevo paradigma ha permitido dar una orientación crítica con el capitalismo y la modernidad; Una nueva Constitución Política del Estado, que consagra el vivir bien como un horizonte civilizatorio cultural alternativo a la modernidad, que nace en la cosmovisión de las naciones y pueblos indígena originarios y las comunidades interculturales.

El Artículo 158 de la Constitución Política del estado, en relación con el artículo 2 del Código de salud; Establece que, la salud es un bien de interés público, que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano, protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en general. En este sentido el DS 29894 define el principio del “Vivir Bien”, “sumaj qamaña”, como la satisfacción compartida de las necesidades humanas, que incluye la afectividad y el reconocimiento, en armonía con la naturaleza y comunidad con los seres humanos. Por lo tanto las políticas de salud pública establecen la: “Promoción de la salud”, que tiene por estrategia la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida.

El éxito de estas políticas y decretos culminan con la aprobación de la Ley 2426:21-11-2002 del Seguro Materno Infantil en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección del Estado. En este contexto, la reproducción humana normalmente es producto de las relaciones sexuales entre la pareja. Con amor o sin amor, el hombre y la mujer en forma natural son los autores de la reproducción humana. Producto de esta unión, el embarazo, un estado, parte de un proceso natural, es en el cual la mujer, presenta una serie de cambios físicos y emocionales.

Todo este proceso de cambio en las políticas públicas de salud, van dando resultados positivos. Los cuales, siempre pueden ser perfeccionados, si bien estas políticas se centra en la salud física, encontramos debilidad en las políticas de salud mental. Los centros de salud, no cuentan con programas psicoeducativos que respondan a este tema, tan importante como los demás. De aquí la necesidad de crear un instrumento que permita evaluar la necesidad de reforzar estas políticas enfocadas a la salud mental con la relevancia que merece.

El presente estudio, describe la implementación de una intervención psicoeducativa, suministradas a un grupo de 23 Madres Gestantes, que asistían a sus controles prenatales al Centro de Salud Integral de Primer Nivel “El Rosal”, ubicado en el Barrio “El Rosal” Zona Llojeta Central de la Ciudad de “Nuestra Señora de La Paz” en el Estado Plurinacional de Bolivia.

En el primer capítulo, la problemática y los objetivos de la investigación, justificamos el mayor problema con el que nos enfrentamos. Esta situación nos llevó a definir los objetivos de la presente investigación, con la utilización de instrumentos como la Psicología Clínica “Psicología de Enlace” y que a su vez tiene como método más eficaz a la Psicoeducación.

En el segundo capítulo, nos enfocamos a describir toda la teoría diseñada por expertos investigadores, que nos hacen comprender la realidad a la que nos enfrentamos, dentro del ámbito de la salud física, como de la salud mental.

En el tercer capítulo, la Metodología utilizada para la implementación del

Programa “**Mi Primer Vínculo**”, Cuantitativo – Cualitativo, Tipo Exploratorio y el Diseño Pre - Experimental, a través del Pre Test – Post Test, el instrumento de medición aplicado fue la escala de Ansiedad de Hamilton.

El cuarto capítulo, contiene todos los datos obtenidos y su respectiva interpretación de la prueba aplicada: la Escala de Ansiedad de Hamilton ha sido la prueba esencial para controlar y medir la eficacia del programa. Así mismo para responder los objetivos específicos se incluyó al finalizar preguntas semi-estructuradas.

El quinto capítulo, expone las conclusiones en función de los objetivos de la investigación y en relación con los resultados obtenidos en el capítulo tres; Recomendaciones y por último cita bibliografía. Asimismo se incluyen los anexos como material complementario en el proceso de la investigación.

CAPÍTULO UNO

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. AREA PROBLEMÁTICA

1) MARCO HISTÓRICO.

En nuestro país existe un vacío en el conocimiento, acerca de la importancia de tener un embarazo emocionalmente estable, tanto la madre gestante como su entorno familiar, desconocen el valor fundamental del tratamiento psicológico al que deberían acogerse para tener un embarazo saludable que podría ser incluso placentero si se lo controla debidamente.

Como se ha señalado, ésta investigación desarrolló un programa psicoeducativo de Madres Gestantes en Barrio El Rosal, de la Zona Llojeta Central de la Ciudad de Nuestra Señora de La Paz, específicamente en el Centro de Salud Integral “El Rosal”.(**Anexo 1**).Para descubrir si la implementación del Programa “Mi primer Vínculo” influye los niveles de ansiedad en madres gestantes, buscando indagar, si al desarrollarlo a través de una intervención variaría en un contexto social, en el que influyen marcos culturales importantes.

Esta investigación, converge en tiempos de transformación política gubernamental de Salud Integral, que busca implementar las bases filosóficas del Vivir Bien¹ que está generando cambios fundamentales, que cuestionan la forma de ver la vida en las diferentes dimensiones individuales, sociales, políticas, culturales, científicas y ecológicas. En ese entorno se están cuestionando los fundamentos a la atención de Salud Integral de la Madre

¹ “Vivir Bien es buscar la vivencia en comunidad, donde todos los integrantes se preocupan por todos. Lo más importante no es el humano (como plantea el socialismo) ni el dinero (como postula el capitalismo), sino la vida. Se pretende buscar una vida más sencilla. Sea el camino de la armonía con la naturaleza y la vida, con el objetivo de salvar el planeta y da prioridad a la humanidad.”. Fuente. Entrevista a David Choquehuanca del Martes, 3/02/10 Fuente: <http://www.economiasolidaria.org/noticias>

Gestante y de su futuro hijo, en el proceso del embarazo.

En este marco del Vivir Bien, la prioridad del Centro de Salud Integral “El Rosal” es desarrollar programas de inmunización, salud reproductiva, tuberculosis pulmonar, profilaxis sexual. **No incluyendo la atención psicológica.**

2) MARCO DE HECHOS.

El área problemática, Salud Mental, qué específicamente, busca conocer si la implementación de una programa psicoeducativo disminuye el nivel de ansiedad en madres gestantes y comparar el nivel de ansiedad antes y después de la intervención.

Actualmente en nuestro país, existen políticas públicas destinadas a mejorar la salud física de la mujer embarazada, a mantener una baja mortalidad en el parto y al aumento de la protección social de la maternidad. Las normas técnicas de la cartera de servicios de atención primaria, consideran que los servicios de salud están centrados en un modelo de salud cuyo objetivo principal es la reducción de la mortalidad, la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo existe un vacío en el bienestar psicológico de las madres, aunque las mismas valoran positivamente la educación maternal.

Los centros de salud, han mantenido la asistencia médico ginecólogo, que se ocupa y preocupa por la salud física de su paciente; sin embargo, no corresponde dedicarse a la salud mental.

“El embarazo en Bolivia aparece como la primera causa de demanda de atención seguida de gastroenteritis y apendicitis, se evidenció que sin excepción todos los servicios son esencialmente asistencialistas, carentes de un enfoque integral, con poca motivación del personal de salud para atender a este grupo”.²

² CHUMACERO, Heidi (2005), *Programa de facilitación para el parto en gestantes del Centro Hospitalario san Martín de Porres De Santa Cruz*. Universidad mayor de San Andrés Facultad de Medicina. Bolivia.

“De tal forma, todo embarazo, por sano que parezca, constituye en sí mismo un riesgo; donde necesita un cuidado para conseguir una gestación sana, así como un producto de la concepción saludable, es la razón de ser de la Ginecología como ciencia. No obstante, de ninguna manera debiera recaer tamaña responsabilidad en solo esa ciencia; sobre todo cuando ella misma ha ido identificando las situaciones y factores de riesgo, tanto biológicos como psicológicos, que pudieran hacer fracasar su objetivo y ha dejado bien clara la necesidad de trabajar y emprenderse conjuntamente al proceder médico”.³

“El embarazo es un cambio que se enfrenta frecuentemente con dificultades y ansiedades generalizadas, en su mayoría por la presencia de expectativas idealizadas que proceden del mito de la madre. Ya que el ser humano tiene temores al enfrentarse ante lo desconocido, y esto ocurre con frecuencia en esta población específica”.⁴

“Por ello, a lo largo del embarazo, la mujer experimenta diferentes emociones que muchas veces, no sabe cómo expresar una de ellas la ansiedad el temor a enfrentar a algo que es completamente desconocido, y que atañe a su futuro y al del bebe; necesitan de profesionales que guíen para poder afrontar el proceso del embarazo. Frecuentemente el embarazo es un proceso dinámico, de gran permeabilidad y vulnerabilidad, de mayor sensibilidad a las

³ CARMONA, Morales, Peña coba, Puente, Carretero-Abellán (2012). *Influencia de las estrategias de afrontamiento en las preocupaciones específicas del embarazo*. Anales De Psicología. (338-343).México.

⁴ COLMENARES, Zulema (2010). *Intervención de enfermería durante la consulta prenatal y conocimiento sobre rasgos fisiológicos de la madre gestante*. Ecuador.

interacciones, acompañado de inestabilidad emocional y sentimientos ambivalentes, sin embargo no significa que no pueda disfrutarse, es por ello que las madres gestantes deben contar con información y apoyo necesaria para manejar la situación y hacerla más placentero”.⁵

“Por tanto, se procura entender el embarazo, como una oleada de emociones contradictorias que pueden ir desde el júbilo y la alegría, a la duda, la inseguridad y el miedo. Se producen cambios tanto físicos, psicológicos y sociales nuevas responsabilidades acompañados de interrogantes e incertidumbres que hacen del embarazo una posible situación de ansiedad. El temor a enfrentarse a algo desconocido y que traiga consecuencias negativas a su futuro y de su futuro bebe”.⁶

“Por ello, sería necesario que el diagnóstico prenatal sea realizado en colaboración por un grupo multidisciplinario que incluya ginecoobstetras, médicos maternos fetales, genetistas, psicólogos y otros especialistas acordes a las necesidades particulares de cada caso”.⁷

Dentro la rutina de control, las embarazadas recurren a varios especialistas (ginecología, nutricionista y odontología), para garantizar una gestación sana y normal, pero no pasa por un encuentro con un psicólogo o un programa psicoeducativo, con la misma prioridad.

Instalar como rutina de control, una entrevista con la psicología, expresaría la relevancia en indagar acerca del estado de la salud mental de la mujer gestante.

⁵ SEVON,Edward.(2005).Expiencieng and narrating the choice become a mother,(pp.41-45), Canada.

⁶ MEDELLIN, Silver (2003). *Embarazo y afrontamiento*, (p-31) (Vol. 1).España.

⁷ GEREIN, Miths(2003). *Framework for a New Approach to Antenatal Care. International Journal of Gynecology and Obstetrics* 80, (pp.175 -182), (vol. 1- 2).

3) MARCO DE INVESTIGACIONES

La intervención psicoeducativa a través de programas cada vez se utilizan más, para mejorar la salud mental de la población. En esta investigación, trabajar con un grupo de madres gestantes del Centro de Salud Integral “El Rosal”, a través de la psicología de enlace concibe la idea de cambiar el nivel de ansiedad en este grupo.

En la literatura sobre este marco de la intervención grupal psicoeducativa la psicología de enlace, constituye un apasionante campo de la psicología clínica que permite a los terapeutas ser “compañeros de viaje”, una forma de brindar apoyo y atención a sus problemas de salud.⁸

“Así, el componente en la psicología de enlace, la psicoeducación, forma parte fundamental de los tratamientos de trastornos. Supone dar información pertinente acerca de la naturaleza del trastorno con el objetivo de favorecer cambios de actitud y conducta. Un programa Psicoeducativo constituye uno de los abordajes menos intrusivos dentro de la secuencia de tratamientos. Los grupos de apoyo comparten muchas características con el abordaje de auto ayuda”.⁹

“Por lo tanto es una modalidad específica de trabajo en la intersección del campo de la psicología y la medicina. Esta denominación sea una de las más sugestivas sino la más apropiada, para este campo de trabajo (disciplina o subdisciplina), ya que implica el enlace entre modelos de aproximación de distintas disciplinas y distintas profesiones”.¹⁰.

⁸ GRZYBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (pp.10-11) Bolivia.

⁹ GRZYBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (pp.15-16) Bolivia.

¹⁰ VARELA, Berta (2002) *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* (España).

“En otro estudio reciente, realizado en Venecia, afirman que el psicólogo a través de esta concepción forma parte del equipo de salud utiliza todo su conocimiento para tratar de integrarse al equipo médico. Observa y piensa a sus enfermos en términos de su necesidad de adherencias y de comprender la relación médico-psicológica entre el paciente, su médico y el equipo terapéutico, ocupándose de aportar una comprensión total del proceso salud-enfermedad, integrando lo biológico, lo psíquico y lo social, al enfrentarse a la sintomatología psíquica, afectiva y conductual del paciente con una enfermedad orgánica de base Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muníz”¹¹(Secretaría de Salud. Fundador del Instituto).

Como se puede observar, el trabajo del psicólogo de la salud, se diversifica, teniendo la oportunidad de realizar intervenciones específicas en cada momento de la problemática del paciente, donde se puede llevar un seguimiento estrecho desde la prevención, el diagnóstico de su enfermedad, seleccionando las mejores opciones de tratamiento hasta el seguimiento.

“Actualmente se sabe que los grupos psicoeducativos es una de las diversas modalidades de tratamiento, su eficacia se debe a la identificación y la proximidad emocional. Eliminar mitos a la problemática que sufren es un espacio importante para educar a los pacientes sobre su situación y tratamiento médico específico.”¹²

“Por otro lado, un estudio concluyo que los grupos psicoeducativos reducen la ansiedad mediante la información, explicación a las madres

¹¹ ACINAS, Patricia y OTALLO, Milton (2012). *Intervención Médico Psicológico con Pacientes y Familiares en un Caso de Cáncer Ginecológico en Cuidados Oncológicos*. (España).

¹² GRYZBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (p. 58) Bolivia.

sobre todo los cuidados básicos que deben realizarse a ellas y a sus hijos.”¹³

Algunos estudios han demostrado que las intervenciones preventivas pueden ser exitosas en la reducción de los factores de riesgo y en el fortalecimiento de los factores de protección y están empezando a mostrar reducciones en la aparición y recurrencia de problemas graves de salud mental y trastornos mentales en las poblaciones en riesgo.

“Incluir el valor preventivo de grupos psicoeducativos, fue destacado por la **Organización Mundial de la Salud**, cuyos informes muestran su papel en la reducción de la prevalencia de distintos trastornos y en su identificación temprana, permitiendo la instauración de tratamientos eficaces.”¹⁴ .

“Con base en una intervención psicoeducativa, trabajar en conjunto con los ginecólogos para prevenir y hacer frente a posibles situaciones de ansiedad, fortaleciendo todas las estructuras de salud a través de nuevas técnicas de información que permitan un desarrollo óptimo del cuadro. Es fundamental que los centros de salud establezcan sistemas eficientes de detección del estado emocional como parte integral del cuidado prenatal.”¹⁵

Es importante comprender que la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento; Una opinión de las causas y efectos de la

¹³ ANÓNIMO, (2014). “Embarazo y Ansiedad”, salud y Medicina.com.

¹⁴ ZAMARRIEGO, Jorge (2007) Obstetricia y Medicina Materno- Fetal. Buenos Aires.

¹⁵ LARA, Navarro, Navarrete Luisa. (2004) *Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. Salud Pública* (pp378-387).México.

enfermedad, a menudo mejoran el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y mayor entendimiento, puede influir de manera positiva.

Por ello, se reconoce que la importancia de los grupos psicoeducativos, constituyen uno de los abordajes menos intrusivos dentro de la secuencia de tratamientos y debería estar incluido en las políticas de salud integral.

Teorías e investigaciones señaladas, contribuyen con la comprensión, que las intervenciones psicoeducativas ayudan a la salud mental, desde la perspectiva de la psicología de enlace, a través de un trabajo en equipo.

En **Bolivia el Plan Nacional de Salud** 2010–2020, tiene como objetivo, *eliminar la exclusión social en salud* e incluye el Plan Estratégico para mejorar la salud materna perinatal y neonatal 2009 – 2015, para enfrentar la reducción de la muerte materna y la mortalidad perinatal.

Este plan plantea cinco líneas estratégicas de acción:

- Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna, perinatal y neonatal.
- Promover la aplicación de los cuidados esenciales para la mujer embarazada, la madre y el recién nacido en el hogar y la comunidad.
- Mejorar la atención a la madre y al recién nacido en los servicios del sistema de salud.
- Fortalecer los sistemas de información, vigilancia, monitoreo, evaluación de la salud materna, perinatal y neonatal.
- Promover procesos interculturales con enfoque de los derechos.

La **Asamblea Mundial de la Salud** aprobó, en su 65ª sesión celebrada en mayo del 2012, la resolución WHA65.4 que dice: “La carga global de los trastornos mentales y la necesidad de una respuesta coordinada e integral por parte de los sectores salud y social, es a nivel de país. Y exhortó a la Organización Mundial

de la Salud (OMS) a que elaborara un plan de acción integral sobre salud mental”.

Por otro lado, este Plan de Acción, elaborado en reuniones de consulta con los Estados Miembros de la **OMS**, la sociedad civil y los socios internacionales, propone *medidas para abordar la carga sanitaria, social y económica de los trastornos mentales mediante la adopción de un enfoque integral y multisectorial que incluye los servicios coordinados del sector de la salud y del sector social. Además de hacer hincapié en la promoción, la prevención, el tratamiento, la atención y la recuperación, este enfoque presta la atención debida a los principios de equidad, a los derechos humanos, los datos probatorios y el empoderamiento del ciudadano.*

La salud mental en Bolivia establece: Lineamientos importantes 2014 - 2018 y estrategias de actuación integrada, que no exista discriminación alguna fundada en *razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.* Los criterios para la aplicación de estos lineamientos son: Todas las acciones que se realicen para el cumplimiento de los objetivos, que deben tomar en cuenta lo siguiente:

- **Equidad de Género y Generacional.** Las políticas, planes, programas y acciones de salud mental deberán contemplar el enfoque de género y generacional y las necesidades específicas de protección a mujeres, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con capacidades diferentes.
- **Interculturalidad.** Entendida como la interacción de las culturas que se constituye en instrumento para la cohesión y convivencia armónica y equilibrada entre todos los pueblos y naciones para la construcción de relaciones de igualdad y equidad de manera respetuosa.

- **Intersectorialidad.** Comprendida como el trabajo coordinado y complementario de instituciones representativas de distintos sectores sociales (públicos y privados), mediante interacciones conjuntas destinadas a dar solución a problemas sociales, en el caso que nos compete a la salud mental.
- **Corresponsabilidad.** Entendida como la responsabilidad o compromiso compartido entre dos o más instancias, en el ámbito de sus competencias.

Para la psicología a nivel nacional a este momento, con la inclusión de la Salud Mental, como uno de los programas prioritarios, resultaría un hito histórico, donde se integren las prestaciones en materia de Salud Mental como un derecho universal para los ciudadanos, con carácter de obligatoriedad para los prestadores de servicios integrales de salud. Esto implica que, los distintos abordajes terapéuticos e intervenciones psicológicas, deben ser accesibles a la universalidad de usuarios del sistema. En este contexto la psicología muestra más de los avances en materia de integralidad y del protagonismo que está tomando la salud mental, como postura académica y política, integrándola como agente de salud en los equipos interdisciplinarios.

Es muy importante recalcar que las expectativas de salud materna perinatal - neonatal y de salud mental que vive Bolivia en cuanto a su definición en promoción de la salud, tiene por estrategia la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida; hacen que los programas psicoeducativos en madres gestantes a través de una intervención adquieran, un valor necesario.

Retomando lo anterior, se entiende que el trabajar desde un modelo de intervención psicoeducativa, como ventana de oportunidad, será habilitante para la atención en la primera infancia. La psicoeducación es una de las diversas

modalidades de intervención que en la actualidad ayudan al tratamiento, para su eficacia se debe a la identificación y la proximidad emocional. Eliminar mitos a la problemática que sufren es un espacio importante para educar a los pacientes sobre su situación y tratamiento médico específico.

No se han encontrado investigaciones, en el Centro de Salud Integral “El Rosal”. Por lo tanto es una limitación la ausencia de modelos teóricos claros que sustenten el proceso.

B. PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“A lo largo del embarazo, la mujer experimenta diferentes emociones que muchas veces, no sabe cómo expresar, una de ellas es la ansiedad, el temor a enfrentar a algo que es completamente desconocido, que atañe a su futuro y al de su hijo”.¹⁶

“La intervención grupal psicoeducativa, con enlace constituye un apasionante campo de la psicología clínica y permite a los terapeutas una forma de brindar apoyo y atención de salud”.¹⁷

Específicamente, se procura conocer y comparar los niveles de ansiedad antes y después de la intervención grupal psicoeducativa en las madres embarazadas de 17 a 42 años de edad en el Centro de Salud Integral “El Rosal”.

Se plantea si una intervención psicoeducativa a través de una implementación

¹⁶ SEVON,Edward.(2005).Experiencieng and narrating the choice become a mother,(pp.41-45), Canada.

¹⁷ GRYZBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (p.15) Bolivia.

del Programa “Mi primer Vínculo”, disminuye el nivel de ansiedad a Madres Gestantes en el Centro de salud Integral “El Rosal” de la ciudad de La Paz. Así mismo, apoyar a la madre gestante cuando atraviesan el proceso del embarazo con todos sus cambios físicos y emocionales.

Evaluaremos a cada mujer y consideraremos los posibles cambios en el ritmo de vida durante el embarazo, así como su dieta o la realización de actividades físicas, la forma en la que podamos planificar, racionalizar los cambios que puede realizar, acordes a los cambios que un supone un embarazo y trataremos de ayudar a sobrellevar las distintas fases de una forma más racional y calmada.

2) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta fundamental

- *¿Se puede disminuir el nivel de ansiedad al implementar el Programa “Mi Primer Vínculo” en Madres Gestantes en el Centro de salud Integral el Rosal?*

Preguntas complementarias

- ¿Qué de nivel de ansiedad presentan las madres gestantes antes de iniciar la intervención psicoeducativa?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en madres gestantes antes y después de la intervención psicoeducativa?
- ¿Cuáles son los principales temores que presentan las madres gestantes en durante el embarazo?
- ¿Cuáles son las dudas en relación a los temas del embarazo antes y después de la intervención?

C. OBJETIVOS

Los límites y alcances de este estudio son determinados por los siguientes objetivos de investigación:

1) Objetivo General

- *Determinar si la implementación del Programa Psicoeducativo “Mi Primer Vínculo” disminuye el nivel de ansiedad a un grupo de madres gestantes en el Centro De Salud Integral “El Rosa”.*
-

2) Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de ansiedad antes de iniciar la intervención psicoeducativa.
- Comparar el nivel de ansiedad en madres gestantes antes y después de la intervención psicoeducativa.
- Establecer los principales temores que presentan las madres gestantes durante el embarazo.
- Determinar las dudas con relación al desarrollo del futuro de los hijos antes y después de la intervención.

D. HIPÓTESIS.

De acuerdo a la revisión teórica planteada en la problemática de esta investigación, las hipótesis son las siguientes:

Hipótesis de la Investigación

Hi: La implementación del Programa “Mi Primer Vínculo” disminuye el nivel de ansiedad en un grupo de madres gestantes en el Centro de Salud Integral “El Rosal”.

Hipótesis Nula

Ho: La implementación del Programa “Mi Primer Vínculo” no afecta el nivel de ansiedad a un grupo de madres gestantes en el Centro de Salud Integral “El Rosal”.

E. JUSTIFICACIÓN.

La investigación acerca la intervención psicoeducativa y nivel de ansiedad en Madres Gestantes del Centro de Salud Integral “El Rosal” de la Ciudad de La Paz, tiene como fin contribuir la comprensión de las intervenciones grupales, si influye en el nivel de ansiedad y todos los cambios que el embarazo conlleva; Aportando información, apoyo, para desarrollar capacidades en el cuidado del niño al asumir responsabilidades; paralelamente, el área de la Ginecología incluye la necesidad de trabajar en equipo con la Psicología para atender tanto el físico como la mente.

La expectativa es que los resultados que se logren obtener contribuyan a comprender la necesidad del aspecto psicológico - emocional en el embarazo

donde no suele estar tan controlado como los aspectos físicos y los cambios en el organismo de la futura mamá. Por lo tanto, la buena salud psicológica de la embarazada es muy importante para su bienestar emocional, lo que redundará en un embarazo más saludable y más feliz.

Con la información que se obtenga, se pretende elaborar programas de intervenciones psicoeducativas más complejas que orienten al desarrollo de la Salud Preventiva de la Mujer Embarazada; Que atiendan su esfera emocional y psicológica general, proporcionando a este grupo de mujeres un embarazo integralmente saludable, con la incorporación de psicólogos que registren sus cambios emocionales y conductuales asociados. El grupo interdisciplinario de profesionales que brinde información sobre los diferentes temas relacionados con el embarazo y parto, y resuelvan inquietudes a nivel grupal serán parte de esta iniciativa.

Hallazgos preliminares deberán tener implicaciones sobre las políticas de salud preventiva de la mujer embarazada, tanto Pública como Privada, ayudarán a orientar el desarrollo de programas de intervención dirigidos a esta población, que atiendan su esfera emocional y psicológica general, a fin de prevenir consecuencias adversas sobre su salud y bienestar; fomentar una mejor calidad de vida, que recorren un ciclo de vida tan importante como es el embarazo.

El simple proceso del embarazo, justifica la necesidad de apoyo profesional a las mujeres gestantes, para superar inseguridades, problemas emocionales y así lograr su adecuada adaptación durante la gestación y consecuentemente el parto.

Conociendo y tomando en cuenta los elementos que conllevan la aparición de la ansiedad materna, que muchas veces surgen por falsos o ambiguos conocimientos, la mala información se va convirtiendo en mito y conlleva a un círculo vicioso entre las gestantes y los terceros relacionados.

Por lo tanto, no basta con proporcionar a este grupo de mujeres una atención médica que se limita al control de los aspectos orgánicos y fisiológicos del embarazo, sino que además - con el objeto de promover un embarazo integralmente saludable - debería complementarse dicha atención con la incorporación de psicólogos que registren cambios emocionales, conductuales asociados e intervengan para solucionar cualquier problema encontrado.

CAPÍTULO DOS

MARCO TEÓRICO

REVISIÓN DE LOS PRINCIPALES CONCEPTOS.

A. INTERVENCIÓN PSICOEDUCTIVA.

Dentro del marco de la psicología, los talleres psicoeducativos constituyen una herramienta muy importante, ya que están orientados a promover las motivaciones, actitudes, y pautas de comportamientos saludables. La idea es adecuar diferentes ámbitos educativos y que puedan estar dirigidos a distintos grupos, tanto de población normal, como de grupos conflictivos y de riesgo. Es importante que la metodología que se use sea activo – participativa, para que estimulen el descubrimiento en cada una de los participantes de nuevos recursos, esquemas adaptativos y que estos puedan ser utilizados en contextos cotidianos de la vida diaria.

Programa Psicoeducativo es una de las diversas modalidades de tratamiento, su eficacia se debe a la identificación y la proximidad emocional. Eliminar mitos a la problemática que sufren es un espacio importante para educar a los pacientes sobre su situación y tratamiento médico específico. ¹⁸

Es importante ver los talleres psicoeducativos como un programa y un medio, por el cual se realizan actividades integradoras, que consisten en realizar un contacto directo con la realidad de los participantes, donde se ponen en discusión situaciones prácticas, con bases teóricas que fundamenten situaciones que unifican tres puntos importantes: teoría,

¹⁸ GRYZBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (p.58) Bolivia.

práctica y taller; estos van en forma de círculo integrándose todo el tiempo.¹⁹

“Por lo tanto, las intervenciones psicoeducativas individuales o grupales pueden ser definidas como propiciadoras de una situación de enseñanza-aprendizaje además las que son de carácter grupal, consideran la importancia de la dinámica del grupo, como herramienta de cambio de conductas, actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones”.²⁰

“Para acabar las distintas estrategias de tratamiento para la ansiedad, son los programas psicoeducativos. Son intervenciones en las cuales se imparte educación a las personas con trastornos psicológicos o enfermedades físicas. Estas intervenciones pueden consistir en la simple entrega de materiales educativos como folletos, libros, material audiovisual o sitios web de información, donde un grupo de pacientes recibe de forma conjunta psicoeducación y orientación psicológica a cargo de un profesional. Las intervenciones psicoeducativas son en general poco costosas y fáciles de implementar en atención primaria, existiendo evidencia científica que respalda la efectividad de la psicoeducación en el tratamiento y prevención de los trastornos mentales”.²¹

¹⁹ Libardo Ballesteros Bernal Colombia los talleres Psicoeducativos como Herramienta para la Modificación y Aprendizaje de Esquemas de Pensamiento y Acción en una Condición de Protección.

²⁰ GARCIA, Marcelo (2011). *Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto*. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), (pp153-175). Mexico

²¹ GARCIA, Marcelo (2011). *Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres*

1) Características de intervención Psicoeducativa.

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. La psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes.

Algunos elementos importantes en la psicoeducación son:

- Transferencia de la información (sintomatología de los trastornos, causas, conceptos del tratamiento etc.)

- Descarga emocional (entender para animar, cambio de experiencias con otros, preocupaciones, contactos etc.)
- Apoyo con medicina o tratamiento psicoterapéutico, al mismo tiempo que se promueve la cooperación entre el profesional en salud mental y el paciente, (conformidad, adherencia).
- Apoyo para la autoayuda (ej. entrenamiento tan pronto como se reconozcan las situaciones de crisis y los pasos que se deben emprender luego, para ser capaz de ayudar al paciente)

El concepto de la psicoeducación fue comentado por primera vez en la literatura médica, en un artículo de John E. Donley “Psychotherapy and re-education” en *The Journal of Abnormal Psychology*, publicado en 1911. No fue sino hasta 30 años después que el primer uso de la palabra psicoeducación apareció en el título de un libro de literatura médica “*The psychoeducational clinic*” por Brian E. Tomlinson. New York, NY, US: MacMillan Co. Este libro fue publicado en 1941. En francés, el primer ejemplo del término psychoéducation está en la tesis “*La stabilité du comportement*” publicado en 1962.

La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente a la investigadora americana Carol M. Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia, lo que se tradujo en disminuir las recaídas y los re-ingresos. También, su investigación se enfocó en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad. Finalmente, la investigación de C.M. Anderson incluía técnicas del manejo del estrés más efectivas. La psicoeducación familiar de Anderson pretende constituir al terapeuta en un Ombudsman o bisagra entre la familia y el servicio de atención.

La Psicoeducación según la terapia del comportamiento tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente. En los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.

La psicoeducación puede ser individual, grupal, familiar, incluir solo a los pacientes, realizarse en un entorno clínico o en el hogar; tener una duración de días hasta años. En definitiva implica una gran variedad de enfoques, desde aquellos que enfatizan la entrega de información a aquellas que privilegian el apoyo mutuo o la resolución de problemas.

La psicoeducación puede ocurrir en discusiones de uno a uno o en grupos y son llevadas a cabo por especialmente por educadores sociales, aunque también puede ser llevada a cabo en alguna medida por psicólogos, médicos, profesionales de enfermería o cualquier miembro del equipo de Salud; aunque también existen psicoeducaciones por pares o en grupos de autoayuda. En los grupos, se informa a varios pacientes sobre su enfermedad al mismo tiempo. También, los intercambios de experiencias entre los pacientes en cuestión y el apoyo mutuo, juegan un papel en el proceso de sanidad.

En realidad, nada desdice de la participación en un grupo psicoeducativo. Sin embargo, los pacientes con enfermedad aguda se agravan, con frecuencia, en exceso con psicosis esquizofrénica y sufren de copiosos pensamientos, trastornos en la atención y en la concentración al comienzo de la enfermedad. Es por ello que algunos autores recomiendan que en la esquizofrenia, la psicoeducación no considere en un período agudo al paciente sino que comience con la familia. En general, se debe tener cuidado de no abrumar al paciente o familia con demasiada información, ya que el principio no es transformarlos en expertos sino lograr una re-estructuración cognitiva que por ejemplo potencie la aceptación de la enfermedad y el tratamiento. Además de los efectos positivos

de una medida terapéutica como la Psicoeducación, en principio, también se deben considerar otros riesgos posibles. El conocimiento detallado de la enfermedad, en particular lo que tiene que ver con las probabilidades de recuperación, las posibilidades terapéuticas y el proceso de la enfermedad, pueden hacer estresar al paciente y/o al miembro de la familia. Por lo tanto, se debe dibujar un cuadro exacto de los riesgos con respecto a la condición psicológica del paciente. Se debe considerar cuánto ya entiende el paciente y cuánto conocimiento puede asumir y procesar en su condición actual. Se debe considerar la habilidad para concentrarse, así como el máximo nivel de estrés emocional que el paciente pueda sobrellevar. Dentro del contexto de un programa psicoeducativo se pueden considerar y discutir una selección de aspectos y/o de posibilidades terapéuticas con el paciente. Por lo demás, el paciente puede formarse un cuadro incompleto de su enfermedad y puede formarse ideas acerca de las alternativas del tratamiento desde una posición ventajosa de información incompleta. Sin embargo, el profesional debe también crearse una completa imagen de las posibilidades del tratamiento y se debe prestar atención de no hacer pedidos excesivos al paciente, ej. Dar demasiada información al mismo tiempo.

Por intervención psicoeducativa, Gendreau (2001) concibe una intervención especializada, que utilizando el medio de vida de un paciente luchando con dificultades específicas de adaptación, acompañe y sostenga a este paciente en un planteamiento hacia un mejor equilibrio frente a sí mismo y a su entorno.

De manera más precisa, la intervención psicoeducativa descansa sobre una concepción que ve primero al paciente como un ser global, que se desarrolla por la interacción entre sus capacidades internas y las posibilidades de experimentación que le ofrece su ambiente. La intervención psicoeducativa consiste precisamente en favorecer intervenciones apropiadas entre el paciente y su medio para permitirle reencontrar un equilibrio dinámico entre sus capacidades y su ambiente.

La intervención psicoeducativa es primero una interacción entre un paciente que debe comprometerse en un planteamiento de readaptación y un equipo de educadores profesionales que compartiendo con él una vivencia educativa en el “aquí” y “ahora”, construirá con él una relación educativa. Un miembro del equipo será escogido para sostener al paciente de una manera específica en este planteamiento, como acompañante, tutor o padrino (según el calificativo adoptado). La interacción puntual entre un paciente y un educador se produce siempre en una situación dada y trata de un aspecto preciso del comportamiento del paciente. Sin embargo, ella no tiene sentido si no contribuye a hacer progresar el planteamiento global del paciente. Es una situación particular que forma parte del desarrollo de la vida en el medio y que se superpone con la dinámica global del medio.

Este primer nivel de intervención entre el paciente y un educador se desarrolla siempre en un medio de vida determinado. El paciente es siempre parte importante de un grupo de jóvenes y de adultos que contribuyen en su planteamiento y en el planteamiento de aquellos a quienes él debe contribuir. El educador es miembro de un equipo de educadores que deben trabajar como un conjunto y de manera congruente. La interacción puntual entre el paciente y el educador está siempre superpuesta con la dinámica global del medio. Ella participa en esta dinámica y sufre su influencia. Una de las tareas esenciales de los educadores es precisamente contribuir en organizar y animar este medio de vida, de manera que la “vida del medio” favorezca el planteamiento individual de cada paciente, y que cada paciente participe en la vida del medio.

La intervención psicoeducativa no tiene sentido si no se inscribe en la perspectiva más amplia del medio social del paciente (incluyendo a su familia, aún si la intervención se desarrolla en un medio especializado). Los problemas de inadaptación del paciente no pueden ser comprendidos haciendo abstracción del medio social en el cual ellos se dan, porque es en este medio que el paciente deberá generalizar las adquisiciones de su planteamiento de readaptación,

aprendiendo a vivir de manera autónoma. Una de las tareas esenciales del educador es asegurarse que su intervención y la dinámica del medio de vida, tengan en cuenta este ambiente y preparen al paciente para insertarse en el medio de manera funcional y satisfactoria para él y su entorno.

El educador es el iniciador de la relación; da conscientemente los primeros pasos para responder a ciertas necesidades fundamentales del paciente. El proceso inicial reposa ante todo en su saber-ser y se concretará a continuación en la vivencia educativa compartida. Esta relación reposa igualmente sobre los hombros del paciente, que responderá a las iniciativas del educador según su potencial y su nivel. Esta respuesta se concretará a través del logro de objetivos y de la apropiación de los medios a su disposición para alcanzarlos. Una vez establecido el primer contacto, podrá entonces progresar la relación, profundizarse y desembocar en otras interacciones educativas relacionales susceptibles de reforzar más el compromiso del paciente. Son esenciales los esquemas relacionales que demuestre el educador como sean la consideración, la disponibilidad, la confianza, la seguridad, la congruencia y la empatía.

Las características de los programas psicoeducativos no conlleva solamente informar de la enfermedad que se padece o condición desfavorable que promueva el estado de malestar. Más bien otorga al que la recibe la terapia, recursos óptimos que le acerquen de una manera teórica y práctica, hacia una comprensión de su situación y posteriormente al afrontamiento de la misma.²²

La principal importancia en la efectividad de los programas psicoeducativos es el mantener contacto con la red de apoyo principal de los participantes.²³

²² Manual para el manejo del trastorno bipolar realizado en España por Pino, Belenchón, Sierra y Livianos (2008).

²³ Mención Hogarty (1990) al conceptualizarse bajo la propuesta que son los familiares directos los principales cuidadores de los pacientes y ejercen influencia directa en los mismos.

2) Intervención en el centro de salud integral “El Rosal”

El centro de salud “El Rosal”

El Centro de Salud “El Rosal”, se fundó el 28 de enero del 2005, se modificó con una nueva construcción, ampliación y mejoramiento, por el Gobierno Autónomo Municipal en abril del 2014, perteneciendo a la Red 1 Sudoeste de La Paz.

Desarrolla los programas de inmunizaciones, salud reproductiva, programa de tuberculosis pulmonar, profilaxis sexual y otros. Dentro del programa de salud reproductiva se atiende el control prenatal de todas las mujeres embarazadas que solicitan esos servicios. Para brindar atención de salud a los usuarios cuenta con personal médico y de enfermería, trabajo social e inspectores de salud ambiental entre otros.

Su MISIÓN es ofertar y brindar un servicio de salud integral con calidez, eficiente, oportuno y en forma continua, accesible a la comunidad a fin de lograr elevar el nivel de salud de la población del área de influencia, acogiendo a todos en un ambiente de equidad y respeto a la interculturalidad en las especialidades médicas básicas, contribuyendo si de disminuir la mortalidad, con enfoque integral, preventivo promocional en la persona, familia y comunidad de nuestro municipio.

Su VISIÓN es ser un establecimiento de 24 horas de atención, acreditado, eficiente, con personal profesional capacitado, actualizado altamente competitivo, motivado, puntual, que brinda servicios de salud con trato humano confiable, equidad y sin discriminación en el marco de la ética y respeto, e implantada una dinámica de gestión social comprometida con la población en el marco de la interculturalidad e integración.

3) Intervención de los Profesionales

“Es indispensable la participación, en cuanto sea posible, de todos los actores o agentes implicados en el proceso, vale decir , el personal médico, el equipo de enfermería ,ginecología ,nutricionista y psicología”.²⁴

“Como se puede ver, con un grupo interdisciplinario de profesionales que brindara información sobre los diferentes temas relacionados con el embarazo y parto, y resolverá inquietudes a nivel grupal”.²⁵

“Una visión no sólo enfocada a la curación de la enfermedad, sino también en la consideración de la calidad de vida y bienestar del paciente, conllevando a la incorporación de un equipo multidisciplinar, que pueda abordar el proceso desde una visión integral, abarcando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de las personas que enfrentan la enfermedad”.²⁶

“Se debe considerar que el mérito de un enfoque interdisciplinario en el tratamiento de problemas de salud, ha sido reconocido ampliamente en las últimas décadas donde el objeto de la intervención, médica o psicosocial, es mejorar el abordaje de los problemas más allá de la enfermedad propiamente dicha”.²⁷

“Es necesario resaltar la importancia del trabajo Interdisciplinario, en especial del psicólogo, en tratamientos o programas para madres

²⁴ GRZYBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (p.11) Bolivia.

²⁵ COLMENARES, Zulema (2010). *Intervención de enfermería durante la consulta prenatal y conocimiento sobre rasgos fisiológicos de la madre gestante*. Ecuador.

²⁶ EDITORES(Ed) (2001). *Estimulación prenatal, temprana y adecuada*, (pp. 32- 78) (Vol 1) Bogotá.

²⁷ KITIZINGER, Sun. (1982). Embarazo y nacimiento. La guía más completa y autorizada sobre el embarazo, el parto y la primera época de la maternidad. (pp.125-128) Madrid.

gestantes un área de interés de la Psicología, ya que el proceso del embarazo es complejo y necesita de atención con guía.”²⁸

“La colaboración interdisciplinaria es importante para mejorar la calidad en los servicios de atención a los pacientes, además, con este enfoque se genera mayor producción de ideas, metodología y resultados de investigación”²⁹

“De igual modo, el tratamiento interdisciplinario, en relación a salud se refiere a valores compartidos entre las diferentes especialidades del equipo médico, con lo que se generan lineamientos de tratamiento y metas comunes entre los mismos.”³⁰

B. ANSIEDAD.

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

La ansiedad adaptativa o no patológica es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Por lo tanto, cierto grado de

²⁸ GUTIERRÉZ, (2001). Tesis *Desarrollo del Vínculo de Apego en la día da Madre-Bebé prematuro*, que practicaron el Método Madre Canguro (MMC) en la Unidad de Neonatología del Hospital San José.)

²⁹ Sistematización *Programa Emprende Mamá, apoyo psicoafectivo, educativo y formativo adolescente*, (p 26), taller formativo (2006). España.

³⁰ MARTINEZ, Vania,(2013). *Intervenciones psicológicas*, (p.302).Perú

ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias o demandas del medio ambiente. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad —desequilibrio de los sistemas de respuesta normal de ansiedad— o se supera la capacidad adaptativa entre el individuo y el medio ambiente, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos.

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas de ansiedad. Para aclarar si estos son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, se evalúan los datos de la historia clínica, la exploración física, las pruebas de laboratorio y los estudios complementarios, necesarios en función de los síntomas del paciente.

Presentar altos niveles de neuroticismo aumenta el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad.

Beck-Aron³¹, propone que en los trastornos emocionales como la Ansiedad se da una distorsión en el procesamiento de la información, en esta patología la percepción del peligro y la valoración de las habilidades del individuo para enfrentárselo aparecen sesgadas, hay una sobreestimación del grado de peligro y una desvalorización de las capacidades de enfrentamiento. Ese procesamiento cognitivo errado lleva a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos propios de este trastorno.

Por ello, mirando a la ansiedad como una situación desagradable y molesta que se manifiesta externamente mediante diversos síntomas y signos que pueden ir de una respuesta normal hasta llegar a un punto de exageración, diferentes son los criterios a los que nos acogemos frente a una situación de pánico o

³¹ BECK, Aarón y Emery, Gary (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias una perspectiva cognitiva*, (p-60). España.

nerviosismo extremo. La cultura, la manera de vida y crianza son factores influyentes frente a una respuesta de pánico.

Tal como plantea, “La ansiedad³², se define como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrollabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”.

Por eso, obviamente supone la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estrés fluctuantes de la vida cotidiana. Se relaciona con el sentimiento interior psíquico de malestar.

“Sin embargo no hay que olvidar que “La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones”.³³

Concluyendo, para nuestra investigación, la ansiedad es una fase emocional perjudicial que involucra la impresión de nerviosismo, intranquilidad, pesadumbre, relacionada con el embarazo y puerperio, y se constituye en una causa de morbilidad materno-fetal que requiere un diagnóstico adecuado.

La ansiedad en el embarazo es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba; aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto

³² BONARI, Pinto, Einarson. (2004) *Perinatal risks of untreated depression during pregnancy*. Can J Psychiatry (pp 726-35).Canada.

³³ OVIEDO, Jordán (2006). *Trastornos Afectivos Posparto*. Rev. Universitas Médica. (V2), (pp 131-40) España.

grado del sistema periférico aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

1) Clasificación de la Ansiedad por sus Síntomas.

Ya mencionamos que la ansiedad es un trastorno, que en términos generales abarca varias formas diferentes, es decir que presenta variaciones, por lo que la psiquiatría hacia el final del siglo XIX, explica que los trastornos de ansiedad se clasifican en dos grupos: síntomas continuos, síntomas episódicos. Estudios recientes reconocen una gran variedad de trastornos de ansiedad, además de haber encontrado que hasta un 18% de la población estadounidense y un 20% de la población española pueden estar afectados por uno o más de estos desórdenes, además de haber hallado que la genética encargada en propiciar la aparición y el desarrollo de estos es la misma que la involucrada en los trastornos depresivos y bipolares.

El término ansiedad abarca cuatro aspectos que un individuo puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa.

Los trastornos de ansiedad en el DSM-IV (Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales) se dividen principalmente en:

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de pánico (con o sin agorafobia).
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno de ansiedad social o fobia social.
- Trastorno fóbico
- Otros trastornos de ansiedad no especificados o producidos por el consumo de sustancias.

Trastorno de Ansiedad Generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno crónico común caracterizado por ansiedad de larga duración y que no se centra en algún objeto o situación particular, al contrario que en las fobias. Las personas que padecen de ansiedad generalizada experimentan miedos y preocupaciones persistentes no específicos, muy focalizados en asuntos cotidianos. El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más común que afecta a adultos mayores.

La ansiedad puede ser un síntoma secundario al abuso de medicamentos o sustancias, y los profesionales médicos deben ser conscientes de ello. El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se produce cuando una persona ha estado excesivamente preocupada por uno o más problemas todos los días durante seis meses o más. La persona puede tener problemas para tomar decisiones diarias y recordar compromisos como consecuencia de la falta de concentración que le supone la "preocupación por la preocupación". Antes de diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada los médicos deben descartar causas de ansiedad inducido por fármacos.

Trastorno de pánico (con o sin agorafobia).

En el trastorno de pánico, una persona sufre ataques breves de intenso miedo y terror, a menudo acompañado de síntomas como temblores, agitación, confusión, mareos, desvanecimiento, náuseas y dificultad para respirar. Estos ataques de pánico, que se define por la APA como el miedo o malestar que se presenta repentinamente, y con picos en menos de diez minutos, puede durar varias horas

y puede ser desencadenada por el estrés, el miedo, o incluso el ejercicio. La causa específica no siempre es evidente.

Además de los recurrentes ataques de pánico inesperados, un diagnóstico de trastorno de pánico requiere que dichos ataques de angustia tengan consecuencias crónicas, o bien preocupación por las consecuencias de los episodios de angustia, el miedo persistente de posibles ataques futuros, o el miedo a sufrir cambios significativos en el comportamiento relacionados con los ataques.

En consecuencia, aquellos que sufren de síntomas de pánico sufren de trastorno de pánico, incluso fuera de los episodios específicos. A menudo, el afectado, ante cambios normales de los latidos cardíacos, los percibe como amenazantes, lo que lleva a pensar que algo anda mal con su corazón o que está a punto de tener otro ataque de pánico. Normalmente va asociado un temor anticipatorio a volver a sufrir otro ataque de pánico (ansiedad anticipatoria o "miedo al miedo"). En algunos casos, se produce una mayor conciencia de las funciones fisiológicas del organismo (hipervigilancia) durante el ataque de pánico, en donde cualquier cambio percibido fisiológicamente se interpreta como una posible enfermedad potencialmente mortal (es decir, extrema hipocondría). Puede diagnosticarse trastorno de pánico con o sin agorafobia.

El trastorno de pánico con agorafobia es una variante que suele ir asociado con el trastorno de pánico. Una persona experimenta un ataque de pánico inesperado, y a continuación, tiene temor a la posibilidad de volver a tener otro ataque. La persona teme y evita cualquier situación que podría inducir a un ataque de pánico. La persona nunca o rara vez podrá salir de casa con tal de evitar un posible ataque de pánico que cree que es un terror extremo ineludible.

Trastorno obsesivo-compulsivo.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado sobre todo por la presencia de obsesiones (imágenes o pensamientos angustiosos, persistentes e intrusivos) y compulsiones (insta a realizar determinados actos o rituales). Afecta a aproximadamente el 3% de la población mundial. A menudo el proceso es totalmente ilógico e irracional, al igual que las compulsiones, donde simplemente se tiene la necesidad de completar un ritual con el fin de acabar con la ansiedad provocada por la obsesión.

En una minoría pequeña de los casos, los enfermos de TOC pueden llegar a experimentar obsesiones sin compulsiones (obsesivos puros).

Trastorno por estrés postraumático.

El trastorno de estrés post-traumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que se produce a partir de una experiencia traumática. El estrés post-traumático puede ser el resultado de experimentar situaciones extremas, como una guerra, desastres naturales, violaciones, secuestros, abuso infantil, acoso o incluso un accidente grave. También puede resultar por una exposición prolongada en el tiempo a un estrés crónico, como por ejemplo los soldados que soportan batallas individuales, pero no pueden hacer frente al combate continuo.

Los síntomas comunes incluyen hipervigilancia, escenas retrospectivas rememorando el acontecimiento traumático (flashbacks), conductas de evitación, ansiedad, ira y depresión. Hay una serie de tratamientos que constituyen la base del plan de atención para las personas que sufren trastorno de estrés postraumático. Estos tratamientos incluyen varias formas de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), terapias grupales y el apoyo de familiares y amigos. También pueden beneficiarse de la farmacoterapia, como los ISRS.

Trastorno de ansiedad social.

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza por un intenso, crónico y persistente temor, acompañado de conductas de evitación, a ser juzgado, avergonzado, humillado o hacer el ridículo en situaciones de interacción social. Este temor puede ser específico para situaciones sociales especiales (como hablar en público) o, generalmente, experimentarse en la mayoría (o todas) de interacciones sociales. La ansiedad social específica a menudo manifiesta síntomas físicos tales como rubor, sudoración, temblor, taquicardias y dificultad para hablar. Al igual que el resto de trastornos fóbicos, los que sufren de ansiedad social a menudo tratan de evitar la fuente de su ansiedad; y en el caso de la ansiedad social se torna particularmente problemático, y en casos graves puede llevar a la exclusión social.

Trastorno de ansiedad social o fobia social TAS.

Quien padece de un trastorno de ansiedad por separación presenta niveles intensos e inapropiados de ansiedad al separarse de una persona o lugar. La ansiedad de separación es algo normal en el desarrollo natural de bebés o niños, y sólo puede ser considerada como trastorno cuando este sentimiento es excesivo o inapropiado. El trastorno de ansiedad por separación afecta a aproximadamente el 7% de los adultos y el 4% de los niños, pero los casos infantiles tienden a ser más severos; en algunos casos, incluso una breve separación temporal puede desencadenar sentimientos de pánico.

Trastorno fóbico.

Las fobias o trastornos fóbicos corresponden a la mayor y más amplia categoría de los trastornos de ansiedad; incluye todos los casos en que se desencadena miedo y ansiedad por algún estímulo o situación específica. Entre el 5% y el 12% de la población mundial sufre de trastornos fóbicos. Las víctimas suelen anticipar las consecuencias terribles del encuentro con el objeto de su miedo, que puede ser cualquier cosa, desde un animal, objeto, persona, situación particular, o un fluido corporal. Los afectados entienden que su miedo es irracional, no proporcional al peligro potencial real, pero se ven abrumados por el miedo que se escapa a su control.

Otros trastornos de ansiedad no especificados o producidos por el consumo de sustancias.

Los niños, al igual que los adultos, experimentan ansiedad, preocupación y miedo, especialmente, cuando se enfrentan a nuevas experiencias. Sin embargo si la ansiedad se prolonga en el tiempo e interfiere en la actividad diaria normal del niño, entonces se consideraría ansiedad patológica. Cuando los niños padecen de ansiedad severa se ve interferido su pensamiento, toma de decisiones, percepciones, aprendizaje, atención y concentración. Además del miedo, el nerviosismo y la timidez, pueden empezar a adoptar conductas de evitación, tanto de lugares como situaciones. La ansiedad causa una amplia variedad de síntomas como aumento de la tensión sanguínea, taquicardias, náuseas, vómitos, dolor de estómago, úlceras, diarrea, hormigueo, debilidad, y sensación de falta de aire (disnea). Otros síntomas cognitivos, afectivos y fisiológicos incluyen inseguridad, autocrítica, irritabilidad, trastornos del sueño, e ideación suicida.

Si no se detecta o se trata a tiempo, se incrementa el riesgo de fracaso escolar, evitación de actividades sociales y el inicio del consumo de drogas. Pueden desarrollar posteriormente otras patologías como depresión, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de déficit de atención, y trastorno obsesivo-compulsivo.

Alrededor del 13% de los niños y adolescentes entre 8 y 17 años experimentan algún tipo de ansiedad. El temperamento puede ser un factor clave en el desarrollo de trastornos de ansiedad.

La investigación clínica en esta área es sumamente dificultosa, ya que los investigadores no tienen suficientes datos para asegurar resultados fiables, debido a los cambios tan rápidos que se suceden en la psicología del niño en estas edades. Por ejemplo entre los 6 y 8 años, el miedo a la oscuridad decrece, pero pueden preocuparse acerca de su rendimiento escolar o relaciones sociales. Entonces si los infantes experimentan excesiva ansiedad durante esta etapa, ello sería un indicador de riesgo de desarrollo de un trastorno de ansiedad en la vida adulta. De acuerdo a las investigaciones, los factores determinantes serían tanto biológicos como psicológicos. Se ha sugerido así mismo que aquellos niños con padres que padecen o han padecido algún tipo de trastorno de ansiedad, tienen más riesgo de padecerlo. El estrés puede ser un factor determinante, pues se sabe que los niños y adolescentes son más vulnerable al mismo. Esta reacción ante situaciones de amenaza es más intensa en niños de cortas edades.

2) Escala de la Intensidad de la Ansiedad.

La ansiedad es una reacción normal, con la que nos ha dotado la naturaleza, para ponernos a salvo cuando afrontamos algún peligro, real o imaginario. Pero, cuando se mantiene activada demasiado tiempo, puede ser algo negativo, ya que

nos impide sentirnos bien y funcionar en forma óptima. La ansiedad también facilita la aparición de las crisis de pánico, porque producen sensaciones similares a las que mal interpretamos como señal de peligro, pero ¿cómo nos podremos cuantificar el nivel de ansiedad?, una vez más dependemos del conocimiento de los síntomas y de una medición, y una escala.³⁴

La psicóloga Clínica Elia Roca, Profesora Asociada Asistencial de la Facultad de Psicología en la Universidad de Valencia, España, nos habla de cinco niveles de ansiedad médicos en una escala del 0 al 10 de acuerdo a la siguiente. (**Anexo 2**)

Nivel de ansiedad NULO.

El nivel de ansiedad NULO es el hecho de estar relajado o tranquilo, sucede generalmente en personas que mantienen un equilibrio en todos los aspectos de su vida, no son víctimas de la improvisación, pero tampoco son esclavos de la planificación, no evitan las sorpresas pero la planificación está al servicio de la persona, no la persona al servicio de la planificación³⁵.

Nivel de ansiedad LEVE.

Se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo, la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico, una ansiedad leve puede provocar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico.

³⁴ EXTRAIDO <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/>

³⁵ EXTRAIDO <https://enriquepallares.wordpress.com/2012/05/22>

Cuando tenemos ansiedad en este nivel, sentimos una cierta incomodidad y es normal tener una sensación constante de que algo no encaja. No debemos olvidar que la ansiedad es una respuesta natural de nuestro organismo, no es una enfermedad, estamos hechos para tolerar una cierta cantidad de la misma sin que esto sea algo negativo. En este punto nuestros sentidos y percepción están alerta y estas reacciones hacen que nos sea más fácil concentrarnos, aprender, resolver problemas y ponernos a salvo, entre otras cosas.³⁶

Sensaciones físicas

- Dificultad para respirar (ocasionalmente).
- Palpitaciones o aumento de la presión arterial.
- Ligeras molestias estomacales.
- Tensión muscular.

Capacidad de pensamiento

- Mayor concentración.
- Resolver problemas de manera eficaz
- Facilidad para aprender.

Comportamiento y emociones

- No puede quedarse quieto.
- Impaciencia.
- Necesidad de estar en soledad o aislarse.

³⁶ EXTRAIDO <http://sintomas-de-ansiedad.com/sintomas-de-acuerdo-con-tu-nivel-de-ansiedad/>

Nivel de ansiedad MODERADO.

Provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. A nivel fisiológico, la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo producirse además temblores y estremecimientos.

Ansiedad moderada ya produce sensaciones inquietantes, normalmente nos hace sentir nerviosos o agitados. Cuando presentamos ansiedad moderada, perdemos la percepción general de las cosas y comenzamos a centrarnos más en los detalles³⁷.

Sensaciones físicas

- Tensión muscular.
- Vista nublada, por la dilatación de las pupilas.
- Sudoración.
- Necesidad frecuente de orinar.
- Dolores de cabeza.
- Dificultad para dormir, insomnio.

Capacidad de pensamiento

- Dificultad para concentrarse.
- Disminución de la capacidad de atención
- Disminución de la capacidad para resolver problemas

³⁷ EXTRAIDO <http://sintomas-de-ansiedad.com/sintomas-de-acuerdo-con-tu-nivel-de-ansiedad/>

Comportamiento y emociones

- Incomodidad.
- Pérdida de confianza.
- Agitación e impaciencia.
- Temor o preocupación constantes.

Nivel de ansiedad SEVERO.

Se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy reducida de la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y náuseas)

La ansiedad severa se experimenta cuando no logramos dejar de preocuparnos y constantemente sentimos que hay algo que puede salir mal. En este punto se agudiza el temor. Cuando alcanzamos niveles tan fuertes de ansiedad, podemos experimentar lo que se conoce como “ataque de pánico” que es, a grandes rasgos la respuesta completa de lucha o huida, en la cual el cuerpo dispara las reacciones necesarias para que nos pongamos a salvo. Que hay algo diferente y no es una amenaza: se muestra la respuesta de miedo y angustia.³⁸

Sensaciones físicas

- Tensión muscular severa
- Hiperventilación.
- La transpiración aumenta.
- Tensión en la mandíbula, rechinar los dientes.
- Temblores.
- Palpitaciones aceleradas y fuertes.
- Molestias estomacales.

³⁸ <http://sintomas-de-ansiedad.com/sintomas-de-acuerdo-con-tu-nivel-de-ansiedad/>

Capacidad de pensamiento

- Campo limitado de la percepción.
- Dificultad para pensar claramente y concentrarse.
- Preocupación sin una razón justificable.
- Pensamientos centrados en el temor o la posibilidad de volverte loco o de estar gravemente enfermo.

Comportamiento y emociones

- Agitación.
- Miedo.
- Confusión.
- Negación.
- Frustración.
- Necesidad de moverse y buscar una salida.

Nivel de ansiedad MUY SEVERO.

El ataque de pánico es una reacción de ansiedad muy intensa, acompañada de la sensación de falta de capacidad para controlar esta reacción, e incluso la convicción de que uno puede llegar a morir en ese momento. Esta crisis de ansiedad puede producirse en diferentes situaciones (conduciendo, en la calle, etc.), las cuales tenderán a evitarse posteriormente. Las claves de este desorden hay que buscarlas, por un lado, en el tipo de pensamientos que las provocan, altamente preocupantes, catastrofistas (como muerte inminente, ataque al corazón, mareos y pérdida de conciencia, etc.); y por otro lado, en la hiperventilación (respiración agitada) que provoca un rapidísimo aumento de activación fisiológica generalizada. Los pensamientos catastrofistas se originan

por una incorrecta interpretación de síntomas de ansiedad (activación fisiológica).

39

Según la clasificación internacional de trastornos mentales DSM-IV los criterios para diagnosticar un ataque de pánico (o crisis de ansiedad) serían los siguientes:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes 13 síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización o despersonalización.
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias.
- Escalofríos o sofocos

³⁹ <http://www.ansiedadystres.org/que-es-un-ataque-de-panico-o-crisis-de-ansiedad>

3) Etiología⁴⁰ De La Ansiedad.

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema serotoninérgico es importante, con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés y en la ansiedad.

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.

4) Bases Biológicas de la Ansiedad. ⁴¹

La investigación bioquímica y farmacológica ha ido estableciendo la evidencia de que algunos trastornos de ansiedad pueden ser debidos a unos mecanismos bioquímicos particulares, con una fisiopatología determinada.

Los primeros estudios mostraron que diferentes estados de ansiedad respondían a terapias farmacológicas distintas (trastorno de pánico, a la imipramina y trastorno de ansiedad generalizada, a benzodiazepinas), lo que hizo suponer que en ambas entidades podrían estar implicados mecanismos fisiopatogénicos diferentes. El conocimiento de los mecanismos

⁴⁰ Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades. El concepto de etiología científica lo formuló el médico Robert Koch, quien enumeró una serie de postulados de Koch para probar si un microbio determinado causaba una enfermedad específica. Los adelantos en el campo de la biología del siglo XIX se acompañaron del desarrollo de la tecnología médica. Se inventaron nuevos instrumentos de diagnóstico médico, entre ellos el estetoscopio y los aparatos para tomar la presión sanguínea, y la tecnología quirúrgica se volvió más sofisticada. Ya bien entrado el siglo XX, se reconoce que la causa de las enfermedades es múltiple donde interaccionan los determinantes de la salud que son el medio ambiente, el agente y el huésped.

⁴¹EXTRAIDO <http://luisrivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1989-ETIOLOGIA-DE-LA-ANSIEDAD.pdf>

de la ansiedad se vio acelerado por el descubrimiento del complejo receptor GABA/BZ que mediatiza la acción de multitud de sustancias ansiolíticas y sedantes, por el hallazgo de los antagonistas, agonistas y agonistas parciales y por el estudio de posibles ligandos endógenos.

En todo caso, los mecanismos de producción de la ansiedad no se encuentran del todo aclarados y las líneas de estudio se amplían a otros sistemas de neurotransmisión. Desarrollaremos a continuación algunos de los puntos que creemos de interés para una mejor comprensión de los aspectos bioquímicos de la ansiedad.

Receptores Benzodiazepínicos.⁴²

En 1977 se produjo un salto cualitativo importante en el estudio de la ansiedad. Dos grupos de investigadores utilizando algunas técnicas bioquímicas sencillas (como la afinidad del diazepam marcado adictivamente con algunos preparados de membranas neuronales –fracción P2– de determinadas regiones del SNC), pusieron en evidencia la alta afinidad por determinadas localizaciones cerebrales. La preferencia de las benzodiazepinas de alta potencia por estos lugares sugirió la hipótesis de que eran ricos en determinados receptores.⁴³

El receptor podría estar constituido por una proteína de 50.000 daltons.

(Anexo 3).

Por otra parte, sólo es precisa una ocupación del 20-30 % de los receptores, para que aparezcan las acciones de las benzodiazepinas. Estos receptores son bastante específicos para las benzodiazepinas, ya que otros productos

⁴²EXTRAIDO <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1989-ETIOLOGIA-DE-LA-ANSIEDAD.pdf>

⁴³ Investigadores como Williamson (1980) y, más recientemente, Petersen (1986) han mostrado que la capacidad para unirse a estos receptores está correlacionada con los efectos conductuales y la acción clínica

ensayados no han resultado activos sobre el receptor (barbitúricos, etanol, meprobamato y anticonvulsivantes). Tampoco agentes afines al GABA eran activos sobre el receptor benzodíacepínico, por lo que se pensó que el lugar de reconocimiento sería diferente para estas sustancias. Otros neurotransmisores, como la noradrenalina, serotonina, dopamina, acetilcolina o sustancia P, son también inactivos.

Hoy día se acepta la existencia de una interrelación entre el receptor GABA y el receptor BZ, formando un completo GABA/BZR canales ionóforos cloruro, cuya función última residiría en regular el transporte y la permeabilidad de los iones Cl a través de la membrana neuronal.

Cuando las benzodiazepinas se aplican de forma aislada tienen escaso efecto sobre los canales cloruro y, sin embargo, en presencia de GABA, potencian el estímulo gabaérgico e incrementan la permeabilidad al cloro.

El receptor benzodiazepínico (BZR) es parte integrante, por tanto, del receptor GABA_A cloruro en el SNC; un complejo supramolecular consistente en dos tipos de subunidades glicoproteicas denominadas alfa y beta. Las secuencias primarias de estas subunidades se han deducido recientemente del DNAc secuencial y de los RNA mensajeros, que codifican las subunidades en el cerebro bovino. La subunidad beta contiene los lugares de acción del GABA, mientras que la subunidad alfa contiene los lugares de acción de las benzodiazepinas.

En estado de reposo (GABA a receptor sin ligar), el canal cloruro tiene una conformación cerrada y la función del complejo es adquirir una conformación abierta en respuesta a la señal GABA, estableciendo un flujo de aniones de acuerdo a su gradiente de concentración. La apertura del canal es estimulada por la formación de un complejo reversible entre el receptor GABA_A y el GABA. El receptor GABA_A puede ser considerado como el receptor primario del complejo,

mientras que el receptor benzodiazepínico podría funcionar como un receptor modulador o receptor de segundo orden (**Anexo 4**).

La mayor proporción de estos receptores se encuentra en la corteza cerebral, amígdala y médula espinal y la intensidad de los mismos podría estar determinada genéticamente.

Los primeros estudios señalaban una única clase de lugar de unión para las benzodiazepinas. Sin embargo, posteriormente, se ha sugerido la existencia de dos tipos de receptores que mediarían efectos farmacológicos distintos. Se establecieron dos hipótesis sobre los diferentes subtipos de receptores. La primera afirma que la heterogeneidad farmacológica podría ser debida a la existencia de dos lugares de unión físicamente distintos; la segunda plantea la existencia de un receptor único cuyas propiedades farmacológicas se modificarían por cambios en los componentes de la membrana adyacente. Tres laboratorios por separado han informado de la existencia de un lugar de unión de carácter proteico, mientras otros tres informan de un segundo y hasta de un tercer lugar en la corteza y en el hipocampo. Todos estos datos sugieren que la interacción entre las benzodiazepinas y los receptores GABA I puede ser la responsable de los efectos ansiolíticos de estas sustancias.

Mecanismos de producción de la ansiedad. ⁴⁴

Resulta todavía especulativa la hipótesis que implica al receptor BZ/GABA-CI en la patogénesis de la ansiedad. Sin embargo, nuevos descubrimientos han abierto una nueva línea al respecto. Una teoría sugiere la presencia de ligandos endógenos ansiogénicos que pueden actuar sobre el receptor. Así, algunos investigadores han aislado las betacarbolinas, compuestos que producen un

⁴⁴EXTRAIDO <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1989-ETIOLOGIA-DE-LA-ANSIEDAD.pdf>

bloqueo de la acción anticonvulsivante, anticonflicto e hipnóticosedantes de las benzodiazepinas.

Se vió que al administrar beta-CCE a monos, aparecían unos efectos que podemos calificar como «estado de ansiedad» con aparición a dosis altas, incluso, de síndromes de agitación. Posteriormente, estos resultados fueron confirmados en sujetos humanos. El hecho de que estos síndromes pueden ser revertidos mediante benzodiazepinas planteó un modelo farmacológico de la ansiedad.

Tras el descubrimiento de la alta afinidad de las benzodiazepinas por los receptores benzodiazepínicos, los investigadores se plantearon si tales receptores lo eran sólo para sustancias exógenas o si pudieran existir sustancias endógenas que actuaran sobre ellos. Es importante señalar que dichos ligando endógenos no precisarían ser benzodiazepinas en el sentido químico del término, sino que podrían tratarse de familias químicas diferentes. Da Costa y su grupo proponen que en algunos de los enfermos afectados por estados de ansiedad estaría implicada la presencia de ligandos endógenos ansiogénicos (Hippius, 1985). De todos los intentos efectuados para localizar la posible existencia de ligandos endógenos los estudios más serios se centran en dos proteínas: el DBI (diazepam binding inhibitor) y la endozepina. No está todavía claro si son idénticas o pertenecen a una misma familia de proteínas.⁴⁵

El DBI es una proteína de 104 aminoácidos hallada en el cerebro, en zonas corticales y del hipocampo, y que no existe en todas las neuronas gabaérgicas: también se ha hallado en órganos periféricos, por lo cual se piensa que pueda cumplir una función importante que aún no se ha precisado.

Por otra parte, algunos estudios sugieren la existencia de benzodiazepinas naturales y sobre las que (aunque abren un camino de investigación interesante)

⁴⁵ Alho y Padua, 1982a, Alho et al., 1984, 1985, Danni y Alho, 1985

resulta precoz extraer conclusiones. Asimismo, hay estudios sobre los antagonistas benzo diacepínicos entre los que cabe destacar el R015-1788, un antagonista relativamente selectivo El R015-1788 (flumazenil) es un preparado de gran potencia, eficaz tanto por vía oral como parenteral, de un comienzo de acción rápido y que se ha mostrado de gran valor para revertir la sedación inducida por las benzodiazepinas en anestesia o en casos de sobredosificación.

Otros sistemas de neurotransmisión.⁴⁶

No solamente el sistema gabaérgico se halla en relación con la ansiedad, sino que se ha implicado a otros sistemas de neurotransmisión.

Los hallazgos más atractivos son los que se refieren al sistema serotoninérgico. Algunos de los modernos ansiolíticos, como la buspirona, actúan con gran intensidad sobre dicho sistema. Se ha postulado que las benzodiazepinas producirían un bloqueo de la transmisión serotoninérgica, lo que podría explicar la disminución de su acción cuando se administran conjuntamente antidepresivos que actúan sobre dicho sistema.

También se ha señalado una disminución del turnover de dopamina a nivel elencefálico, así como de noradrenalina a nivel cortical e hipotalámico con la administración de benzodiazepinas. Sin embargo, no se ha podido comprobar la relación entre este hecho y los efectos ansiolíticos.

Algunos autores sugieren que en los sujetos con trastornos de pánico podría existir una disminución de la eficacia de los autorreceptores alfa 2-adrenérgicos de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus y otras áreas cerebrales. Esto originaría una disminución de la influencia inhibitoria presináptica de estos

⁴⁶EXTRAIDO <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1989-ETIOLOGIA-DE-LA-ANSIEDAD.pdf>

receptores .En esa línea, el locus ceruleus está recibiendo una atención cada vez mayor en los estudios de ansiedad.

Se ha postulado que las crisis de angustia tendrían que ver tanto con el sistema alfa como con el betaadrenérgico, señalándose una hipersensibilidad alfaadrenérgica y una hiposensibilidad parasimpática periférica.

Gold encuentra que la inyección de «corticotrophin releasing factor» (factor liberador de corticotropina) produce una activación del locus ceruleus con manifestaciones de ansiedad que pueden ser antagonizadas por las benzodiazepinas. Dicho autor muestra que pacientes con trastorno de pánico tienen un aumento basal del cortisol, asociado a respuestas atenuadas del ACTH a la estimulación de CRF exógeno. Ello indicaría que el aumento de cortisol refleja un déficit en el funcionamiento hipotalámico, ante la hipersecreción de CRF.

El antagonista alfa-2-adrenérgico yohimbina fue administrado a pacientes diagnosticados de trastorno de pánico, lo que produjo un incremento del nerviosismo y de las palpitaciones. Se observó una correlación positiva entre la frecuencia de crisis de angustia y el incremento de MHPG en plasma, lo que sugiere que estos pacientes tienen una sensibilidad anormal al incremento de la función noradrenérgica.

Existen considerables evidencias farmacológicas, electrofisiológicas y conductuales que apoyan la hipótesis de que las neuronas noradrenérgicas centrales son neurosustratos esenciales para un sistema de alarma implicado en la ansiedad.

De todas formas, los modelos experimentales inducidos por drogas no están totalmente claros y no sabemos si reproducen exactamente la experiencia de los sujetos ansiosos. Así, la administración de drogas estimulantes del simpático

provoca una sintomatología somática similar a la que experimentan las personas con ansiedad, pero no sucede lo mismo con los componentes psicológicos.

Más recientemente se han estudiado otros componentes bioquímicos cerebrales. Así, Watkins estudió pacientes ansiosos en tratamiento psicofarmacológico, midiendo las concentraciones asmáticas de tromboxano B₂ y 6-KetO-PFG-1 alfa (productos metabólicos estables finales del tromboxano A₂ y de la prostaciclina) con técnicas de radioinmunoensayo. Vio que el metabolismo del eicosanoido aparece alterado tanto en pacientes con crisis de angustia como en otros enfermos con cuadros más crónicos. Pensó que este fenómeno representaba una respuesta intrínseca al estrés, correlacionándose la evolución favorable con la normalización de ambos eicosanoidos.

C. EL EMBARAZO

1) La Fecundación

“La mujer no es fértil todos los días. La fecundación sólo se puede producir cuando hay ovulación (cerca del día catorce del ciclo). (Anexos 5 y 6).

El sitio de fecundación, encuentro entre el óvulo y el espermatozoide, es en el tercio distal de las trompas. El óvulo una vez fecundado empieza sufrir divisiones dentro de las trompas hasta producirse la implantación o anidación en el útero donde permanecerá los nueve meses del embarazo. El feto se aloja durante el embarazo en el útero o matriz para el crecimiento”.⁴⁷

“Es el proceso mediante el cual el feto crece y se desarrolla en el interior del útero; este período, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inicia cuando termina la implantación, es decir cuando el embrión se adhiere a la pared del útero, y finaliza con el parto”.

2) Cambios Fisiológicos.

El primer cambio que presentará la gestante es la ausencia de menstruación. Las náuseas y los vómitos son frecuentes en el primer trimestre, normalmente más intensos por las mañanas, pero en algunas mujeres pueden aparecer por las tardes. Estas náuseas suelen mantenerse hasta las 12-13 semanas de embarazo, y en un porcentaje menor de gestantes hasta las 16 semanas durante todo el embarazo. El útero aumenta de tamaño de forma gradual y al final del

⁴⁷ Kitzinger, Sun. (1982) Embarazo y nacimiento. La guía más completa y autorizada sobre el embarazo, el parto y la primera época de la maternidad. (pp.121-128) Madrid.

primer trimestre alcanza la sínfisis púbica, este crecimiento uterino puede producir molestias en el bajo vientre o sensación de pinchazos. El crecimiento del útero comporta su presión sobre la vejiga urinaria, por lo que se produce un aumento en la frecuencia miccional.

El desarrollo prenatal ocurre en tres etapas; germinal, embrionaria y fetal.

- **Fase germinal:** Esta tiene una duración aproximada de catorce días, después del momento de la fecundación, la división que aquí comienza continuara hasta alcanzar los ochocientos millones de células de que consta el cuerpo humano adulto.
- **Fase Embrionaria:** Abarca desde la semana 2 hasta las semanas 8 o 12. Durante esta etapa se desarrollan los órganos y los sistemas respiratorio, digestivo y nervioso. Debido a la rapidez del desarrollo, esta etapa es un periodo crítico en que el embrión es más vulnerable a las influencias del ambiente prenatal.
- **Fase Fetal:** Se inicia hacia las ocho semanas de vida y la delimitación podría ser la aparición de las primeras células óseas. Durante el tercer mes es capaz de tener reacciones como mover las piernas, pies, pulgares y cabeza. Así mismo pueda abrir, tragar y cerrar la boca. Ante estos estímulos concretos adopta conductas relejas que están presentes al nacer pero que irán desapareciendo en transcurso de los primeros meses.

3) Cambios durante el Embarazo.

Durante el embarazo se pueden observar cambios en la mamá y en el feto. Los cambios que se originan en el cuerpo de la madre son cambios muy importantes, ya que se da origen a cambios tanto a nivel hormonal, nutritivo y mecánico esto a causa de la reacción adaptativa al desarrollo fetal.

Es un proceso natural que implica cambios en el cuerpo y en la mente de la mujer. El cuerpo va a cambiar para adaptarse al bebé que crece, asegurando su

desarrollo y maduración durante nueve meses, al mismo tiempo que se prepara para la lactancia. Uno de los primeros cambios que se puede observar es un aumento de la pigmentación de la piel. También aumenta el tamaño de las mamas y de los pezones que se vuelven más sensibles y se oscurecen más que la areola que los rodea. **(Anexo 7)**.

Otros cambios que se pueden producir son, el aumento de la temperatura corporal que suele ser algo más alta de lo habitual, la sensación de mayor fatiga y más sueño. Puede aumentar la sensibilidad a los olores, aparecer náuseas y molestias al hacer la digestión. También puede aumentar la frecuencia y las ganas de orinar, y producirse cierto estreñimiento. Estas molestias son debidas a cambios hormonales y al desplazamiento que sufren los órganos a medida que crece el feto en el útero. Además de estos cambios físicos, durante el embarazo también hay cambios en las emociones y en el estado de ánimo. Se suceden sensaciones positivas de alegría y satisfacción que se van alternando con sentimientos de duda, miedo, inseguridad y preocupación por el desarrollo del feto, el parto y la nueva etapa que llegará tras él. Consultar con el personal sanitario que realiza el seguimiento del embarazo, puede ayudar a sobrellevar mejor estas incertidumbres.

Además de los autocuidados durante el embarazo, el parto y el postparto, la mujer requiere atención y cuidados del personal sanitario, de la familia y de las personas de su entorno.

4) Así Crece.

Durante el embarazo el cuerpo se prepara para asegurar el buen desarrollo del feto, y pone en funcionamiento todos sus recursos. El feto se encuentra inmerso en una bolsa llena de líquido (“bolsa de aguas”), como en una pecera, que lo aísla del exterior amortiguando ruidos y golpes e impidiendo que sea lastimado. También mantiene una temperatura constante que le protege tanto del frío como

del calor. El cuello del útero permanece aislado de la vagina y sus posibles gérmenes gracias a un tapón mucoso que lo cierra. Asimismo, se crea la placenta que asegura que, a través del cordón umbilical lleguen al feto todas las sustancias nutritivas y el oxígeno que precisa para su crecimiento y desarrollo.

- Los tres primeros meses. Durante el primer trimestre se forman los principales órganos. En el segundo mes, ya se han formado la cabeza, el corazón y el intestino, aunque de manera muy rudimentaria. Al final de este período también tiene el esbozo de lo que serán los ojos, la nariz, orejas y oídos, así como manos y pie.
- Los meses 4, 5 y 6. A lo largo del segundo trimestre se acaban de formar todos sus órganos, aunque todavía no están maduros como para cumplir sus funciones fuera del cuerpo materno. Su cabeza se irá cubriendo de pelo. Se pueden sentir las patadas ya de forma clara, alrededor del quinto mes si es el primer embarazo y, si no, un poco antes. Aunque el feto se mueve desde el principio, su tamaño y su poca fuerza hacen que estos movimientos sean más tenues. El feto tiene horas de actividad y horas de reposo y de sueño. En los momentos de descanso de la madre se podrán apreciar mejor sus movimientos. Hacia el sexto mes, el feto es capaz de oler, gustar, oír y en ocasiones, puede percibir algo de luz a través de las paredes del abdomen de la madre.
- Los meses 7, 8 y 9. A lo largo del séptimo mes se va a producir una puesta a punto de los órganos principales. En caso de que el feto naciese antes de la fecha prevista podría salir adelante recibiendo los cuidados necesarios. En el noveno mes el feto reduce sus movimientos, ya que casi no tiene espacio para moverse y va adoptando la posición para el parto.

5) Cambios Psicológicos.

Durante el embarazo la producción de hormonas se eleva, no es una hormona si muchas más, que se elevan o disminuyen su producción ocasionando cambios físicos y emocionales en la mujer gestante.

“En los tres trimestres que se divide el embarazo puede establecerse una serie de cambios emocionales, sin grandes distinciones tales como: miedo, alegría, tristeza, ansiedad, tranquilidad, incertidumbre, dudas y sentimientos de culpa. Cuando el nivel emocional se acumula y alcanza niveles excesivos, puede ser perjudicial para la mujer gestante”⁴⁸.

“En las primeras semanas de gestación, la madre puede presentar junto con sentimientos de alegría y satisfacción, ansiedad derivada de la necesidad de adaptarse a una nueva situación. Aparece temor frente a la responsabilidad que implica la crianza de su hijo, dudando de sus propias capacidades. Durante el primer trimestre, se desarrolla el proceso de identificación, en el cual el embarazo es percibido como parte integral de ella, disfrutando de este contacto consigo misma. En una segunda etapa, los movimientos fetales demuestran su naturaleza separada de la madre, ocurriendo un proceso de familiarización de la madre con su hijo, disminuyendo en ella la ansiedad de lo desconocido”.⁴⁹

⁴⁸ MATOS, Taty, (1998). *Cuidados en el embarazo, maternidad y salud*, (pp.20-28), República Dominicana.

⁴⁹ Sistematización *Programa Emprende Mamá, apoyo psicoactivo, educativo y formativo adolescente*, (p 26), taller formativo (2006). España.

En las últimas semanas de gestación, la mayoría experimenta impaciencia de diferente magnitud, deseando que ocurra el parto lo más pronto posible. Expresan incomodidad en su estado físico, dificultad para dormir, para movilizarse, y exacerbación de síntomas como pirosis, regurgitación y sensación de presión en hipogastrio. Ansían tener a su recién nacido en sus brazos, de manera real y no de forma imaginaria.

Algunas pueden sentir angustia, manifestada por temor a que ocurra algún evento negativo, de diversa índole y/o magnitud, que ponga en riesgo la salud y bienestar de su hijo.

La mayoría de las mujeres en este período muestran necesidad de afecto y seguridad. Necesitan confiar en la capacidad técnica de los profesionales que las atienden y sentir interés hacia ella como persona y por su hijo en desarrollo. Requieren de atención personalizada, aprobando y reconociendo su comportamiento en relación con el embarazo, haciéndola sentir que sus dudas, temores, síntomas tienen una explicación razonable y no menospreciando o minimizando sus molestias. Al satisfacer estas necesidades, el especialista va adquiriendo progresivamente la confianza de la paciente, mejorando la seguridad en ella misma y generando una interacción óptima.⁵⁰

⁵⁰ Navarrete, Navarro, Morales (2012). *Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto*. (625:633). Colombia.

D. PSICOLOGÍA DE ENLACE

“Psicología de enlace constituye un apasionante campo de la psicología clínica y permite a los terapeutas ser compañeros de viaje. Una forma de brindar apoyo y atención los que tienen algún problema de salud”.⁵¹

“El diagnóstico, el tratamiento y la investigación de los trastornos de conducta - emocionales en las enfermedades médicas son el fundamento para integrar el equipo multidisciplinario de salud, que en un contexto de Salud Mental se conoce como Psicología de Enlace. Se refiere a la comunicación entre grupos clínicos con el objetivo de lograr una integración y colaboración efectiva en beneficio del paciente”⁵².

“Aclarando se debe considerar un abordaje con la participación de todos los involucrados en el proceso. Primero se encuentra el paciente, también denominado cliente, consultante o usuario. Seguidamente la familia que constituye un rol fundamental, y finalmente, el trabajo del psicólogo clínico, en un hospital general, quiere el despliegue de habilidad, conocimiento y destreza para articular y comprometer estos tres pilares fundamentales en el tratamiento”⁵³.

⁵¹ GRYZBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (p.11) Bolivia.

⁵² LIFSHITS. Aliza (2006). *Psicología de Enlace* Estados Unidos: Thomas Nelson.

⁵³ GRYZBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (p.16) Bolivia.

¿Qué es la psicología de enlace?

El campo de la psicología aplicada ha tenido una notable expansión debido al crecimiento de las áreas de trabajo relacionadas con distintos aspectos de la práctica y de la relación con otras disciplinas, especialmente con la medicina. Esto se ha visto reflejado en el creciente desarrollo de la psicología de enlace. Este campo de trabajo (que algunos autores definen como disciplina o subdisciplina) ha recibido diversos nombres en distintos lugares, dependiendo de distintas influencias y aportes. En Estados Unidos y en algunos países europeos recibe los nombres de psicología de la salud, psicología clínica, psicología hospitalaria y/ o psicología médica.

Si se revisa la literatura encontramos muchas denominaciones que parecen vincularse con esta área de trabajo, pero, ¿hasta qué punto encierran los mismos contenidos?

La psicología médica es definida por R. Bemardi, como una disciplina que se sitúa en el área de intersección de la medicina y la psicología, que se interesa en la incidencia de los factores psicosociales en los procesos de salud y enfermedad, desarrolla un conocimiento clínico a través de tareas de interconsulta y enlace con los equipos médicos y/ o especialidades médicas. Toma diferentes aportes de la psicología clínica, la psiquiatría de enlace, la psicología de la salud, la medicina psicosocial, la psicósomática y el psicoanálisis aplicado a la relación médico paciente. Ha funcionado como un ámbito académico donde confluyen diferentes profesiones. De esta experiencia surgen distintos perfiles profesionales, de acuerdo al cuerpo de conocimientos y prácticas, determinados por la formación profesional de origen y por la forma de recortar la experiencia en relación con el marco teórico o conceptual del que se parte.

Por otra parte, la psicología de la salud (nos referimos especialmente a la anglosajona) se constituye hoy en una subdisciplina de la psicología que estudia

la relación entre los procesos psicológicos y de comportamiento con la salud y la enfermedad. Se interesa pues en los procesos psicológicos normales en la vida cotidiana y su incidencia en el continuum salud - enfermedad.

La psicología de la salud es definida en 1980 por Joseph Matarazzo como la contribución profesional, científica y educativa de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de la etiología y el diagnóstico correlacionado con la salud y la enfermedad y disfunciones relacionadas, así como al análisis y el perfeccionamiento de las políticas y el sistema de salud.

Estudia la incidencia de los procesos psicológicos y de comportamiento en los procesos de salud y de enfermedad. El campo de la psicología de la salud, es más amplio que el de la psicología de enlace, porque aborda también los aspectos relacionados con la salud y la prevención.

Muchos de los desarrollos mencionados en la psicología de la salud priorizan las estrategias de atención primaria y la detección y corrección de factores de riesgo. La psicología de enlace se liga más a la clínica individual y se centra sobre el paciente aquejado de un padecimiento somático, por lo que ambos desarrollos se complementan.

La psicología de enlace (liaison), se refiere a una modalidad específica de trabajo en la intersección del campo de la psicología y de la medicina. Esta denominación quizás sea una de las más sugestivas, sino la más apropiada, para este campo de trabajo (disciplina o subdisciplina), ya que implica el enlace entre modelos de aproximación de distintas disciplinas y distintas profesiones.

Su objeto de estudio son los fenómenos psicológicos vinculados a los problemas de salud, por lo que el campo puede estar referido a aspectos asistenciales o de investigación. El nombre de psicología de enlace queda relacionado con el ámbito hospitalario. En general el abordaje es con pacientes que presentan

patología somática o riesgo de padecerla, y también cuando la presentación sintomática hace pensar en una enfermedad orgánica. Aquí nos referimos al capítulo de los trastornos somatomorfos.

El paciente va en busca de cuidados médicos, no busca asistencia psicológica. Eso también marca una diferencia fundamental, porque en general el psicólogo de enlace concurre a atender a un paciente que no ha solicitado una consulta psicológica, sino que es el médico quien ha encontrado alguna dificultad en el tratamiento que se supone ligada a lo psicológico.

1) Incidencia de los factores psicológicos.

Los factores psicológicos intervienen en los procesos de enfermedad como causa de la misma, siendo contribuyente en su etiología, afectando su curso o tratamiento, o siendo su consecuencia.

El estudio de la relación entre psique y soma, las enfermedades somáticas y los factores psicosociales, ha planteado enormes dificultades debido a la complejidad de los procesos biológicos y mentales involucrados. Los factores psicológicos, sociales y culturales, tanto como los factores biológicos, participan en diferentes grados en la iniciación de procesos patológicos, en la evolución de la enfermedad, y en la respuesta a los tratamientos.

Los modelos lineales de la enfermedad han dejado su lugar a nuevos modelos que combinan factores biopsicosociales y culturales. Sin embargo, la investigación en el campo de muchas enfermedades no ha encontrado evidencia concluyente que demuestre la conexión entre las variables psicosociales y la incidencia de la enfermedad; sí hay mayor evidencia de la conexión entre estas variables y la progresión de las enfermedades. Los estudios de las variables psicosociales no encuentran todavía factores causales en enfermedades como el cáncer, por ejemplo.

Lo que sí podemos afirmar es que los factores psicológicos, sociales y culturales forman parte en diferentes grados, tanto como los factores biológicos, en la iniciación de procesos patológicos. Los llamados factores de riesgo o conductas relacionadas con el cuidado de la salud, asociados con una vulnerabilidad especial, pueden dar lugar a la enfermedad.

2) Causas del desarrollo en esta área.

- En primer lugar la propia definición multidimensional de la Organización Mundial de la Salud. Proponiendo a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino incluyendo las dimensiones psicológica y social. Otras definiciones incluyen. Además, los aspectos socioeconómicos y culturales.
- La identificación de factores de riesgo relacionados con comportamientos cuyo peso es incuestionable en la etiología o desencadenamiento de numerosas enfermedades. Por ejemplo el fumar, el sedentarismo, la dieta, las tensiones laborales, sociales, etcétera.
- El acelerado incremento de los gastos en salud, debido a la tecnificación y al elevado costo de algunos procedimientos, y la decisión de implementar políticas o estrategias de prevención (atención primaria). La sabiduría popular lo anticipó; no sólo desde el punto de vista ético se impone la conducta de prevención de enfermedades, sino que hasta son determinantes las razones económicas. ("Más vale prevenir que curar").
- El propio desarrollo de la psicología; la producción de conocimientos fruto de la investigación en el área y la demostración de la eficacia de las psicoterapias. La consulta psicológica en settings médicos, dentro de servicios de psiquiatría, estaba orientada primordialmente a brindar asesoramiento en psicometría. La situación cambió paulatinamente, y en esto fueron determinantes la investigación tanto en psicología

experimental, como clínica. Lo que no quiere decir que se deba abandonar el campo de la psicometría y el psicodiagnóstico sino todo lo contrario, ya que éste es un pilar de nuestra práctica. La fuerza de la psicología clínica es su base científica, la aplicación de la metodología científica a la práctica de la psicología. Creemos que esta psicología y este estilo de definición de problemas y testado de hipótesis es la única forma adecuada para la práctica de la psicología clínica en settings médicos.

- La aplicación de técnicas psicológicas en el campo de la adherencia a los tratamientos, el dolor, las enfermedades cardiovasculares, etcétera. El mayor conocimiento de la repercusión psicológica de algunos procedimientos y tratamientos, que hacen que la asistencia psicológica sea ofrecida y/ o exigida por los usuarios.
- Un factor que muchos consideran entre los más gravitantes es el desarrollo de instrumentos para las investigaciones en prevención y evaluación, relacionadas con la salud. Es de hacer notar que el desarrollo de instrumentos de evaluación, aplicables a grandes poblaciones (escalas de evaluación y otras formas estandarizadas de recoger información en este campo) tradicionalmente ha sido instrumentada por psicólogos, logrando avances importantes en el campo de la metodología y de la estadística aplicada. Este aspecto ha sido descuidado en la formación de los psicólogos en nuestro país, probablemente debido, entre otras razones, al alto costo económico que implica la creación y/ o validación de tests y escalas y al descreimiento en este tipo de evaluación. Quizás llega el momento de que ocupen su justo lugar.
- El cambio en las causas de mortalidad que en el pasado eran mayormente debidas a las enfermedades infecciosas, siendo hoy día enfermedades crónicas que se asocian estrechamente al estilo de vida. Lo anterior subraya que es importante trabajar en la corrección de los factores de riesgo. Aquí estaríamos en el nivel de la prevención. La

literatura americana encuentra la explicación para el crecimiento rápido de esta disciplina en los índices de mortalidad en Occidente por enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes. Los factores de riesgo, asociados con estas enfermedades o causas de muerte, en su mayoría están relacionadas con comportamientos. Expertos concluyeron que más del 50% de la mortalidad actual es debida a conductas insanas, 20% a factores medioambientales, 20% a factores biológicos y el 10% restante debido a un inadecuado cuidado de la salud. Mc Keown examinó la salud y la enfermedad en este siglo y sostiene que las enfermedades contemporáneas son debidas a causas que el mismo individuo determina por sus propios hábitos: fumar, dieta rica en grasas y pobres en fibras, sedentarismo.

- Las investigaciones que muestran la importancia de variables psicológicas en la progresión y sobrevida de algunas enfermedades. La mayoría de las investigaciones estudian la relación entre las variables psicosociales, como la adaptación psicosocial y la calidad de vida, y el curso de las enfermedades. Los importantes trabajos de Spiegel, GreeryWatson, entre otros, muestran la eficacia de la psicoterapia y sus efectos en la calidad de vida y la sobrevida.

3) Objetivos de la psicología de enlace.

El campo de trabajo está referido a aspectos asistenciales y de investigación. En los primeros se ocupa de las repercusiones psicológicas del enfermar, para esto realiza diagnósticos situacionales, derivaciones cuando es pertinente y establece opciones terapéuticas. Debe, por lo tanto, generar modelos teóricos de aproximación con base empírica, que soporten su praxis.

Usa para el diagnóstico además de la entrevista clínica, instrumentos de evaluación y diagnóstico específicos, que deberían estar validados. Incluye en

la valoración psicológica, aquellos factores que puedan incidir o agravar la condición de enfermo (los llamados factores de riesgo) y promueve factores de protección relacionados con la salud. Las estrategias terapéuticas utilizadas son focalizadas.

En resumen la psicología de enlace procurará:

- Estudiar el rol de los factores psicológicos en los procesos de salud enfermedad.
- Generar modelos teóricos de aproximación a estos procesos con soporte en la investigación.
- Utilizar instrumentos de evaluación y diagnóstico específicos, adecuados y debidamente validados.
- Identificar factores de riesgo.
- Utilizar estrategias terapéuticas focalizadas.
- Promover factores de protección, vinculados a la salud.

4) Modelos de consulta.

Hay distintos modelos de consulta posibles en relación con este campo de trabajo.

5) Modelo centrado en el paciente.

En este modelo, el psicólogo es requerido para evaluar algún aspecto del funcionamiento del paciente. Ambos, el psicólogo y el médico, asisten al paciente y se comunican sus opiniones y los resultados de los test a través de la historia clínica.

Este método es apropiado para requerir diagnósticos, para evaluar factores contribuyentes a la enfermedad y para evaluar opciones de tratamientos. El modelo más conocido: el de la interconsulta tradicional. En este modelo la consulta está centrada exclusivamente en el paciente

individual con énfasis en su historia médica, en la descripción clínica, diagnóstico psicodinámico y psicopatológico, con sus intervenciones consecuentes.

6) Modelo de consulta psicológica indirecta o Modelo de proceso educativo.

El psicólogo trabaja directamente con el profesional médico brindando información sobre aspectos de un paciente particular, a través de datos que le proporciona quien realiza la consulta; no se trabaja con el paciente. La metodología puede ser a través de seminarios, cursos, grupos Balint, grupos operativos, etcétera. Aquí se trabaja más en capacitación del médico: es cada vez más frecuente la inclusión de aspectos psicológicos en los cursos de formación permanente para médicos.

7) Modelo de enlace.

Promueve el encuentro entre profesionales de la salud, que han devenido conocidos o familiares uno para el otro. Ya no se trata de un médico que efectúa la derivación por el desconocimiento de una causa psicológica que interfiere con la evolución del tratamiento, o por un paciente que no debería estar en consulta sino en una sala de internación psiquiátrica. Por el contrario, se trata de la certeza de que muchos de los problemas que se plantean en la práctica son mejor entendidos y tratados en el contexto de una comprensión de las circunstancias sociales en las que surgen y del funcionamiento psicológico del paciente.

Es el encuentro entre profesionales que adoptan un modelo de aproximación multifactorial de los procesos de salud enfermedad. Requiere un entrenamiento en el trabajo en interdisciplina, que no implica la “psicologización” del médico o la “medicalización” del psicólogo, sino la demarcación de un perfil claro de acción

común. Los psicólogos que trabajamos en enlace, debemos aprender a manejarnos en este nuevo setting, que requiere gran flexibilidad y creatividad. (Nos hemos referido a esto en el perfil del psicólogo que trabaja en settings médicos.)

Por otro lado, como señala James Straín, mientras en la interconsulta clásica el profesional de salud mental pertenece a un departamento particular y se traslada sólo en ocasión de la consulta, en los modelos más modernos, multiaxiales, los recursos se ubican en las fronteras de dos departamentos: el médico (o quirúrgico, o de cuidados intensivos, nefrología, oncología, etcétera) y el de salud mental (modelos de enlace), o bien departamentos de psicología, que llegan a incluirse parcialmente en los primeros (modelos puentes). Muchos departamentos cuentan con la integración permanente de un psicólogo para la asistencia de los pacientes.

En el modelo de enlace, a partir de recibida la interconsulta, se produce el primer contacto entre ambos profesionales, la información obtenida de la lectura de la historia se complementa con la comunicación verbal entre ambos profesionales.

Las circunstancias del caso particular pueden requerir ampliación de la información dada. La habilidad que desarrolla el psicólogo que trabaja en settings médicos no consiste en la adquisición de conocimientos pertenecientes a otras disciplinas; consiste en saber indagar los datos necesarios sobre la enfermedad y/ o tratamientos, y manejarse sin falsos pudores, ni timideces invalidantes en cuanto a los conocimientos que se deben tener para trabajar en este campo.

Pero también requiere un conocimiento del ámbito de trabajo, y de su modo de funcionamiento. Los psicólogos cuando trabajamos dentro del campo hospitalario, o mutual, debemos familiarizarnos, no mimetizarnos con el estilo del cuerpo médico, que tiene su estructura de funcionamiento marcadamente jerárquica, con reglas y lenguajes diferentes a los nuestros. El psicólogo

consultante debe reconocer el fenómeno, y respetar la diferencia sin apresuramientos en el juicio y la crítica y ser consecuente con su propio esquema referencial para trabajar en el sistema médico, armonizando estos dos modelos, mientras mantiene una distancia que le permite pensar y hacer intervenciones en ese sistema.

Este primer encuentro con quien realiza la interconsulta permite delinear en forma conjunta los objetivos de la intervención y la formulación de las hipótesis de trabajo, reteniendo la situación del paciente. Para ello, en primer término, se debe obtener la información necesaria para efectuar el diagnóstico de situación y diseñar la estrategia de abordaje, dando luego paso a la comunicación y discusión de la misma con el médico tratante.

La estrategia de intervención puede estar dirigida hacia el paciente, puede incluirse también a su familia, a la relación médico- paciente, o dirigirse hacia el equipo tratante.

Si lo pensamos en términos de problema, se trata de identificar cuáles son las dificultades y dónde se focalizará la intervención. El objetivo desde nuestro enfoque es lograr una comprensión del interjuego de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La praxis está en el paciente, la relación con su médico tratante y el funcionamiento de los equipos de salud.

Desde un modelo multiaxial, se jerarquiza una conceptualización integral del proceso de enfermarse y de estar enfermo. La información recogida de la comunicación del médico tratante y de otros miembros del equipo, y de la entrevista al paciente se sistematiza en torno a los aspectos biológicos, el tipo de afección, su curso, su evolución y pronóstico, tratamientos y efectos secundarios de los mismos, etcétera. En síntesis, la situación desde el punto de vista médico y todas las posibles complicaciones.

De la dimensión psicológica nos interesará especialmente lo que llamamos proceso de adaptación a la enfermedad; los mecanismos psicológicos puestos en juego como defensa y afrontamiento. Evaluaremos su eficacia de acuerdo a parámetros diferentes a los habitualmente utilizados en psicopatología. Lo haremos de acuerdo a la calidad de vida y a los objetivos de adaptación, en tanto el paciente logre recuperar cierto bienestar. Las metas adaptativas variarán de acuerdo al tipo de enfermedad y tratamientos y a las exigencias a que sometan al paciente.

El ajuste o adaptación a la enfermedad es un proceso dinámico sujeto a la naturaleza de la enfermedad; (aguda o crónica) a la etapa vital, al sexo del paciente, a su personalidad, a factores culturales, a su nivel educativo e intelectual y a sus experiencias previas con la enfermedad. Nos interesa evaluar los aspectos relacionados con lo que se denomina, el soporte social del paciente", en cuanto éste se relaciona con la presencia o ausencia de relaciones significativas de afecto y apoyo. También se tomarán en cuenta los aspectos asistenciales, la relación con el médico tratante y los demás integrantes del equipo de salud, y lo que se denomina adhesión al tratamiento. Los pacientes cumplen mejor sus tratamientos cuando sienten que son informados y comprendidos por su médico tratante. El grado de aceptación se relaciona por lo tanto con la calidad de la relación médico paciente. Ésta será satisfactoria en la medida que conozca los temores y expectativas de su paciente.

Esta importante recomendación proviene de psicólogos de otras latitudes con una amplia trayectoria en el mismo. El futuro de la psicología en el campo de la salud dependerá de cómo conduzca su identidad, autonomía y competencia.

CAPÍTULO TRES

METODOLOGÍA

A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

1) Tipo de Estudio

En la presente investigación se midió a través del enfoque cuantitativo y cualitativo, la combinación de ambos enfoques, surge la investigación mixta, misma que incluye las mismas características de cada uno de ellos.⁵⁴ Señala que los dos establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas. Prueban y demuestran el grado en que las suposiciones ideas tienen fundamento. Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar o fundamentar las suposiciones ideas; o incluso para generar otras.

Tipo de estudio en esta investigación fue Exploratorio que permitió familiarizarse con el objeto de investigación, descubrir ciertas propiedades y relaciones que posteriormente puedan profundizarse a través de otras estrategias.⁵⁵

2) Diseño de Investigación

“El diseño de investigación que se sigue en este estudio es no experimental del tipo pre experimental se le llama por el grado de control es mínimo con pre-test y post-test de un solo grupo. En este diseño se compara el mismo grupo de participantes antes y después del programa. El propósito del mismo grupo de

⁵⁴ En METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 10 De acuerdo con M. A. Rothery (citado por Grinnell, 1997 EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

⁵⁵ .TINTAYA, Porfidio (2014), Proyecto de investigación p. 76 .Bolivia

diseño pre-test y post-test es determinar si los participantes mejoraron después de recibir el programa”⁵⁶.

Con esta estrategia metodológica, se utilizará como un primer acercamiento al problema de investigación que básicamente consiste en que a un Grupo se le aplica una Prueba Previa al Estímulo o Tratamiento, luego se aplica el Tratamiento y por último se realiza una Prueba Posterior al Finalizar todo el Programa o Tratamiento.

La meta es reunir información necesaria si los grupos psicoeducativos son el marco necesario para una implementación de nuevos programas de intervención y abordaje de esta problemática en este tipo de grupo. Además reunir información clínica con preguntas semiestructuradas para focalizar dudas y temores.

B. VARIABLES.

Identificación de las Variables.

Las variables que se estudian en esta investigación son:

- Variable INDEPENDIENTE
Intervención psicoeducativa (Programa “Mi Primer Vínculo”).
- Variable DEPENDIENTE
Nivel de Ansiedad.

⁵⁶ TINTAYA, Porfidio Cispe(Ed) (1999).*Métodos de investigación en psicología y pedagogía*. Bolivia.

1) Definición conceptual de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

Intervención psicoeducativa (Programa Mi primer Vinculo)

“Programa Psicoeducativo es una de las diversas modalidades de tratamiento, su eficacia se debe a la identificación y la proximidad emocional. Eliminar mitos a la problemática que sufren es un espacio importante para educar a los pacientes sobre su situación y tratamiento médico específico”.⁵⁷

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de Ansiedad.

“Ansiedad como un episodio caracterizado por la presencia de miedo y la activación de los sistemas fisiológico, cognoscitivo, motivacional, afectivo y comportamental, siendo su característica principal, la preocupación que las personas tienen en relación con un daño futuro”⁵⁸

⁵⁷ GRZYBOSWKY, Sissi y Álvarez, Hernán (2011) *Psicoendocrinología práctica clínica e investigación, psicología de enlace*, (p.58) Bolivia.

⁵⁸ BECK, Aarón y Emery, Gary (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias una perspectiva cognitiva*, (p-60). España.

2) Definición operacional de las variables.

CUADRO 1.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: Intervención Psicoeducativa Programa “Mi Primer Vínculo”

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALA	TEC.E.INST
<p>Programa Psicoeducativo “ Mi Primer Vínculo”</p>	<p>“Comienza la aventura” “Voy hacer madre” “Se acerca el momento” “Ya estoy de parto” “Por fin con nuestro bebe” “Le doy de mamar” “Volvemos a casa” “Cuidando al bebe”</p>	<p>Presencia o aplicación del programa</p>	<p>Si No</p>	<p>Trabajo grupal, exposición, formativa y lúdica.</p>

CUADRO 2.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: *Nivel de Ansiedad.*

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALA	TEC.E.INST
Nivel de Ansiedad	Respuestas que ejecuta en un test	Presencia	Ausente Moderado Grave Muy Grave	Escala de Ansiedad de Hamilton

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

1) Universo.

El centro Integral el Rosal consta de 40 sujetos (Madres gestantes).

2) Características de las unidades de observación.

Mujeres del centro de salud Integral el Rosal, madres gestantes de 17 a 42 años de edad, predisposición a la investigación y sin riesgo en el embarazo.

3) Tipo de muestra no probabilística.

La muestra de sujetos tipo por estar integrada por personas singulares (madres gestantes).

4) Tamaño de la muestra.

No probabilística de acuerdo con los objetivos que persigo, las necesidades prácticas y tiempo que dispongo defino 23 sujetos (madres gestantes) del tipo intencional.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Técnicas.

Las técnicas de investigación que se aplicaron fueron la observación, entrevistas individuales – grupales, psicoeducación grupal y la aplicación de una prueba Psicológica.

2. Instrumentos.

Estos procesos se desarrollaron mediante a un grupo de madres embarazadas través del programa Psicoeducativo Mi primer Vínculo y la Escala de Ansiedad de Hamilton.

2.1. Programa Psicoeducativo “Mi Primer Vínculo”.

Objetivo del Programa “Mi Primer Vínculo”.

Dar información, desarrollo y retroalimentación necesaria acerca del proceso del embarazo a través de la psicología de enlace.

Encarar las problemáticas importantes en salud prenatal, informar a las madres gestantes para facilitar la toma de decisiones, transmitir la importancia de que tienen, que son constructoras y transmisoras del valor sociocultural de la maternidad, entender la maternidad como un proceso que se inicia antes del embarazo y va mucho más allá del parto (atención a la lactancia y el inicio de la crianza), considerar la maternidad como etapa en la que se retoman las sensaciones del cuerpo (escuchar, sentir, entender y expresar lo que el cuerpo transmite), trabajar la aceptación del proceso de parto como natural, considerar el parto como un proceso fisiológico, íntimo, emocional y único para la mujer.

Así mismo, la importancia de mantener una mentalidad positiva, donde las motivaciones personales tengan un papel relevante, enfocar el papel del padre como copartícipe en el cuidado del recién nacido, así como del apoyo a su pareja en todo el proceso. El parto es un momento de consciencia, euforia, receptividad para la madre, el padre y el recién nacido. Esta vivencia prepara la futura relación familiar, provee de un espacio donde las mujeres y sus parejas puedan reflexionar sobre la vivencia de la maternidad - paternidad, y compartirlo con su grupo de iguales.

Los participantes de éste grupo tengan la oportunidad de reflexionar sobre los distintos aspectos y actitudes del proceso de embarazo. Que en muchas ocasiones, pueden crear una percepción negativa de esta etapa.

2.2. Características del Programa “Mi Primer Vínculo”.

Es un programa que consta de 9 sesiones. Cada sesión de tres fases, que se relacionan entre sí y se ajustan a la demanda del grupo, con el fin de dar una experiencia integrada en cuanto a lo corporal, psíquico y a la expresión propia de cada mujer, 2 horas diarias, una vez por semana, que durará dos meses aproximadamente. Contará con un grupo de especialistas de diferentes áreas

(médico general, ginecólogos, nutricionistas, psicología, visitadora social y enfermería).

2.3. Escala de Ansiedad de Hamilton.

Objetivos.

Se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)⁵⁹, (**Anexo 8**), que tiene por objetivo valorar el grado de ansiedad que presentan las personas día a día.

Características.

Se trata de una escala que consta de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos, el último es una autoevaluación que realiza el paciente de su estado durante la realización de la prueba. A cada uno de los ítems se asigna una valoración que va desde 0 hasta los 4 puntos.

Interpretación.

El entrevistado, debe colocar una marca en el número con el cual exprese mejor su sentimiento, con respecto a cada uno de los ítems.

Los 14 ítems, se separan en dos partes. Los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 14 corresponden al área de ansiedad psíquica, y los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 miden la ansiedad somática en el paciente.

⁵⁹ Esta escala fue diseñada en 1959, la versión en español fue realizada por Carrobes, Costa, Del Ser y Bartolomé en 1986.

Cada uno de estos resultados se debe colocar por aparte, para poder hacer una diferenciación entre las dos áreas, luego se hace una sumatoria entre las dos áreas para obtener el resultado total, el cual debe oscilar entre 0 y 56 puntos. La prueba únicamente cuantifica la intensidad de ansiedad, dependiendo de los totales de la puntuación se puede establecer que si el total oscila entre los 0 y 5 puntos se puede decir que su ansiedad es nula, de 6 a 14 puntos su ansiedad es menor y más de 15 puntos su ansiedad es mayor.

Puede utilizarse sin entrenamiento previo. En caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona quien lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.

Fiabilidad.

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez.

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones

medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$).

D. AMBIENTE.

La aplicación del programa se realizó en el centro de salud integral el Rosal, donde asisten regularmente las madres gestantes. La aplicación del programa de intervención psicoeducativa se ejecutó en una sala del establecimiento, es un ambiente cómodo, tranquilo, buena iluminación, amplio y equipado. Las sesiones del programa de intervención se efectuaron en las mañanas de 10:30 a 12:30 pm.

E. PROCEDIMIENTO.

El procedimiento que se siguió fue estructurado de acuerdo a las fases del diseño pre-experimental.

- **Primero**

Se realizó la recopilación teórica, para sentar las bases y lineamientos de la investigación; Previa autorización del director del centro de salud Integral el Rosal.

- **Segundo**

Pre-test, se aplicó la escala de Ansiedad Hamilton a las 23 madres gestantes en fecha 2 de septiembre de 2016, en horas de la mañana; Luego con la aplicación del programa Psicoeducativo Mi Primer Vínculo al grupo de 23 madres gestantes. (Información, desarrollo y retroalimentación).

Continuando los días viernes mismo horario hasta completar las 9 sesiones.

- **Tercero**

Post-test se aplicó la escala de Hamilton en la última sesión para comprobar la efectividad del programa Psicoeducativo.

- **Cuarto**

A partir de la información recopilada se llevó a cabo la interpretación de la misma teniendo parámetros de los datos cuantitativos de la escala de ansiedad de Hamilton. A través de la Distribución T de student se llegó al resultado de los datos estadísticos.

- **Quinto**

Elaboración Trabajo final. Construyendo en una fase de revisión del material trabajado a partir del cual se logró diseñar conclusiones y recomendaciones propias de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO CUATRO

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO.

MI PRIMER VÍNCULO.

PARTE I.

Fundamentación.

El programa trata de encarar las problemáticas importantes en la salud prenatal: sobre la falta de información en el proceso del embarazo. El embarazo en una experiencia trascendental para la mujer, adquirir vital preparación para conseguir un embarazo armónico y placentero. Este programa quiere abordar a través de un proceso Psicoeducativo con técnicas o estrategias dirigidas para aumentar el conocimiento pertinente acerca de la naturaleza de su situación, es un enfoque importante para la prevención, bienestar físico y psicológico.

Informar a las mujeres embarazadas para facilitar la toma decisiones, transmitir la importancia de que tienen, que son constructoras y transmisoras del valor sociocultural de la maternidad, entender la maternidad como un proceso que se inicia antes del embarazo y va mucho más allá del parto (atención a la lactancia y el inicio de la crianza), considerar la maternidad como etapa en la que se retoman las sensaciones del cuerpo (escuchar, sentir, entender y expresar lo que el cuerpo transmite), trabajar la aceptación del proceso de parto como natural, considerar el parto como un proceso fisiológico, íntimo, emocional y único para la mujer.

Así mismo, como de la importancia de mantener una mentalidad positiva donde las motivaciones personales tengan un papel relevante, enfocar el papel del padre como copartícipe en el cuidado del recién nacido, así como de apoyo a su pareja en todo el proceso. El parto es un momento de consciencia, euforia, receptividad para la madre, el padre - recién nacido y esta vivencia prepara para

la futura relación familiar, proveer de un espacio donde las mujeres sus parejas puedan reflexionar sobre la vivencia de la maternidad paternidad, y compartirlo con su grupo de iguales. Componentes de éste tengan la oportunidad de reflexionar sobre los distintos aspectos y actitudes. Que en muchas ocasiones, pueden crear una percepción negativa de esta etapa.

Desde la perspectiva de la psicología del enlace la psicoeducación es un tratamiento o intervención terapéutica, donde se asientan las bases, mejor apego al tratamiento y se establece la línea de salida, es decir, el lugar donde el sujeto y su familia van a partir para alcanzar las metas terapéuticas, personales, familiares y de futuro. Según, la Organización Mundial de la Salud, cuyos informes muestran su papel en la reducción de la prevalencia de distintos trastornos y en su identificación temprana, permitiendo la instauración de tratamientos eficaces. Los talleres, como intervención con enfoque Psicoeducativo, propician un contexto de aprendizaje necesario para facilitar el cambio cognitivo y fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento más saludables.

Objetivos.

El objetivo fundamental de este programa es ofrecer a la madre gestante, la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio en esta etapa de su vida, favoreciendo el óptimo desarrollo del embarazo y la vivencia positiva de la maternidad, a través de la promoción de hábitos saludables y adquisición habilidades básicas que permitan afrontar esta etapa de vida de la mujer.

Objetivos General.

Crear un taller con un espacio de información y reflexión que facilitara en las

embarazadas en el proceso del embarazo.

Objetivos Específicos.

- Favorecer el conocimiento en relación a desarrollo fisiológico del proceso del embarazo, parto, nacimiento y lactancia materna.
- Fomentar la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso.
- Promover que las mujeres y su entorno tengan una vivencia satisfactoria de la experiencia del embarazo, parto y nacimiento.
- Contribuir a conocer los modelos de maternidad y paternidad que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
- Establecer canales de participación durante el proceso de gestación, parto y crianza, promoviendo que el padre o pareja proporcione apoyo a la mujer durante todo el proceso.

Contenidos.

Los contenidos a desarrollar en el programa. Los temas específicos que se van a informar, reflexionar y discutir tiene relación con el embarazo, cambios físicos y psíquicos, sus cuidados con estrategias de afrontamiento a inseguridades, coeducación y lactancia materna.

- **Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo.** Cuidados del embarazo. Cambios corporales y emocionales durante el embarazo. Cuidados de salud durante el embarazo, considerando esté como un proceso natural que pone a prueba las reservas físicas y psíquicas de la mujer. Alimentación, suplementos de vitaminas y minerales, actividad física y descanso, higiene postural, actividad laboral, doméstica y de cuidados a personas dependientes, ocio y tiempo libre, exposición a tóxicos. Sexualidad durante la gestación: cambios que se producen en

esta etapa, estrategias de adaptación a ellos y causas en las que se aconseja evitar las relaciones sexuales coitales. Formas de alivio de las molestias propias del embarazo.

- **Modelos de maternidad y paternidad.** Reflexionar sobre los diferentes - Modelos de maternidad y paternidad para crear el suyo propio. Conocer el significado de las relaciones igualitarias entre parejas. Conceptos básicos sobre coeducación y corresponsabilidad en la crianza, y como llevarla a la práctica.
- **Sentimientos que afloran ante la paternidad.** Sentimientos que pueden aparecer ante la futura paternidad. Papel del padre en el proceso de embarazo, parto y crianza. Hablar y compartir los miedos ilusiones y proyectos con su pareja, ella también los tiene. Hacerse presente, acompañar y participar, que sienta que esta con ella viviendo este momento. Asumir tareas que igual antes no hacía y que ahora le resultan a ella más incómodas. Transmitir seguridad con sus abrazos o con sus detalles, hacerle sentir que está ahí.
- **Inicio de parto** Modificaciones anatómicas. Contracciones. Papel del dolor en el parto. Dolor y sufrimiento. Dolor fisiológico durante el parto. Signos de inicio del trabajo de parto. Cómo actuar en esta fase. Cuando acudir al hospital. Qué hay que llevar al hospital.
- Técnicas de alivio del dolor (masaje, baño, ducha, posturas, respiración, etc.). Papel del acompañante antes del ingreso de parto. Elección de acompañante más adecuado.
- **El parto y nacimiento** Desarrollo del proceso de parto y la importancia de respetar su evolución fisiológica. Necesidades básicas de la mujer durante las fases del parto: seguridad, intimidad, silencio, calor, libertad de movimientos, apoyo emocional, etc. Necesidades básicas del recién nacido: calor, silencio, luz tenue, contacto piel con piel, lactancia materna, etc. Otros tipos de parto: Parto con epidural ventajas, inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones. Parto inducido: indicaciones. Parto con

fórceps y ventosa. Parto por cesárea. Parto fuera del ámbito hospitalario. Papel del acompañante durante el parto. Plan de Parto: Importancia y apoyo para su elaboración.

- **Contacto piel con piel Ventajas del contacto piel con piel.** Colocación adecuada para el contacto piel con piel. Riesgos de la separación precoz y cómo superar sus posibles dificultades. Atención inmediata al recién nacido: procedimientos recomendados y procedimientos que se pueden posponer. Puntos clave en la instauración de la lactancia materna: inicio precoz y estimulación frecuente (a demanda y como máximo cada 3 horas).
- **Lactancia materna** Conocimientos básicos sobre la fisiología de la lactancia materna. Beneficios de la lactancia materna y los riesgos de no amamantar. Técnica apropiada para el amamantamiento. Interferencias y obstáculos para la lactancia materna (biberones, presión familiar o social, etc.). Mitos y creencias. Cuidados de la madre durante la lactancia: alimentación, descanso, mamas. Dificultades frecuentes en la lactancia, causas y abordaje: Dolor en el pezón como signo de alerta, afrontamiento de las primeras noches, etc. Técnica de extracción manual, almacenamiento y conservación de la leche materna.
- **Cuidados del bebé** Cuidados generales del recién nacido: contacto físico, higiene y aseo, cuidados del ombligo, eliminación, sueño, descanso, vestido, paseo, etc. Controles de salud habituales del recién nacido importancia del contacto físico y del masaje del bebé. Manejo del llanto y el cólico del lactante. Prevención de accidentes (seguridad en el automóvil, caídas, baño, etc.) pautas de crianza durante los primeros meses de vida.

Metodología.

Desde la perspectiva de la psicología del enlace la psicoeducación es un tratamiento o intervención terapéutica de apego, pueden ser definidas como propiciadoras de una situación de enseñanza-aprendizaje, la importancia de la dinámica del grupo, como la herramienta de cambio de conductas, actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones; los talleres psicoeducativos tienen un carácter promocional o preventivo, y su finalidad principal es informar. Según, la Organización Mundial de la Salud, cuyos informes muestran su papel en la reducción de la prevalencia de distintos trastornos y en su identificación temprana, permitiendo la instauración de tratamientos eficaces. Los talleres, como intervención con enfoque Psicoeducativo, propician un contexto de aprendizaje necesario para facilitar el cambio cognitivo y fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento más saludables.

El modelo propuesto pretende conseguir una preparación grupal para la maternidad y paternidad dinámica e interactiva:

- Adaptada a las necesidades y características del grupo. Se ha de establecer “con el grupo” cuáles son sus necesidades y a qué ritmo se debe trabajar, conociendo las expectativas de cada persona.
- De intercambio y reflexiva. Fundamentos sobre los que se sustenta: En la que una parte importante de los contenidos emerjan del propio grupo y los componentes de éste tengan la oportunidad de reflexionar sobre los distintos aspectos y actitudes.
- Formativa y lúdica. Aprovechando el grupo para aprender contenidos e interiorizarlos y disfrutar de la experiencia de este espacio dedicado a la maternidad, nacimiento y crianza.
- Método de caso, lecturas dirigidas o discusiones de grupo: Poner a las participantes en una situación concreta y que puedan opinar.
- Las sesiones deben desarrollarse a través de una metodología activa y

participativa, alternándose exposiciones teóricas con ejercicios y dinámicas de grupo. Buscando en todo momento la participación de las y los asistentes. La metodológica debe adaptarse a los objetivos, a los contenidos y a las características del grupo.

TÉCNICAS METODOLÓGICAS A APLICARSE

ETAPA	TEMA/TAREA	TÉCNICA
PRE-TEST	Conocimiento del nivel de ansiedad de las madres gestantes	Aplicación Escala Hamilton
TRATAMIENTO		"Comienza la aventura"
		"Voy a ser madre / voy a ser Padre" "Que puedo hacer yo"
		" se acerca el momento"
		"Ya estoy de parto"
		"Por fin con nuestro bebe"
		"Le doy de mamar"
		"Volvemos a casa"
		"Cuidando al bebe"
POST-TEST	Conocimiento del nivel de ansiedad de las madres gestantes después del tratamiento	Aplicación Escala Hamilton

Recursos.

El desarrollo del programa implica la participación de recursos humanos y el empleo de ciertos recursos materiales. Entre los recursos humanos, el programa está dirigido por un facilitador y apoyado por dos asistentes. Ellos son los que coordinaran la participación de 23 mujeres gestantes aproximadamente.

En cuanto a los recursos materiales, se emplean fotocopias de la escala de Hamilton, material de escritorio, marcadores, cinta adhesiva, globos, muñecas manejables, pelotas de goma, sillas suficientes para todas las participantes, mesa auxiliar y pizarrón. Entre los equipos un televisor y flash memory. En cuanto a la infraestructura, se requiere de una sala amplia donde se puedan formar 5 grupos.

Evaluación.

La valoración del proceso y de los resultados del taller se efectuara a través de una evaluación inicial y evaluación final. Se consideran aspectos tanto cuantitativos como cualitativos del aprendizaje de las madres gestantes: el embarazo, cambios físicos y psíquicos, sus cuidados con estrategias de afrontamiento a inseguridades, coeducación y lactancia materna.

Mediante la evaluación inicial (pre-test), se apreciara el nivel de ansiedad de las madres gestantes. Durante el taller, se valorara el interés y participación. En la evaluación final (post-test), se apreciara el grado de ansiedad de la experiencia de la información. Así mismo, se analizara la evolución del nivel de ansiedad con el taller "Mi primer vínculo" que se dará entre el pre-test y post-test.

Entre las técnicas de evaluación que se aplicarán para apreciar los resultados están las siguientes.

- La observación: se registrara la participación de las madres gestantes en las actividades del programa, el interés y cooperación en el grupo. La observación se efectuará durante la fase de tratamiento, es decir, durante las sesiones del taller.
- Aplicación de la escala de Hamilton: se administrara una prueba de ansiedad para apreciar el nivel de ansiedad de la futura madre. Esta prueba se aplicara tanto en el pre-test como en el pos-test.

PARTE II

PLAN DE ACCIÓN DEL PROGRAMA.

Desarrollo específico de cada sesión:

- Recibimiento del grupo y plan de trabajo de la sesión.
- Propuesta metodológica para la consecución de los objetivos.

Materiales:

- 1-2 Muñecos blandos y articulados.
- Bañera de plástico pequeña o recipiente para realizar prácticas sobre cómo bañar al bebé.
- Globos para hacer las demostraciones de lactancia materna.
- Póster sobre aparato genital femenino y masculino y gestación.

SESIÓN 1.

Antes de iniciar el taller se tomará un Pre-test escala de Hamilton.

- Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo.
- Cuidados básicos del embarazo (nutrición).

SESIÓN 2.

Denominación de la Sesión para el grupo: **“Comienza la aventura”**

Objetivos

Las gestantes y sus parejas al finalizar la sesión serán capaces de:

- Identificar los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo y los que pueden suponer un signo de alarma.
- Conocer medidas destinadas a aliviar las molestias propias del embarazo.
- Conocer los cuidados básicos del embarazo.

Contenidos

- Cambios corporales y emocionales durante el embarazo.
- Cuidados de salud durante el embarazo, considerando esté como un proceso natural que pone a prueba las reservas físicas y psíquicas de la mujer.
- Alimentación, suplementos de vitaminas y minerales, actividad física y descanso, higiene postural, actividad laboral, doméstica y de cuidados a personas dependientes, ocio y tiempo libre, exposición a tóxicos.
- Sexualidad durante la gestación: cambios que se producen en esta etapa, estrategias de adaptación a ellos y causas en las que se aconseja evitar las relaciones sexuales coitales.
- Formas de alivio de las molestias propias del embarazo.

Desarrollo específico de la sesión.

Recibimiento del grupo.

- Presentación de la persona guía y de cada persona del grupo.
- Presentación del Programa: descripción de las sesiones y a quienes van dirigidas.
- Entrega del Programa con fichas, objetivos y temática.

Propuesta Metodológica.

Cambios corporales, emocionales y sexualidad.

Trabajo grupal: Compartir con el grupo los cambios experimentados desde el comienzo del embarazo.

Exposición teórica de contenidos: Se abordará tanto los cambios físicos como los emocionales (pérdida de control sobre el cuerpo, mayor vulnerabilidad emocional, cambios en el estado de ánimo, sensación de plenitud, sentimiento de ambivalencia, miedos, ilusiones, etc.).

Cuidados de salud durante el embarazo.

- Trabajo grupal: Formar grupos de 3-4 personas, distribuyendo aleatoriamente a cada grupo trabajos sobre:
- Grupo A: Elaborar un ejemplo de menú de un día de una embarazada.
- Grupo B: Establecer un actividad semanal de una embarazada (incluyendo descanso, ejercicio, actividad laboral, reparto de tareas domésticas, etc.).
- Puesta en común: Estrategias de alivio de las molestias propias del embarazo. Trabajar sobre estilos de vida saludables y reparto equitativo de tareas, completando la guía aquellos aspectos que no se hayan desarrollado en los grupos. Resumir la puesta en común con una recomendación a destacar por cada participante.

Entrega de documentación.

- Guía de “Cuidados de la Salud durante el Embarazo”.
- Revisar su estilo de vida e introducir al menos 2 cambios saludables en su vida cotidiana.

SESIÓN 3.

Modelos de maternidad y paternidad.

Comunicación y vinculación afectiva con el bebé intrauterino.

Denominación de la Sesión para el grupo: “Voy a ser madre / voy a ser Padre”.

Objetivos.

Las gestantes y sus parejas al finalizar la sesión serán capaces de:

- Reflexionar sobre su estilo de maternidad y paternidad.
- Conocer qué es la coeducación y la corresponsabilidad y su influencia en la crianza.
- Valorar la importancia de comunicación afectiva con su bebé intrauterino.

Contenidos.

- Reflexionar sobre los diferentes modelos de maternidad y paternidad para crear el suyo propio.
- Conocer el significado de las relaciones igualitarias entre parejas.
- Conceptos básicos sobre coeducación y corresponsabilidad en la crianza, y como llevarla a la práctica.
- Comunicación con el bebé y vinculación afectiva intrauterino.

Desarrollo específico de la sesión.

Propuesta Metodológica.

- Exposición del concepto de coeducación.
- Tormenta de ideas: Ejemplos de cómo llevar a cabo la coeducación.
- Resumir en dos columnas: Una en la que se recojan situaciones de coeducación y otra en la que se enumeren ejemplos de no coeducación.
- Trabajo con fichas individuales: El modelo de maternidad/paternidad que conoce mejor, quizá deseamos copiar de él y qué no deseamos.
- Entrega a cada persona del grupo de una ficha para trabajar los modelos de maternidad/paternidad conocidos para poder comenzar a desarrollar el suyo propio.
- Aspectos positivos de mi madre/padre.
- Aspectos negativos de mi madre/padre.
- Qué tipo de madre o padre me gustaría ser:
- Puesta en común. Trabajando los siguientes aspectos:
- Aprender a aceptar y respetar en nuestras madres y padres características que no deseamos poseer en nuestro estilo maternal o paternal.
- Importancia de saber aceptar lo que se puede esperar de cada persona, y

no esperar de los demás (madre, padre, pareja, hijo...) lo que no nos pueden dar.

- Plantear que su futuro hijo tendrá rasgos que no les agraden y que tendrán también que saber aceptar y respetar. Aceptar la autonomía en el desarrollo de su hijo.
- Animarles a desarrollar su propio estilo de maternidad y paternidad, que no tiene por qué ser el que cada uno espera del otro.
- Trabajo corporal:
- Invitación a la percepción y comunicación con su hijo intrauterino a través del tacto.
- Entrega de documentación
- “Guía para la buena coeducación de nuestras hijas e hijos”
- Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión
- Caminar juntos al menos 2 veces por semana durante 1 hora.
- Planificar cómo se repartirán las tareas después del parto.
- Comentar con su pareja que sentimientos les despertaría el dar a su hijo o hija juguetes.
- Tradicionalmente adjudicadas al otro sexo.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión.

- Guía para la buena coeducación de nuestras hijas e hijos”

2ª SESIÓN PARA PADRES.

Sentimientos que afloran ante la paternidad

Denominación de la Sesión para el grupo: “Que puedo hacer yo”

Objetivos.

- El padre al finalizar la sesión será capaz de:
- Identificar los sentimientos que le produce su paternidad.
- Reconocer aquellas actitudes que pueden ayudarle a tener una vivencia satisfactoria de su paternidad.
- Compartir su vivencia con otros hombres que están en su misma situación.

Contenidos.

- Sentimientos que pueden aparecer ante la futura paternidad.
- Papel del padre en el proceso de embarazo, parto y crianza.
- Hablar y compartir los miedos ilusiones y proyectos con su pareja, ella también los tiene.
- Hacerse presente, acompañar y participar, que sienta que esta con ella viviendo este momento.
- Asumir tareas que igual antes no hacía y que ahora le resultan a ella más incómodas.
- Transmitir seguridad con sus abrazos o con sus detalles, hacerle sentir que está ahí.

Desarrollo específico de la sesión.

Propuesta metodológica.

Trabajo grupal (Tormenta de ideas):

¿Cuándo empieza la paternidad para él?

¿Qué cosas han cambiado en su vida desde que conoce que va a ser padre?

¿Qué espera que cambie?

¿Cuál cree que su papel en este proceso?

¿Qué tipos de sentimientos le afloran durante esta fase?

- Exposición del resumen de la Sesión 2.

- Exposición por parte de persona guía del papel del padre durante el proceso.
- Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión
- Elaborar una lista de las cosas que como padre se tiene que responsabilizar, tanto durante el embarazo como después del nacimiento.
- Colaborar con su pareja en las tareas propuestas en cada sesión.

SESIÓN 4.

Inicio del parto

Denominación de la Sesión para el grupo: “Se acerca el momento”

Objetivos.

Las gestantes y sus parejas al finalizar la sesión serán capaces de:

- Expresar y compartir sentimientos y emociones en relación con el parto.
- Identificar los signos y síntomas de inicio del parto.
- Conocer y utilizar las técnicas de alivio del dolor durante el parto.

Desarrollo específico de la sesión.

Propuesta Metodológica.

Exposición teórica de contenidos:

- Etapas y duración del parto.
- Presentación: El parto en mi hospital.
- Plan de Parto. Importancia y cumplimentación.
- Trabajo en grupal (Tormenta de ideas): necesidades básicas de la mujer y del recién nacido.
- Método del caso: Experiencias o vivencias sobre diferentes tipos de partos.

- Trabajo corporal: Relajación.

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión.

- Hablar sobre cómo se imaginan ambos el parto y que espera cada uno del otro.
- Entrenamiento de técnicas de alivio del dolor con la persona que le va acompañar.
- Material específico necesario para el desarrollo de la sesión
- Presentación (Televisor-flash memory): “El parto en mi hospital”.
- Documento sobre experiencias de distintos tipos de parto.

SESIÓN 5.

El parto y nacimiento

Denominación de la Sesión para el grupo: “Ya estoy de parto”

Objetivos.

La mujer y su acompañante durante el parto, al finalizar la sesión serán capaces de:

- Conocer el proceso del parto y reconocer el papel de cada uno durante este periodo.
- Identificar las necesidades de la mujer y el recién nacido en el proceso.
- Conocer los recursos que les ofrece el sistema sanitario para la toma de decisiones en relación con la atención al parto.
- Identificar al profesional responsable de la atención al parto fisiológico.

Contenidos.

- Desarrollo del proceso de parto y la importancia de respetar su evolución fisiológica.

- Necesidades básicas de la mujer durante las fases del parto: seguridad, intimidad, silencio, calor, libertad de movimientos, apoyo emocional, etc.
- Necesidades básicas del recién nacido: calor, silencio, luz tenue, contacto piel con piel, lactancia materna, etc.
- Otros tipos de parto:
- Parto con analgesia farmacológica (epidural) ventajas, inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones.
- Parto inducido: indicaciones.
- Parto por cesárea.
- Parto fuera del ámbito hospitalario.
- Papel del acompañante durante el parto.
- Plan de Parto: Importancia y apoyo para su elaboración.

Desarrollo específico de la sesión.

Propuesta Metodológica.

- Trabajo grupal (Tormenta de ideas): Qué sugiere la palabra “parto” y la palabra “dolor”.
- Trabajar las ideas y los miedos que afloran.
- Proyección audiovisual: “Saber esperar”, en la que se exponen aspectos relacionados con las modificaciones que se producen al inicio del parto y el papel del acompañante.
- Debate posterior sobre la proyección, incidiendo la guía en aquellos aspectos de mayor interés.
- Trabajo corporal
- Posturas, estiramientos y masaje lumbar.
- Percepción de la respiración según los distintos estados emocionales opuesta de actividades para realizar en casa.
- Hablar con su pareja sobre cómo le gustaría que le acompañase en ese momento.

- Entrenamiento de técnicas de alivio del dolor con la persona que le va a acompañar.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión.

- Audiovisual “Saber esperar”.
- Folleto: “¿Estoy de parto? Cuando acudir al Hospital”.

SESIÓN 6.

Contacto piel con piel.

Denominación de la Sesión para el grupo: “Por fin con nuestro bebé”.

Objetivos.

La gestante y su pareja/acompañante al finalizar la sesión serán capaces de:

- Conocer el significado del contacto piel con piel y la forma adecuada de realizarlo.
- Identificar las ventajas del contacto piel con piel y conocer los riesgos de la separación precoz.
- Conocer la importancia de la relación existente entre el contacto piel con piel y el inicio.
- Precoz de la lactancia materna.

Contenidos.

- Ventajas del contacto piel con piel.
- Colocación adecuada para el contacto piel con piel.
- Riesgos de la separación precoz y cómo superar sus posibles dificultades.
- Atención inmediata al recién nacido: procedimientos recomendados y procedimientos que se pueden posponer.
- Puntos clave en la instauración de la lactancia materna: inicio precoz y

estimulación frecuente (a demanda y como máximo cada 3 horas).

Desarrollo específico de la sesión.

Propuesta Metodológica.

Trabajo grupal (Tormenta de ideas): sentimientos y dudas en relación al nacimiento de su hijo, cómo les gustaría recibir al recién nacido, qué sugiere el término contacto piel con piel.

Exposición teórica de contenidos:

- Transmitir a la madre que la única necesidad básica del recién nacido sano es el contacto piel con piel, ya que favorece su adaptación a la vida extrauterina, el vínculo afectivo y el inicio de la lactancia materna.
- Reforzar la importancia del reconocimiento entre la madre y su hijo/a, respetando sus tiempos y sin forzar la primera toma.
- Presentación (Televisor-flash memory): “Contacto piel con piel”.

Trabajo corporal:

Entrega de documentación.

- Resumen que hace referencia contacto piel con piel.
- Hablar con al menos dos personas de su entorno sobre el contacto piel con piel.
- Material específico necesario para el desarrollo de la sesión.
- Presentación (Data show): “Contacto piel con piel”.

SESIÓN 7.

Lactancia materna.

Denominación de la Sesión para el grupo: “Le doy de mamar”.

Objetivos.

La gestante y su pareja o acompañante al finalizar la sesión serán capaces de:

- Conocer los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de no

amamantar.

- Conocer la técnica apropiada para dar de mamar.
- Saber identificar las prácticas que suponen una interferencia con la lactancia materna.
- Saber identificar los problemas que pueden aparecer a lo largo de la lactancia y como abordarlos.
- Conocer la técnica apropiada de extracción manual de la leche materna.
- Conocer los recursos existentes, tanto en el ámbito sanitario como en su entorno social, de apoyo a la lactancia materna.

Contenidos.

- Conocimientos básicos sobre la fisiología de la lactancia materna.
- Beneficios de la lactancia materna y los riesgos de no amamantar.
- Técnica apropiada para el amamantamiento.
- Interferencias y obstáculos para la lactancia materna (biberones, presión familiar o social, etc.). Mitos y creencias.
- Cuidados de la madre durante la lactancia: alimentación, descanso, mamás.
- Dificultades frecuentes en la lactancia, causas y abordaje: Dolor en el pezón como signo de alerta, afrontamiento de las primeras noches, etc.
- Técnica de extracción manual, almacenamiento y conservación de la leche materna.
- Recursos que ofrece el entorno para apoyar la lactancia materna:
- Profesionales de referencia (ginecología /pediatra/ enfermera/ pediátrica). Grupos de apoyo en Centro de Salud.
- Asociaciones de apoyo a la lactancia materna.
- Duración recomendada de la lactancia materna y destete fisiológico.

Desarrollo específico de la sesión.

Propuesta Metodológica.

- Trabajo grupal (Tormenta de ideas): Motivo por el que va a dar de mamar y ventajas que conoce de la lactancia materna, explorar los mitos y creencias. Haciendo hincapié en los riesgos de no amamantar.
- Demostración práctica de la técnica de amamantamiento y de la higiene postural con muñeco, con audiovisual y/o con madre lactante.
- Exposición teórica de contenidos:
- Interferencias/obstáculos para la adecuada succión.
- Dificultades que pueden aparecer y cómo resolverlas (dolor, grietas, mastitis, etc.).
- Demostración práctica de la técnica de extracción manual de la leche.
- Información sobre recursos de apoyo a la lactancia materna que existen en nuestro entorno.

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión.

Practicar con un muñeco posturas cómodas y apropiadas para la lactancia materna.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión.

Muñeco blando y articulado que permita colocarla en diferentes posiciones.

SESIÓN 8.

Cuidados del puerperio.

Denominación de la Sesión para el grupo: “Volvemos a casa”.

Objetivos.

La gestante y su pareja al finalizar la sesión serán capaces de:

- Conocer qué es el puerperio y los cambios físicos y psíquicos que se puedan presentar en esta etapa.
- Identificar aquellas situaciones familiares y sociales que puedan facilitar o dificultar el reajuste de roles.
- Tomar conciencia de las nuevas relaciones que se establecerán en la estructura familiar con la llegada del recién nacido.
- Identificar las situaciones de riesgo que pueden aparecer en la puérpera y cuando consultar por ello.

Contenidos.

- Duración, características y cuidados generales del puerperio. Cambios en la percepción corporal.
- Puerperio en caso de cesárea.
- Cambios emocionales durante el puerperio: sentimientos que se pueden presentar, labilidad emocional, importancia de la autoestima y seguridad en sí misma para abordar la crianza del bebé, pautas para afrontar estos cambios. Transmitir a la pareja lo que se espera de ella.
- Vuelta a casa y readaptación de la estructura familiar.
- Signos de riesgo psíquico: falta de deseo de cuidar al bebé, llanto exagerado que no desaparece, sensación de extrañeza para con ella y con su hijo, ansiedad.

Desarrollo específico de la sesión.

Propuesta Metodológica.

Trabajo grupal:

- Visualización de cómo se imaginan a ellas mismas en esta fase, física y emocionalmente.
- Foto palabra: Exponer diversas fotos de mujeres en distintas fases del posparto y que elijan con la que más se identifican.

Exposición teórica de contenidos:

- Cuidados generales del puerperio, readaptación de la vida familiar.
- Trabajo corporal:
- Posturas y respiración en el expulsivo.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión Exposición.

SESIÓN 9.

Cuidados del bebé.

Denominación de la Sesión para el grupo: “Cuidando al bebé”.

Objetivos.

La gestante y su pareja al finalizar la sesión serán capaces de:

- Identificar las necesidades físicas y afectivas del recién nacido.
- Conocer como satisfacer dichas necesidades en función de las características del bebé.
- Conocer la importancia de la visita precoz del recién nacido en Atención Primaria.
- Conocer los beneficios del masaje del bebé.
- Conocer pautas de crianza básicas en la primera fase de adaptación familiar.

Contenidos.

- Cuidados generales del recién nacido: contacto físico, higiene y aseo, cuidados del ombligo, eliminación, sueño, descanso, vestido, paseo, etc.
- Controles de salud habituales del recién nacido.
- Importancia del contacto físico y del masaje del bebé.
- Manejo del llanto y el cólico del lactante.

- Prevención de accidentes (seguridad en el automóvil, caídas, baño, etc.)
- Pautas de crianza durante los primeros meses de vida.

Desarrollo específico de la sesión.

Propuesta Metodológica.

Trabajo grupal.

- Demostración práctica: baño del bebé, masaje, cambio del pañal y vestido, cuidados del ombligo, etc.

Exposición teórica de contenidos.

- Cuidados generales del recién nacido: eliminación, sueño, descanso, paseo, etc.
- Controles de salud habituales del recién nacido en el Centro de Salud.
- Presentación (televisión, flash memory): “Pautas de crianza”: Desarrollo motor, juego, artículos para bebés, desarrollo del lenguaje.
- Trabajo corporal:
- Realización de los ejercicios y posturas aprendidos con los que cada una se encuentra más cómoda.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión.

Presentación (Televisión y flash memory): “Pautas de crianza”.

- Bañera.
- Muñeco articulado.
- Pañales.
- Ropa de bebé.
- Al finalizar tomar el post -test Escala de Hamilton.

Evaluación del Programa.

La evaluación de Programa supone una reflexión integral sobre el mismo, desde su diseño a la puesta en práctica, a través de procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de la información generada, con el fin de valorar las actuaciones, resultados e impacto del mismo y emitir recomendaciones de cambio y mejora. Para ello se definen dos tipos de acciones y etapas diferentes, la del seguimiento o monitorización del Programa y la de la evaluación en sí misma.

DESARROLLO DEL PROGRAMA.

Como se describió, el programa está compuesto por 9 sesiones. Cada sesión tiene una duración de dos horas. (Cartillas Anexo 9).

CAPITULO CINCO

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los datos obtenidos y su respectiva interpretación de la prueba aplicada, Escala de Ansiedad de Hamilton, ha sido la prueba esencial para medir la eficacia del programa al grupo de 23 madres gestantes en el centro de salud integral el Rosal.

Estos resultados, presentan una "diferencia estadísticamente significativa" a través de la Desviación t (Student ⁶⁰ ver anexo 10) que confirma la hipótesis planteada de la investigación.

Presentamos cuadros, gráficos y viñetas clínicas con el fin de presentar de forma más clara los resultados que se obtuvieron de la investigación, también se realizó un análisis cualitativo. Desde esta perspectiva, los resultados fueron analizados desde una orientación interpretativa a fin de establecer una mayor comprensión de los aspectos psicológicos.

⁶⁰ Hernández et al. (2006) para obtener el resultado de la Prueba t, utilizan una fórmula

I. Resultados del procesamiento.

En el cuadro 5.1, existen 23 casos evaluados, de los cuales ninguno fue excluido por ausencia de datos.

CUADRO 5.1: RESULTADO DE PROCESAMIENTO DE CASOS DEL PROGRAMA “MI PRIMER VÍNCULO” CENTRO DE SALUD “EL ROSAL” LLOJETA CENTRAL.

	N	%
Casos Válidos	23	100,0
Excluidos	0	0,0
Total	23	100,0

En el cuadro 5.2, reflejan datos específicos de los sujetos, estos han permitido tener un mayor conocimiento acerca de los sujetos de la investigación.

CUADRO 5.2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA.

Número de sujetos.	Edad	Madres gestantes	Estado civil
23	17-42	3-37 semanas de gestación.	Casada-soltera-concubina

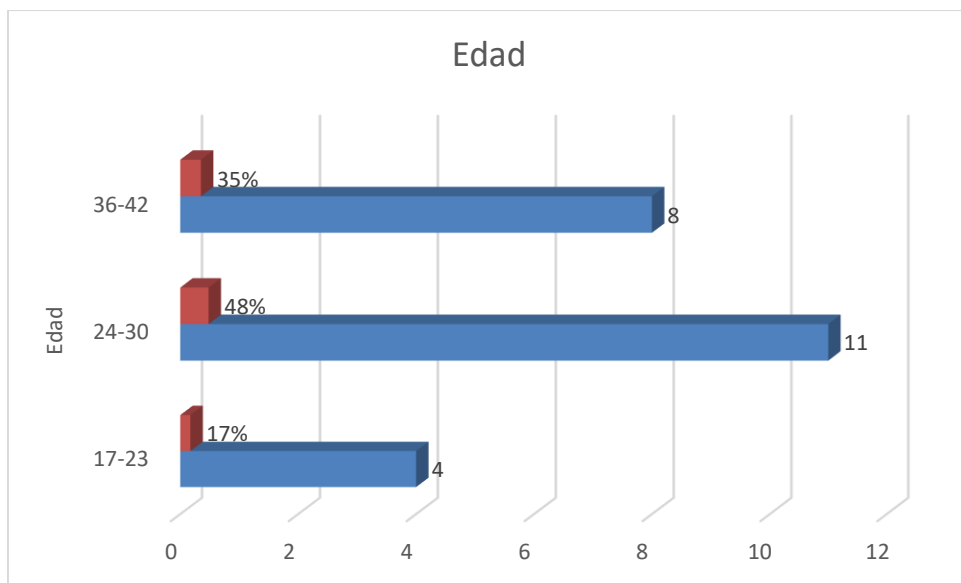
En el cuadro 5.3, detalla específicamente su media y desviación típica.

CUADRO 5.3: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE LOS SUJETOS.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip
Edad válido (según lista)	23 23	17	42	28,0200	6,25476

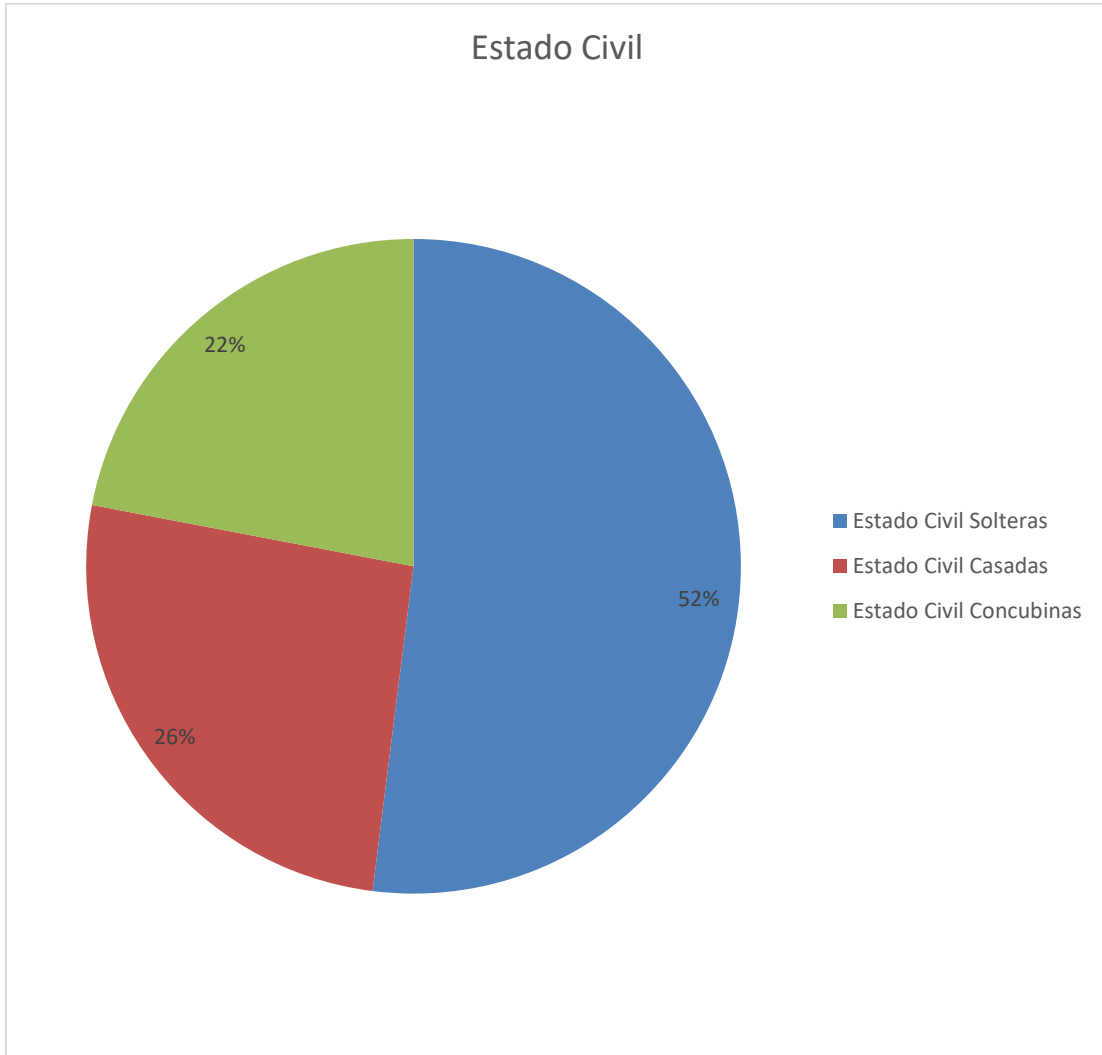
El gráfico 5.1, detalla la edad de las madres gestantes, concluyendo que la mayoría (48%) son adultas jóvenes.

GRAFICO 5. 1. PORCENTUAL DE LA EDAD DE LOS SUJETOS.



El grafico 5.2, Se observa que la mayoría de los sujetos estudiados fueron solteras (52 %). Por lo tanto la mayoría, son madres embarazadas solteras y adultas jóvenes.

GRÁFICO 5.2. PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS.



II. Análisis del pre y post test de la escala de ansiedad de hamilton.

En los siguientes cuadros y gráficos se observaran el análisis de la aplicación, estadística, que comprueba la hipótesis planteada en la investigación.

El cuadro 5.4. Presenta el promedio obtenido en las dos áreas del test de Ansiedad. Se puede observar un resultado más bajo en el post-test en comparación con el pre-test, tanto en la ansiedad psíquica como en la somática y en el resultado total de ansiedad. Asimismo se presenta la desviación típica y el error típico de la media, tanto para el pre-test como para el pos-test.

**CUADRO 5.4. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE TABLAS
RELACIONADAS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.**

	Media	N	Desviación Típica	Error típica de la media
Par 1 Ansiedad psíquica pre-test	9.7826	23	2.98415	.62224
Ansiedad psíquica pos-test	7.3478		4.25984	.88824
Par 2 Ansiedad psíquica pre-test	7.3913	23	3.81074	.79459
Ansiedad psíquica pos-test	4.8696		3.49421	.72859
Par 3 Total ansiedad psíquica pre-test	17.1739	23	6.15447	1.28330
Total ansiedad psíquica post-test	12.2174		6.97369	1.45412

El cuadro 5.5. Muestra la correlación que existe en los resultados del pre-test y del post-test en las diferentes áreas de Ansiedad. Tanto en la ansiedad psíquica, como en la somática y en el resultado total, se interpreta como que los sujetos obtuvieron un índice alto en el pre-test, y una tendencia a mostrar un resultado bajo en el post-test. Los coeficientes de correlación muestran una relación alta entre el pre-test y el post-test de la ansiedad psíquica y del resultado total de ansiedad, mientras que la relación es moderada entre el pre-test y el post-test de la ansiedad somática.

CUADRO 5.5. CORRELACIONES DE MUESTRAS RELACIONADAS TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Ansiedad psíquica pre-test y Ansiedad psíquica post-test	23	.639	.001
Par 2 Ansiedad somática pre-test y Ansiedad somática post-test	23	.533	.009
Par 3 Total ansiedad pre-test Total ansiedad post-test	23	.640	.001

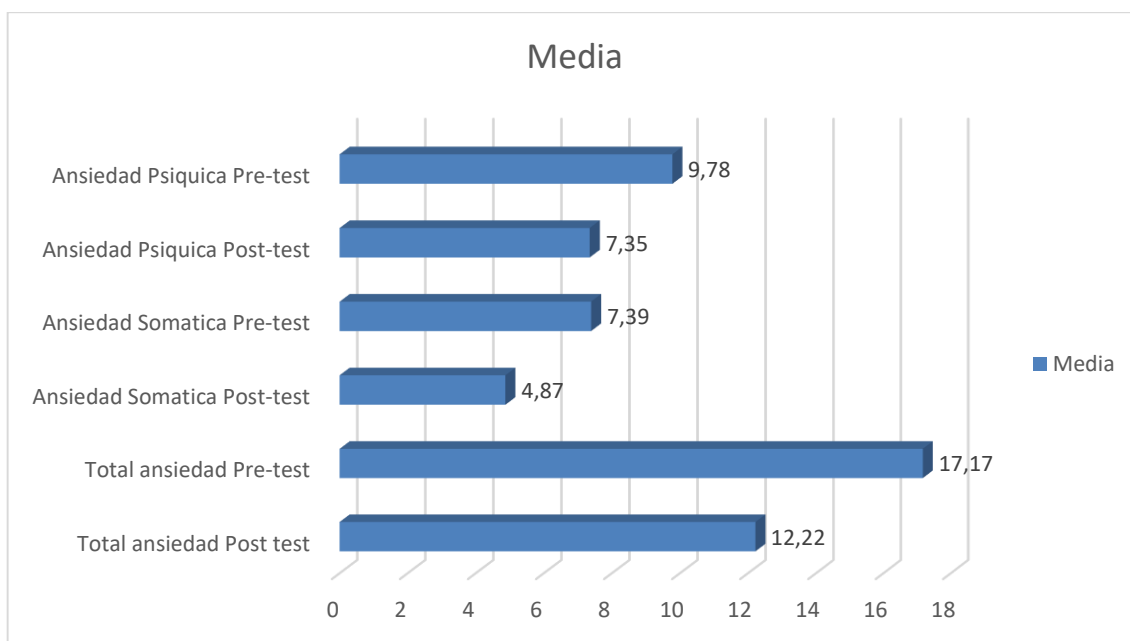
En el cuadro 5.6, tenemos la Distribución t de diferencia de medias, para muestras relacionadas, donde los valores de t obtenidos son estadísticamente significativos, es decir, se comprueba que existió una diferencia significativa entre los resultados del pre-test y del post-test, considerándose ésta una diferencia moderada, siendo esta de 0.7107.

CUADRO 5.6. PRUEBA T DE MUESTRAS RELACIONADAS TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

	T	gl	Sig. (bilateral)	Tamaño del Efecto d
Par 1 Ansiedad psíquica pre-test y Ansiedad psíquica post-test	3.5530	22	.002	0.5716
Par 2 Ansiedad somática pre-test y Ansiedad somática post-test	3.416	22	.002	0.7217
Par 3 Total ansiedad pre-test Total ansiedad post-test	4.2290	22	.000	0.7107

El Grafico 5.3., se observa que el Índice promedio obtenido en el post-test fue más bajo que el promedio en el pre-test, tanto en el Total del test de ansiedad, como en las áreas de ansiedad somática y psíquica, por lo cual se comprueba que la ansiedad disminuyó en los sujetos de estudio después de la aplicación del programa, Mi Primer Vínculo.

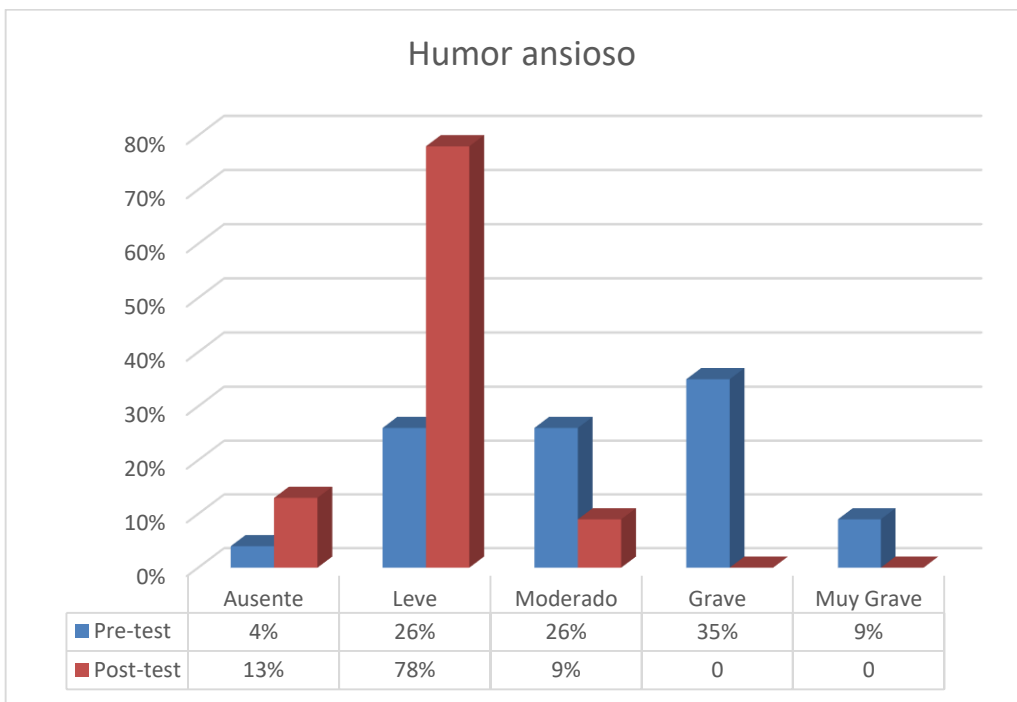
GRAFICO 5.3 PROMEDIO DE ANSIEDAD DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON



III. Análisis de contingencia de la escala de ansiedad de hamilton.

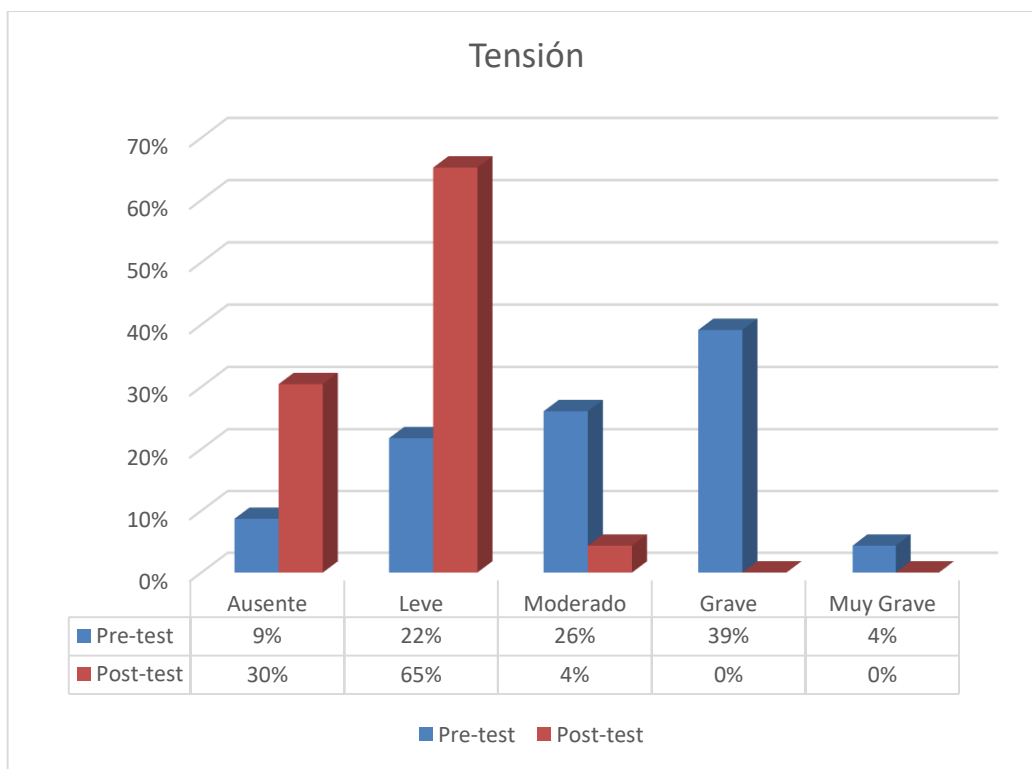
El Gráfico 5.4. Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus pensamientos negativos que son: anticipación de lo peor, anticipación temerosa e irritabilidad.

GRÁFICO 5.4. Humor ansioso



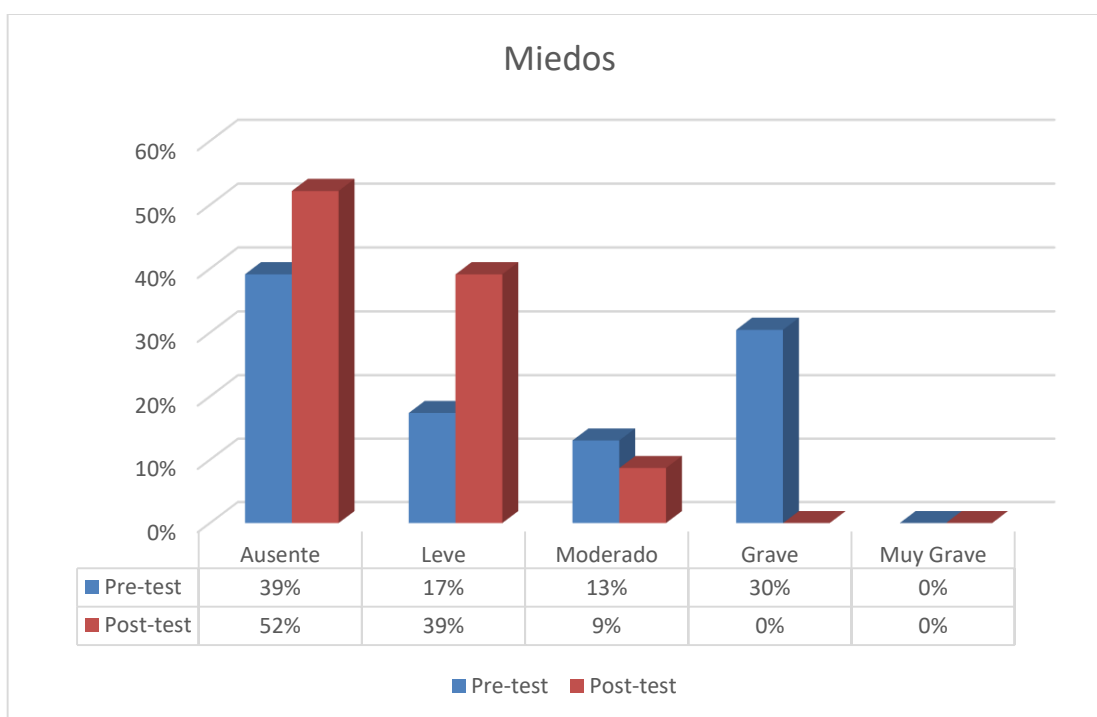
El Gráfico 5.5, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus pensamientos negativos que son: sentimientos de tensión y fatigabilidad.

GRÁFICO 5.5. Porcentajes de tensión.



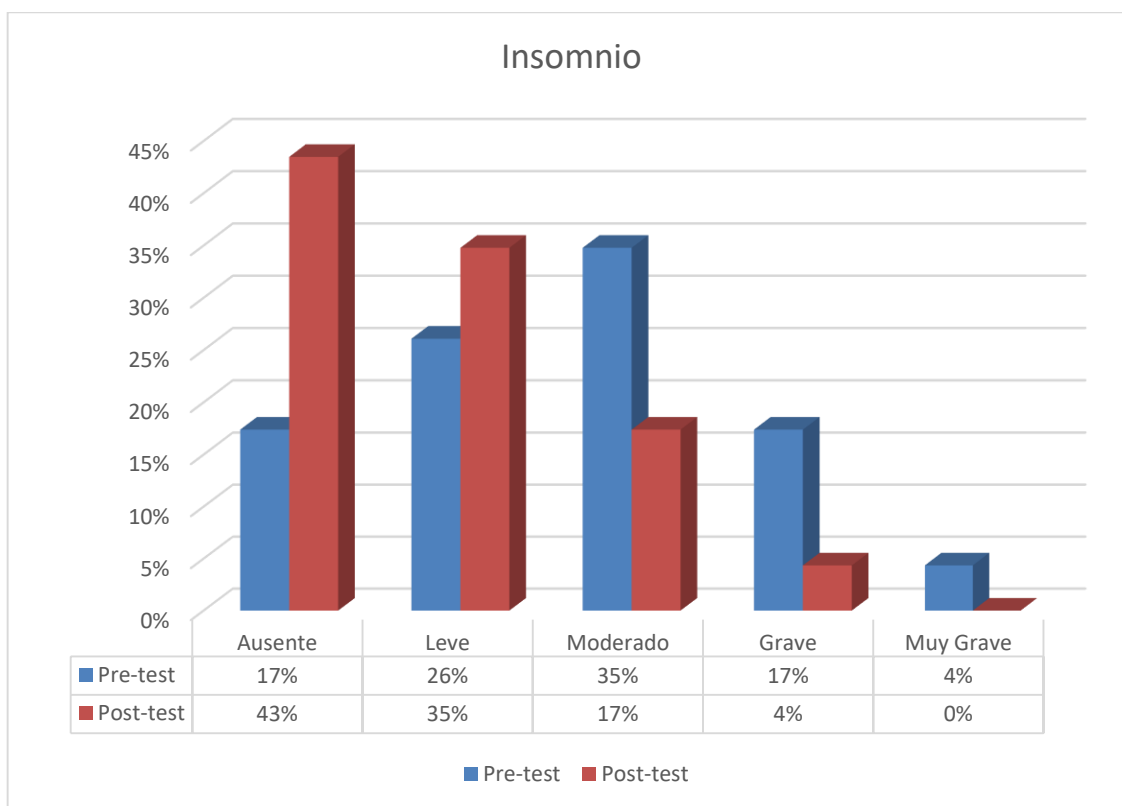
El Gráfico 5.6, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus pensamientos negativos que son: miedos a la oscuridad y estar solas.

GRÁFICO 5.6. Porcentajes de Miedo.



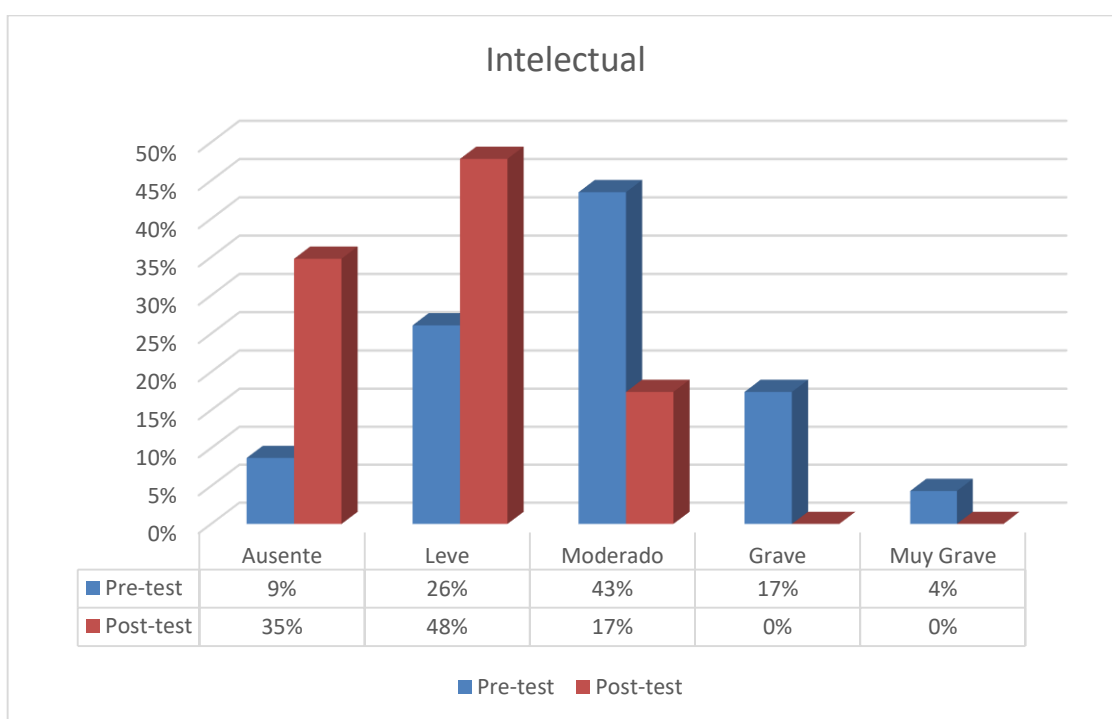
El Gráfico 5.7, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen su dificultad para quedarse dormida e interrupción del sueño.

GRÁFICO 5.7. Porcentajes de insomnio



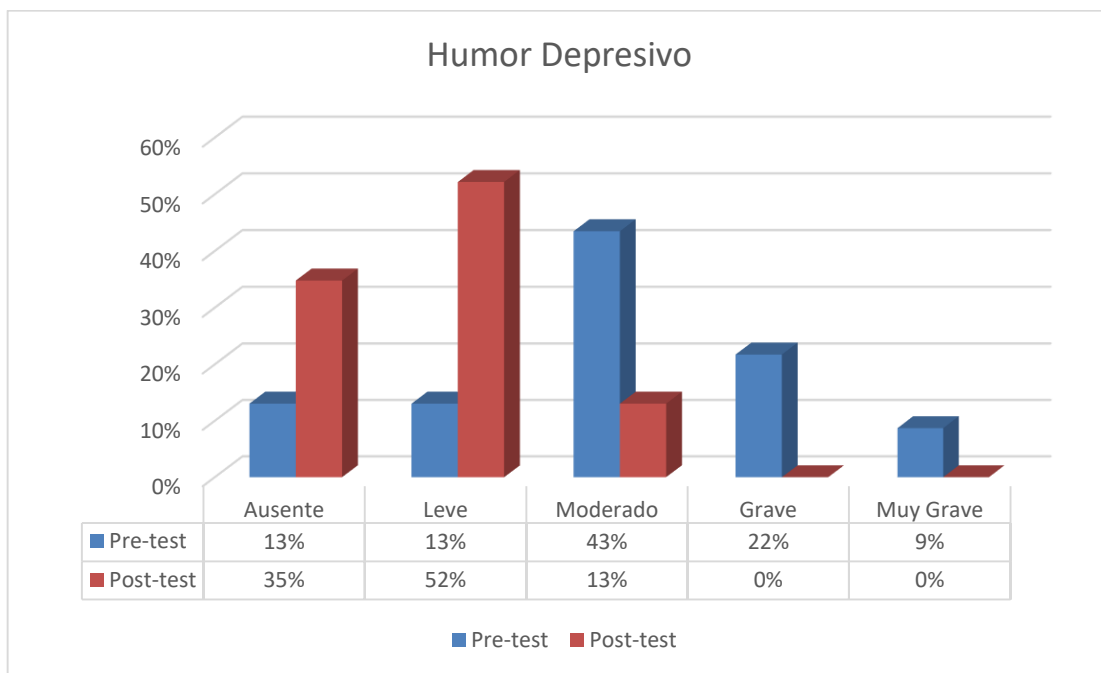
El Gráfico 5.8, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen su dificultad para la concentración y memoria pobre.

GRÁFICO 5.8 .Porcentaje de Intelectual.



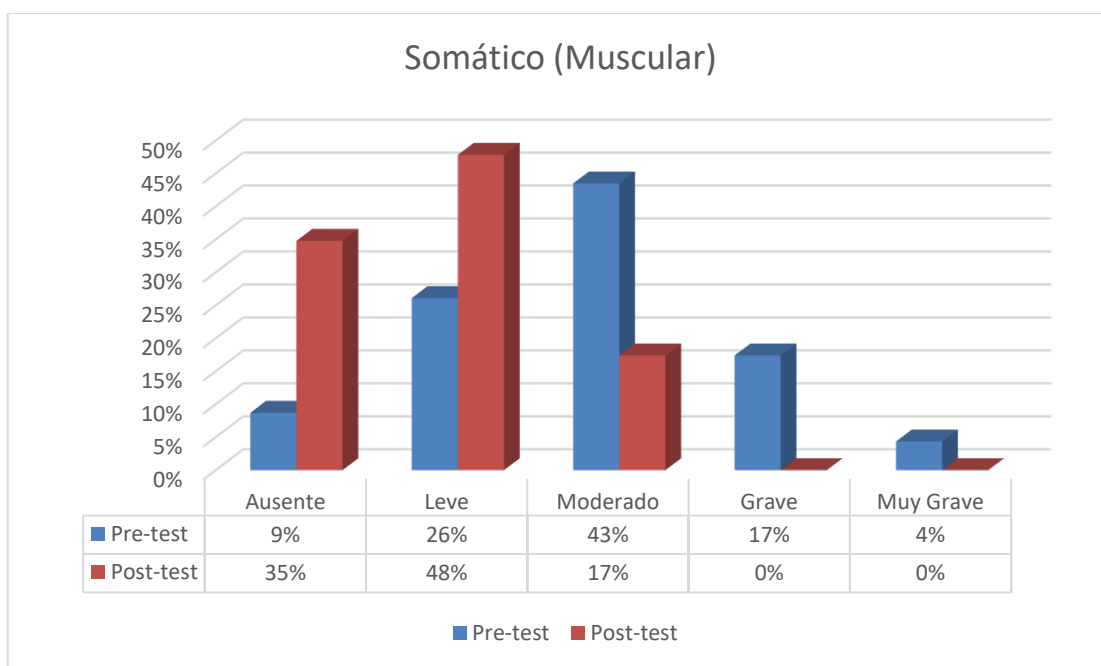
El Gráfico 5.9, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen su pérdida de interés, falta de placer y depresión.

GRÁFICO 5.9 Porcentaje de Humor Depresivo



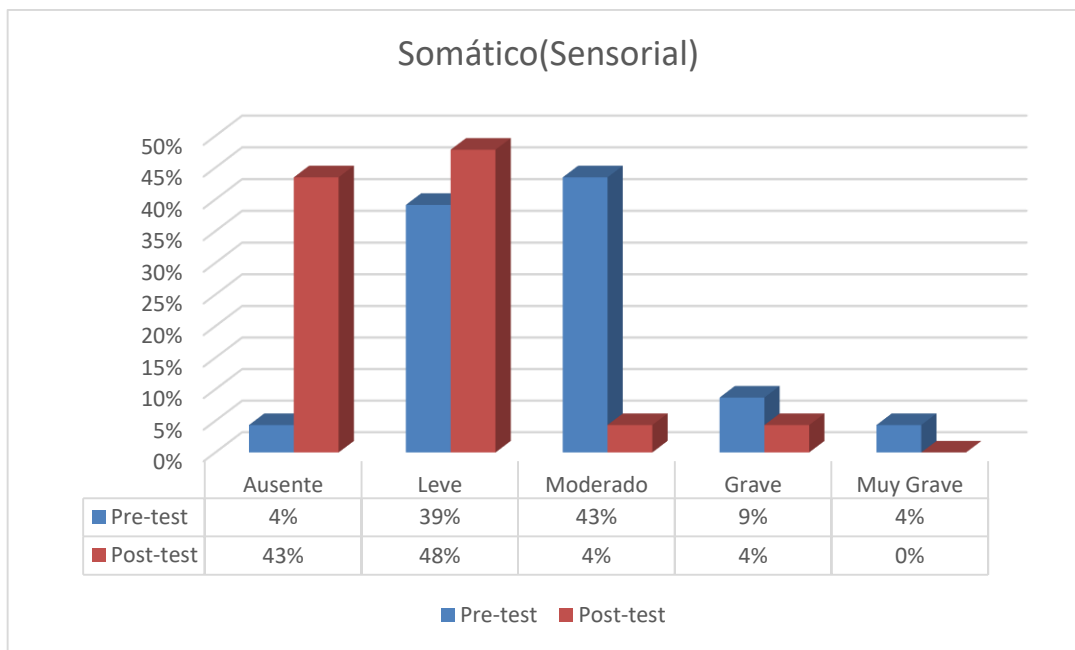
El Gráfico 5.10, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus síntomas negativos que son apretar dientes y rigideces.

GRÁFICO 5.10. Porcentaje de Somático Muscular.



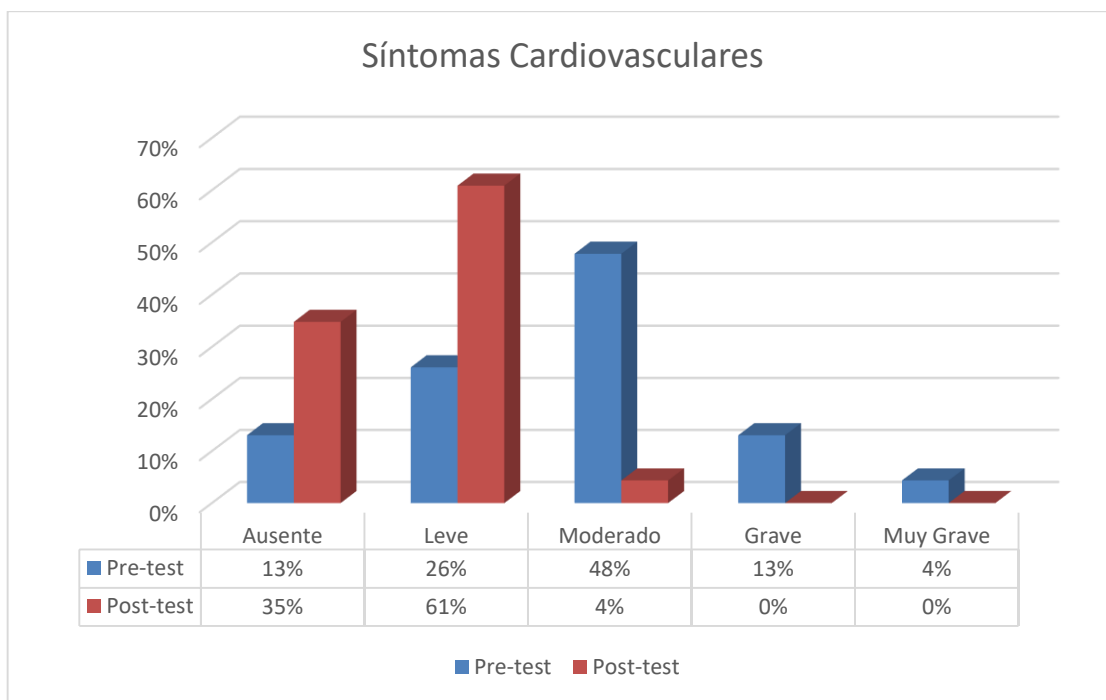
El Gráfico 5.11, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus síntomas negativos que son: sentimientos de hormigueo y sentimientos de debilidad.

GRÁFICO 5.11. Porcentaje somático Sensorial.



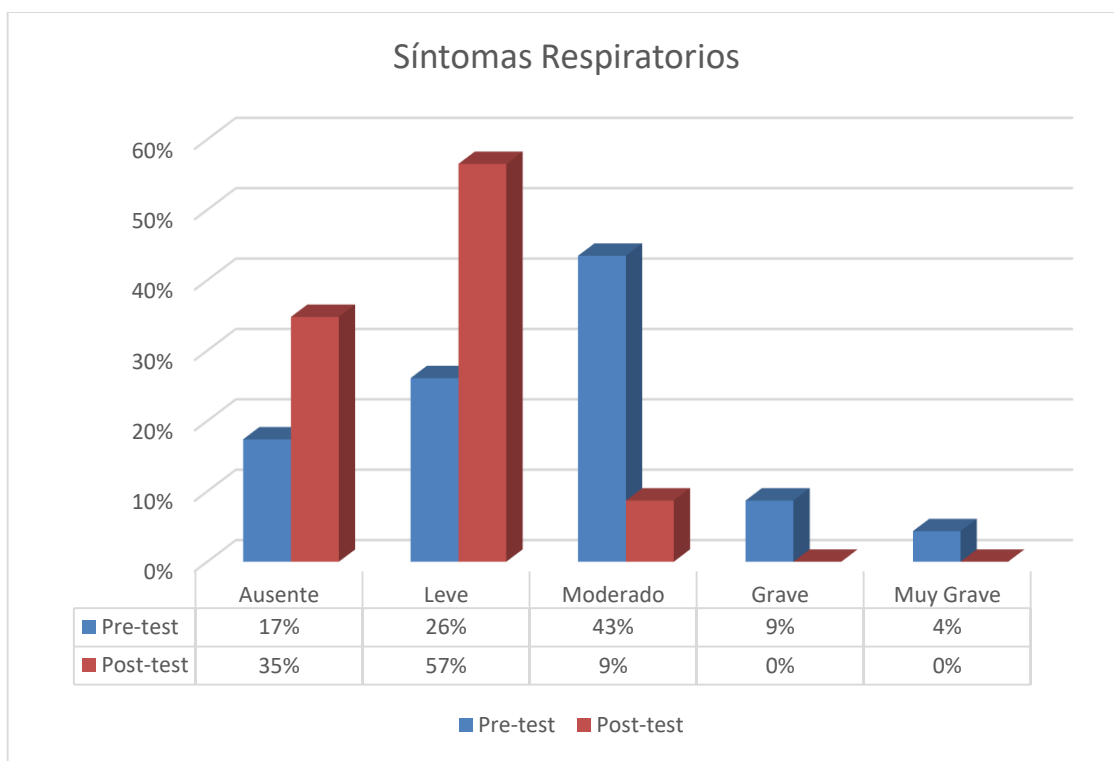
El Gráfico 5.12, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus síntomas negativos que son: dolor en el pecho y sentimientos de desvanecimiento.

GRÁFICO 5. 12. Porcentajes de Síntomas Cardiovasculares.



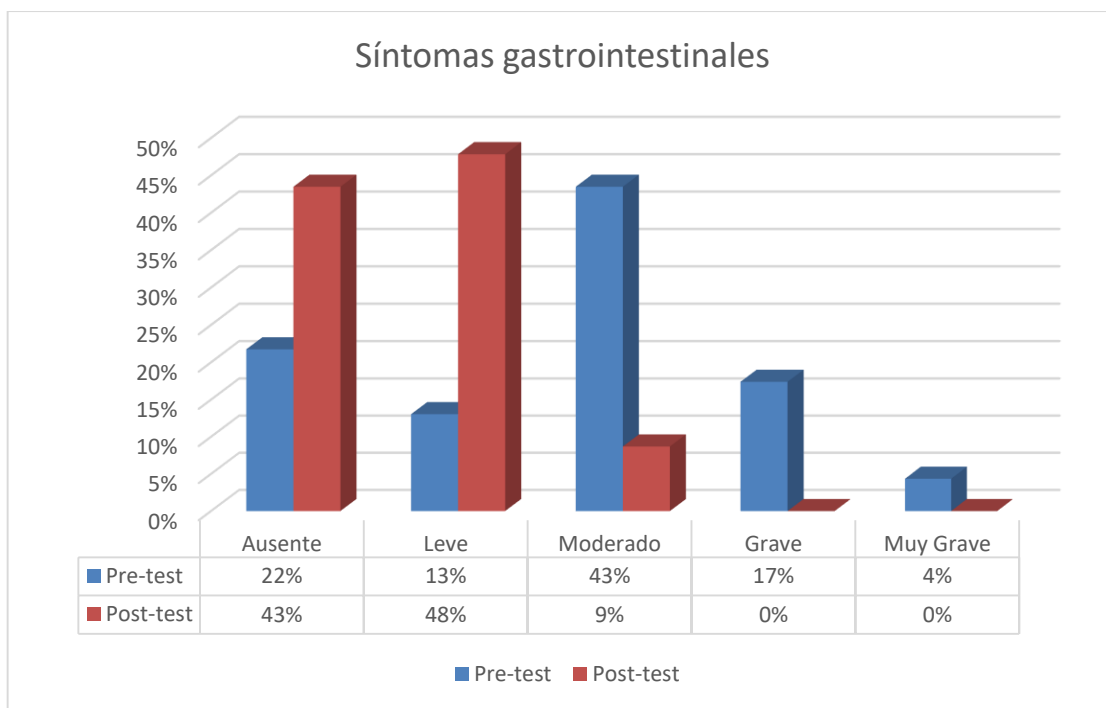
El Gráfico 5.13, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus síntomas negativos que son: sentimientos de ahogo y suspiros.

GRÁFICO 5.13. Porcentajes Síntomas Respiratorios.



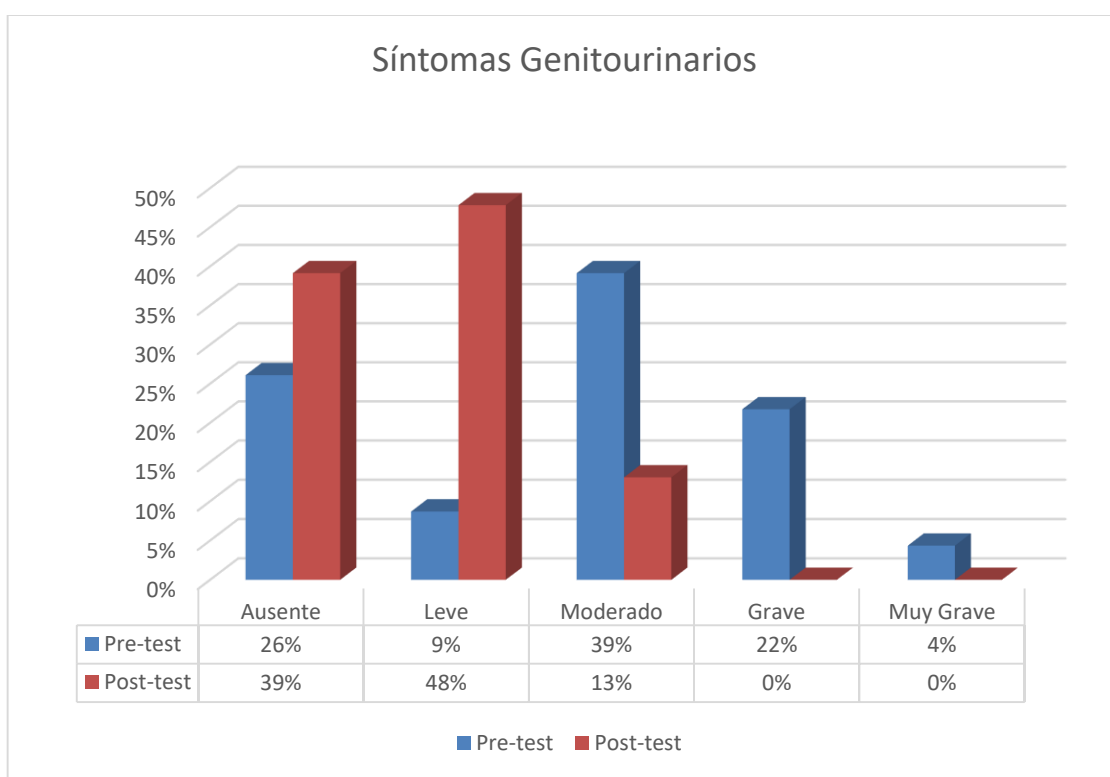
El Gráfico 5.14, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus síntomas negativos que son: sensaciones de ardor exagerado y dificultad de tragar.

GRÁFICO 5. 14. Porcentajes en Síntomas Gastrointestinales.



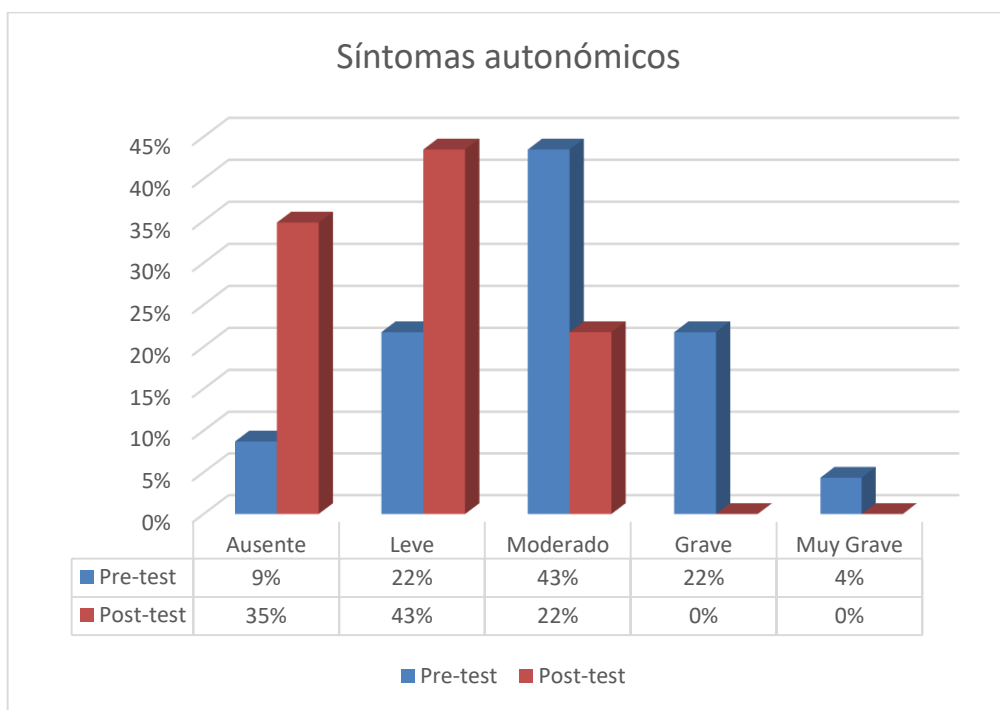
El Gráfico 5.15, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus síntomas negativos que son: la impotencia y falta de libido.

GRÁFICO 5.15. Porcentajes en Síntomas Genitourinarios.



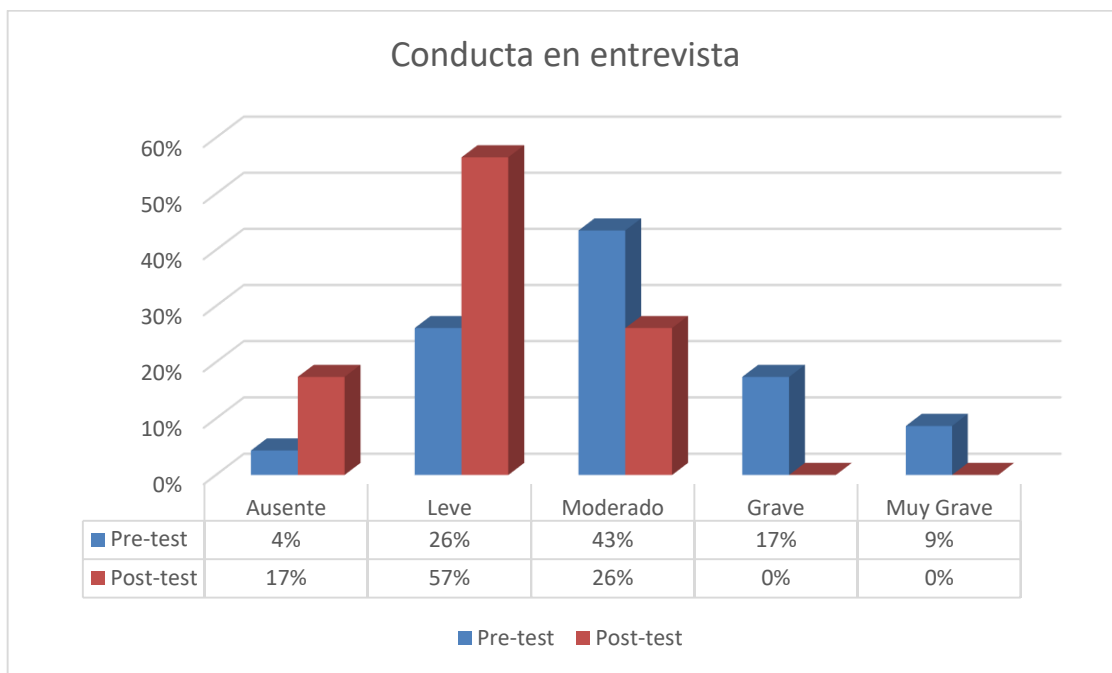
El Gráfico 5.16, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus síntomas negativos que son: boca seca y dolor de cabeza.

GRÁFICO 5.16. Síntomas Autonómicos



El Gráfico 5.17, Se logra determinar al finalizar el tratamiento, que los porcentajes obtenidos se reducen positivamente en el post-test. Las madres gestantes reducen sus síntomas negativos que son: intranquilidad, cara tensa y ceño fruncido.

GRÁFICO 5.17. Porcentajes Conducta Entrevista.



IV. Análisis de la experiencia clínica.

Se llevó a cabo un trabajo interdisciplinario en la modalidad de Psicoeducación⁶¹, un requisito fundamental en toda intervención de Psicología de Enlace⁶², conformado por profesionales en Nutrición⁶³, Ginecología⁶⁴, Enfermería⁶⁵ y Psicología⁶⁶.

Se coordinaron las acciones de manera didáctica⁶⁷, contenido teórico⁶⁸, actividad física⁶⁹ preparatoria al parto⁷⁰ y evaluación⁷¹ entre los profesionales de acuerdo a su área de trabajo, donde todos intervenían respondiendo las preguntas del embarazo, Modelo Psicosomático⁷². Desde el punto de vista clínico, nos

⁶¹ La Psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. Fuente : <http://www.bvpspsi.org.uy>

⁶² La Psicología de Enlace, se refiere a una modalidad específica de trabajo en la intersección del campo de la psicología y de la medicina. Esta denominación quizás sea una de las más sugestivas, sino la más apropiada, para este campo de trabajo (disciplina o sub disciplina), ya que implica el enlace entre modelos de aproximadamente de distintas disciplinas y distintas profesiones. Fuente : <http://www.bvpspsi.org.uy>

⁶³ Un nutricionista, dietista-nutricionista, nutriólogo, dietista o dietólogo es un profesional sanitario experto en alimentación, nutrición y dietética.

⁶⁴ Ginecología (del griego *gynaika* "mujer") que significa literalmente ciencia de la mujer y en medicina hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

⁶⁵ Persona que tiene por oficio asistir o atender a enfermos, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un médico, o ayudar al médico o cirujano.

⁶⁶ Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

⁶⁷ Parte de la pedagogía que estudia las técnicas y métodos de enseñanza.

⁶⁸ Conjunto de reglas, principios y conocimientos acerca de una ciencia, una doctrina o una actividad, prescindiendo de sus posibles aplicaciones prácticas.

⁶⁹ La actividad física es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo. Caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga, etc.

⁷⁰ Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento.

⁷¹ Atribución o determinación del valor de algo o de alguien. Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.

⁷² De las interrelaciones de la mente y el cuerpo o relacionado con ellas.

abocamos a considerar el tipo de temores⁷³ que se evidenciaron en las madres gestantes, con diferentes temáticas.

VIÑETAS CLÍNICAS RECOGIDAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

RELATOS CLÍNICOS.

- **Madre 1:** “El dolor del parto... Es la cosa más horrible” “Tengo miedo de perder el control”
- **Madre 2:** “Tengo miedo de no ser capaz de hacerlo, de no saber dar a luz a mi bebé”
- **Madre 3:** “Tengo miedo de morir... de que surjan problemas, de que algo se rompa dentro de mí...”
- **Madre 4:** “Te tocan en tus partes más íntimas... eso me da miedo”
- **Madre 5:** “Te cortan, te ponen un montón de aparatos... todo eso me aterra! creo que eso⁷⁴ nunca vuelve a ser igual, tengo miedo de que me afecte en mis relaciones”
- **Madre 6:** “Me da mucho miedo el dolor, tuve tres hijos, pero igual tengo miedo.”
- **Madre 7:** “Es mi primer hijo, me hablaron mal del parto. ¿Duele mucho?, eso dicen... eso es lo que más miedo me provoca: ¿qué haré si no soy capaz de soportar el dolor?”
- **Madre 8:** “Me da miedo no reconocer los dolores del parto y que nazca en mi casa, eso me da mucho miedo”

73 Miedo que se siente al considerar que algo perjudicial o negativo ocurra o haya ocurrido. Sospecha de que algo es malo o puede conllevar un efecto perjudicial o negativo.

74 Cuando la Madre 5 dice “eso” se refiere a la vagina tras una episiotomía.

- **Madre 9:** “Me da miedo, solo imaginar el momento del parto, no dejo de pensar en ello”
- **Madre 10:** “Me sube mucho la presión, tendré problemas en el parto me da mucho miedo”
- **Madre 11:** “Mi mami, me dijo si recibo corriente de aire en el parto, se pueda estancar mi wawa y perderé mucha sangre”
- **Madre 12:** “Mi tía me dice que su parto fue largo, y sufrió mucho dolor. Me da miedo que el mío sea largo”
- **Madre 13:** “Me da miedo no reconocer el dolor de parto, es mi primer hijo”

El síntoma que se presentó de manera recurrente durante la intervención al grupo de Madres Gestantes, fue el Miedo al Dolor⁷⁵, miedo a las contracciones en el proceso de parto. En la mayoría de los casos, las madres gestantes temen a este evento del parto, que potencialmente puede causarles dolor, al no reconocer los dolores o volver a sentir el dolor al momento de ello.

RELATOS CLÍNICOS.

- **Madre 3:** “Mi marido, no entiende nada, lo rechazo, me da miedo que se vaya.” (Llora)
- **Madre 5:** “Mi familia no quiere a mi pareja, él tiene su forma de ser, pero yo quiero estar con mi familia y él no lo entiende, me da miedo que se vaya y quedarme sola, ahora no me gusta verme así cómo estoy.”
- **Madre 6:** “Yo estoy bien no tengo miedo, a veces nomas un poquito de tristeza. Mi marido no está aquí, él viaja. Eso sube mucho de peso y me preocupa que cuando vuelva me vea muy gorda y fea.”

⁷⁵ Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.

- **Madre 11:** “Mi familia no me apoya. Me da miedo quedarme sola porque subí mucho de peso, y tengo estrías, me da miedo que mi marido me deje”

Otro aspecto que cabe destacar es el *Temor a la Soledad*⁷⁶ por sentirse vulnerables a los cambios físicos, enfatizando *perder el atractivo físico* y que esto conlleve al *rechazo de la pareja*. Se evidencio que gran parte de la actividad psíquica interna de las madres gestantes, se encuentra centrada y regida por un miedo a lo desconocido, a la incertidumbre, el miedo a lo que se depara el proceso del embarazo o vivirlo nuevamente.

RELATOS CLÍNICOS.

- **Madre 1 (Antes):** “La verdad me preocupa que mi hijo no sea sano, tengo mucha tristeza. Pienso que sería mi culpa si le pasa algo, al nacer, cuando empieza a comer, no sé qué darle”
- **Madre 1 (Después):** “Gracias Doctorcita y Doctores, por los consejos estoy más tranquila, antes me daba miedo todo”
- **Madre 2 (Antes):** “Mi wawa, a veces no pateo, pienso que le pasa algo... ¿será normal?” este es mi segundo hijo...mi mamá me ayudo a criarlo. Ella murió. Ahora me da miedo no poder cuidar a este hijo que va nacer.”
- **Madre 2 (Después):** “Sé que nada es fácil, ahora estoy más tranquila depende de conocer y escuchar...Quisiera que hicieran más talleres como este. Hasta que los hijos sean más grandes, muchas gracias por toda la información del taller”
- **Madre 3 (Antes):** “Mi abuela me dijo, que si veo muchas cosas feas o tomo mucho café, mi wawa saldrá rarito”

⁷⁶ No contar con la compañía de una persona u otro ser vivo.

- **Madre 3 (Después):** “Gracias a todos ustedes, necesita que me hablen de muchas cosas que tenía dudas, sobre todo lo que escuchaba... ahora no me preocupo mucho. Y no me dejo guiar por lo que dicen los demás.”
- **Madre 4 (Antes):** “Pienso, que si estoy triste mi hijo va salir mal...la verdad no sé, por qué estoy triste. Bueno la verdad es que quisiera saber ¿cómo tenerlo sanito?”
- **Madre 4 (Después):** “Me siento más aliviada y tranquila, al saber que otras mamás pasan por lo mismo que yo. Ahora quiero seguir averiguando todo acerca del embarazo “
- **Madre 5 (Antes):** “Tengo anemia, y lloro mucho...sé que mi hijo no va ser sano, va ser varón, Me preocupa, ¿Qué puedo hacer?”
- **Madre 5 (Después):** “La información es importante siempre uno debe tenerla, ahora estoy bien, esperando a mi hija”
- **Madre 6 (Antes):** “Al principio del embarazo me dijeron unas amigas que como no se notaba, que mi wawa estaba sufriendo, por eso mi panza era pequeña,... me da miedo cuidarlo.”
- **Madre 6 (Después):** “Ahora estoy más feliz y tranquila, aclaré mis dudas, gracias Doctorcita y Doctores.
- **Madre 7 (Antes):** “Es una tristeza y es muy difícil no saber cómo cuidar a un hijo, cuando es el primero. Aunque mi prima ya tiene tres, ella me pregunta a mí y eso se me hace muy raro.”
- **Madre 7 (Después):** “Ahora yo le respondo todas las preguntas a mi familia, especialmente a mi prima (sonriendo)-- Me siento tranquila y más preparada”

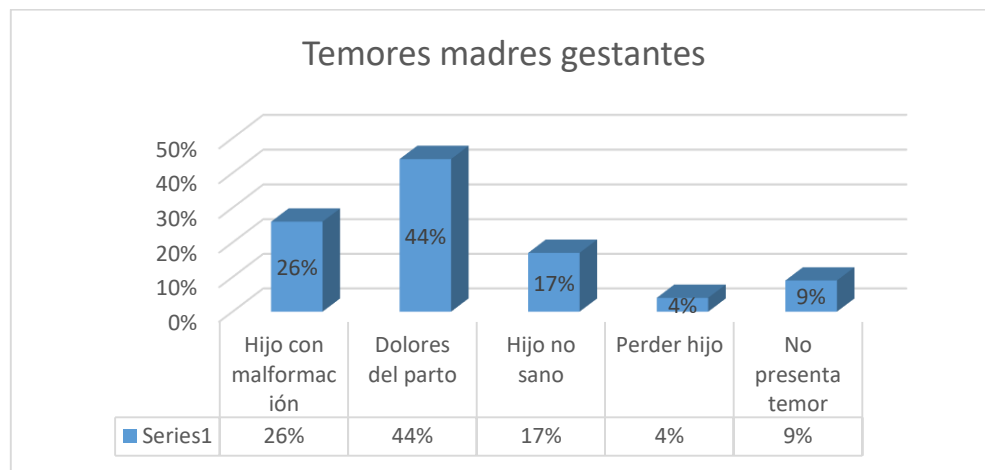
Las dudas que se constató fue el miedo al desarrollo y cuidado del hijo en su primer año de vida. Nuestro estudio, revela que las madres manifestaron sentirse inseguras y se planteaban un buen número de dudas, incertidumbres y preocupaciones a propósito de temas relacionados sobre todo con los conocimientos y destrezas específicas que requiere ocuparse del hijo (cómo

calmarlo cuando llora, qué hacer si tiene fiebre, cuales son los primeros alimentos para él bebe,) y cómo afrontar nuevas responsabilidades a asumir y cómo redistribuirse para cuidarlo.

Consecuentemente, apoyamos a las madres gestantes del grupo, ofreciéndoles una información clara, objetiva y basada en la evidencia facilitándoles a afrontar el parto participando en la toma de decisiones, disminuyendo así la incertidumbre ante los mitos⁷⁷ que siempre han rodeado al mismo, con disminuir los mitos nos referimos a la comprensión científica del dolor que va evolucionando rápidamente. Hicimos que las madres distinguan el dolor al parto, logrando soportar más dolor del que soportaría normalmente y a hacerlo más soportable.

El gráfico 5.18, demuestra que los porcentajes de temores que se obtuvieron son los siguientes: se encuentran en primer lugar en quedarse solas, segundo lugar dolores del parto, tercer lugar hijo no sano y el último lugar perder al hijo. Concluyendo que la mayoría de los sujetos estudiados tienen miedo a los dolores del parto.

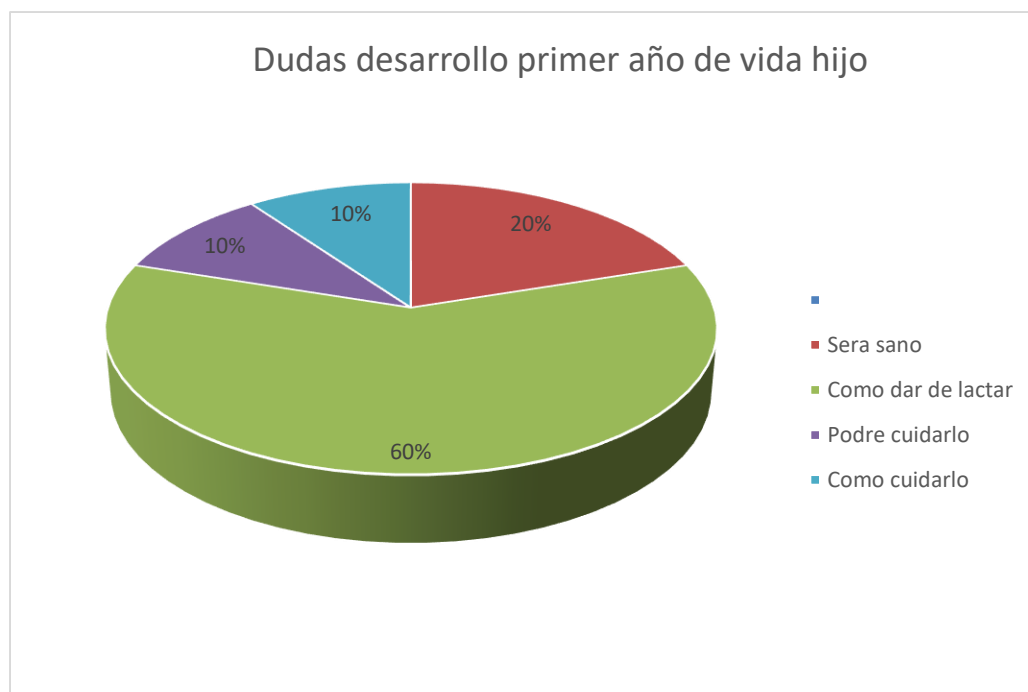
GRÁFICO 5.18: Porcentajes Temores de las madres gestantes.



⁷⁷ Historia fabulosa de tradición oral que explica, por medio de la narración, las acciones de seres que encarnan de forma simbólica fuerzas de la naturaleza, aspectos de la condición humana, etc. Historia imaginaria que altera la verdadera cualidad es de una persona o de una cosa y les da más valor del que tienen en realidad.

El gráfico 5.19, muestra que las dudas de los sujetos son, cuidados en el primer año de vida, dar de lactar, salud, Como cuidarlo y/o podre cuidarlo. Concluyendo que las madres gestantes generar ansiedad sobre el cómo dar de lactar a su recién nacido respecto de otras dudas.

GRÁFICO 5.19: Porcentajes Dudas del desarrollo del primer año de vida.



V. Análisis y discusión de los resultados.

La mayoría de las mujeres son solteras y adultas jóvenes, obteniendo en el post-test un bajo puntaje, tanto en el total del test de ansiedad, como en las áreas de ansiedad somática y psíquica, por lo cual se comprueba que la ansiedad disminuyó en estos sujetos. Al finalizar el tratamiento, se reducen las angustias relacionadas con el estado de ansiedad que son sentimientos de tensión, miedos, y depresión. El síntoma que se presentó de manera recurrente durante la intervención al grupo, fue el Miedo al Dolor, miedo a las contracciones en el proceso de parto. En la mayoría de los casos, las madres temen a este evento del parto, que potencialmente puede causarles dolor, al no reconocer los dolores o volver a sentir el dolor al momento de ello. Gran parte de la actividad psíquica interna, se encuentra centrada y regida por un miedo a lo desconocido. Las dudas que se constató fue el miedo al desarrollo y cuidado del hijo en su primer año de vida. Manifestaron numerosas de dudas, incertidumbres y preocupaciones temas relacionados sobre todo con los conocimientos y destrezas específicas que requiere ocuparse del y cómo afrontar nuevas responsabilidades a asumir y cómo redistribuirse para cuidarlo.

CAPÍTULO SEIS

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

Las conclusiones expuestas en este capítulo se desarrollaron a partir de los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo y cualitativo, a través de la escala de Ansiedad de Hamilton, la aplicación del programa y la entrevista semi-estructurada realizada a las madres gestantes.

La investigación concluye que, la implementación del programa de intervención psicoeducativa disminuye el nivel de ansiedad, lo cual permite afirmar, desarrollando actividades grupales, expositivas, formativas y lúdicas, como es en este caso el programa “Mi primer vínculo”, es posible influir positivamente sobre el bienestar físico y emocional del grupo permitiendo una mejor adaptación a las pautas del proceso del embarazo.

Se demuestra que las acciones coordinadas de manera didáctica, con contenido teórico, actividad física preparatoria al parto y evaluación con los profesionales de acuerdo a su área de trabajo en las que interviene, a través del modelo psicosomático, es que las personas aprendieron a gestionar cambios asociadas a la incertidumbre y a enfrentarse al periodo de embarazo con mayor presencia de emociones positivas, mayor bienestar físico y psicológico.

Se descubrió que los temores más recurrentes en el grupo están relacionadas en primer lugar con el dolor del parto, en segundo lugar con la probabilidad de parir un hijo con defectos o malformaciones, en tercero nos encontramos con el temor a la soledad por los cambios físicos que experimentan, que conllevan a perder el atractivo físico y el consecuente rechazo de su pareja.

Se muestra que el abordaje de intervención psicoeducativa fortaleció la importancia de mantener una mentalidad positiva, donde las motivaciones personales tengan un papel relevante, se enfocó el papel del padre como copartícipe en el cuidado del recién nacido, así como del apoyo a su pareja en todo el proceso. La promoción acerca del parto que es un momento de consciencia, eufórica, de receptividad para la madre, el padre y el recién nacido. Los temas dentro del programa, llamaron la atención y fomentaron más la reflexión en las madres gestantes respecto a cómo aplicarlo en el proceso del embarazo. Asimismo, expresaron que en general los temas han sido útiles, pues les han ayudado a entender la maternidad como un proceso de cambios físicos y emocionales que se inicia antes del embarazo y va mucho más allá del parto. Comprobamos que a través del apoyo individual en los casos depresivos con ejercicios, masajes de relajación y conversaciones mejoran su estado de ánimo, al igual con dinámicas grupales permitieron la autoexploración, de pensamientos, sensaciones y actividades respecto a sus vivencias entre ellas y personas de su entorno familiar, lograron una mejor adaptación del proceso del embarazo.

Las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud materna infantil e investigaciones como está representan un complemento importante en las reformas de la prestación de servicios, pero, lamentablemente, dicho potencial está en gran medida desaprovechado. Si miramos al futuro, los diversos desafíos que plantea la creciente importancia de programas psicoeducativos, resulta evidente que hacen falta mayores esfuerzos para aprovechar este potencial.

Finalmente concluir, que el programa de intervención psicoeducativa “Mi primer vínculo” desarrollado en la presente investigación, estuvo orientado a una asistencia integral en salud tanto físico – emocional para mejorar la calidad de vida.

RECOMENDACIONES.

Las recomendaciones más importantes son:

- Establecer en el Centro de Salud Integral “El Rosal” personal médico interdisciplinario, utilizado en el Programa “Mi Primer Vínculo” a través de la Psicología de Enlace con intervenciones Psicoeducativas de forma permanente, con el fin de informar a las madres gestantes acerca del proceso de su embarazo de forma integral y así mejorar la calidad de vida de las mismas y de sus futuros bebés.
- Es necesaria la participación de estudiantes de los últimos semestres, para que a través de sus prácticas, respondan a los requerimientos y necesidades de la población, con el fin de formarse y además retribuir a la sociedad en el marco del Vivir Bien y el Principio de la Reciprocidad.
- Afrontar el tema de la Salud Mental con la sociedad civil para eliminar mitos y conocimientos errados que perjudican al desarrollo adecuado del embarazo y por ende de la Salud Integral de las madres que repercuten en la salud emocional de las familias.
- Por último, el abordaje de la Salud Mental obliga a direccionar los esfuerzos hacia la Intersectorialidad, interinstitucionalidad, el diálogo franco y abierto con la sociedad civil, con propuestas acertadas y adecuadas a las necesidades de mejorar la situación de salud integral, contribuirán al logro del propósito común de la política estatal, del epíteto “Vivir Bien”.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ ACINAS, Patricia y OTALLO, Milton (2012). *“Intervención Médico Psicológico con Pacientes y Familiares en un Caso de Cáncer Ginecológico en Cuidados Oncológicos”*. [Monografía]. España.
- ❖ ANÓNIMO (2014). Embarazo y Ansiedad”, salud y Medicina.com.
- ❖ ANÓNIMO (2015). “Revista Cubana de Medicina General Integral, Ansiedad” [En red]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_a
- ❖ ARMENGOL, Mabel y otros (2007). Embarazo en adolescentes (2da.Ed.). España: Thema.
- ❖ ARTEAGA, María (2002). *Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el 3er trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento: Embarazos únicos normales, gemelares normales y únicos patológicos*, Tesis de Doctorado en Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona.
- ❖ BECK, Aarón y Emery, Gary (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias una perspectiva cognitiva (p-60)*. España: Enfiesta.
- ❖ BONARI, Pinto, Einarson (2004) *Perinatal risks of untreated depression during pregnancy* (pp 726-35). Canadá: Can J Psychiatry.
- ❖ CARMONA, Morales y otros (2012). *Influencia de las estrategias de afrontamiento en las preocupaciones específicas del embarazo*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad de Chiapas, México.
- ❖ CARRASCON, Cecilia (2006). *Detección precoz de la depresión durante el embarazo y posparto. Matronas* (5-11). España. Usaid.
- ❖ CARRO, Eduardo. (2000) *Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Rev Med General y de Familia*. (pp 452- 56). Venezuela.
- ❖ CARROBLES, Costa y DEL SER, Bartolomé (1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia. España: Promolibro.
- ❖ CASTELLANOS, Gascón (2011). *Ansiedad y depresión en el embarazo*. Revista Presencia. (pp 7-13). España.

- ❖ CASTELLO, Isabel (2008).”*Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio*”. Investigación psicológica, (pp 239-240).Valencia.
- ❖ Comité de Aspectos Éticos de la reproducción Humana y la salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (1998).Colombia: Programa de prevención de embarazo.
- ❖ COLMENARES, Zulema (2010).*Intervención de enfermería durante la consulta prenatal y conocimiento sobre rasgos fisiológicos de la madre gestante*. Ecuador.
- ❖ CHUMACERO, Heidi (2005).*Programa de facilitación para el parto en gestantes del Centro Hospitalario san Martin de Porres De Santa Cruz*. Universidad mayor de San Andrés Facultad de Medicina. Bolivia.
- ❖ EDITORES(Ed) (2001).*Estimulación prenatal, temprana y adecuada, (pp. 32- 78) (Vol 1)* Bogotá.
- ❖ Escala de Ansiedad de Hamilton (2006) servicio andaluz de salud, consejería de salud Citado 14 de agosto 2014.
- ❖ INFIESTA, Eva (2000).EQUIPO (Ed). *El desarrollo Humano. Creación y realización, (pp.290-292), Barcelona*.
- ❖ Decreto Supremo (2009). Artículo 3 del código de salud y ministerio de salud y deporte, Bolivia.
- ❖ DEL SOL, Joir (2002). Obstetricia en España. Barcelona: González-Merlo.
- ❖ GARCIA, Marcelo (2011). *Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), (pp153-175). México*.
- ❖ GEREIN, Miths (2003). *Framework for a New Approach to Antenatal Care. International Journal of Gynecology and Obstetrics* 80, (pp.175 -182), New York: Brunnet-Mazel.
- ❖ GUILLAMON, Noemi (2000).*Modelos teóricos y técnicas y técnicas de intervención en psicología clínica y de la salud*.Tesis de Psicología, Universidad o Berta de Barcelona. España.
- ❖ GUTIERRÉZ,Fernanda (2001). *Desarrollo del Vínculo de Apego en la día*

da Madre-Bebé prematuro, que practicaron el Método Madre Canguro (MMC) en la Unidad de Neonatología del Hospital San José. Tesis de Psicología, Universidad de Andalucía.España.

- ❖ GRYZBOSWKY, Sissi y ÁLVAREZ, Hernán (2011) *Psicoendocrinología Práctica Clínica e Investigación, Psicología de Enlace*, (pp.15-16) Bolivia.
- ❖ HAMILTON, Max (1969). Diagnosis and rating of anxiety. In *Studies of Anxiety*, Lander, MH. Brit J Psychiat Spec Pub ;(pp 76-79).
- ❖ HANSEN, Lou (2000). Serious life events and congenital malformations, (pp875-880). California:Varela.
- ❖ KITZINGER, San Martin (1982) Embarazo y nacimiento. La guía más completa y autorizada sobre el embarazo, el parto y la primera época de la maternidad. (pp.125-128) Madrid:Phisita
- ❖ HODNNET, Gates y otros (2008). *Apoyo continuo para las mujeres durante el parto* (pp145-201).Estados Unidos: Ford
- ❖ HURTADO, Donat y ESCRIVÁ, Poveda (2003). *La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, (pp 32-45).España.
- ❖ IBONE, Olga (2016).*Ansiedad en el Embarazo, alteraciones de conducta*, (p. 21).España:Aguilar.
- ❖ KAPLAN, Harold y SADOCK, Benjamín (1998) *Terapia de Grupo*, (3ra.Ed. pp.503-506), New York: Ford.
- ❖ LARA, Tomas (2009). *Despertando tu amor para recibir a tu bebé. Como prevenir la Tristeza y la depresión posparto en el embarazo y después del parto*. (Vols.1-2).México:Ob.Sture.
- ❖ LARA, María (2004). *Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. Investigación de Salud Pública* (pp.378-387).México.
- ❖ LaRazón(2015).”Transiciones.bien”[Enred].<http://www.larazon.com/suplemento>.
- ❖ LEY DE SALUD (2009). Jurídico nacional de salud, política de salud:

Política 4. Bolivia.

- ❖ LIFSHITS, Aliza (2006). *Psicología de Enlace*. Estados Unidos: Thomas Nelson.
- ❖ Marco Jurídico del Sistema Nacional de salud. Artículo 3 del código de salud Ministerio de salud y Deporte. (2009).Bolivia.
- ❖ NAVARRETE, Sergio y otros (2012). *Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto*. (3da. Ed.).Colombia: Elsevier.
- ❖ MARIN, Carmona y otros (2013). *Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio*. (2da. Ed.) España: Nure.
- ❖ MARTINEZ, Vania, (2013).*Intervenciones psicológicas prevención en embarazos en adolescentes*, (p.302).Perú: Issue.
- ❖ MATOS, Taty, (1998). *Cuidados en el embarazo, maternidad y salud*, [Monografía].*Psicología Iberoamericana*, 2(1) ,20-28, República Dominicana.
- ❖ MEDELLIN, Silver (2003). *Embarazo y afrontamiento*, (p-31) (Vol. 1).España:Antioquía.
- ❖ MCCONNELL, Welch (2006).*Los niveles de cortisol y la pérdida del embarazo muy temprano en los seres humanos*, (3da.Ed.).Inglaterra: Muñoz y Cols
- ❖ OVIEDO, Jordán (2006). *Trastornos Afectivos Posparto*. Rev. (Vol.2). España: Universitas Médica.
- ❖ PINILLA, Gerardo (2010). *Intervenciones del temor en gestantes*, [Monografía].Cuba.
- ❖ SANTOS, Carlo (2008). *Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas*. *Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*. (pp. 21-46).España: Cañamares.
- ❖ SAMPIERI, Hernández (2015).Temática relevantes de la orientación

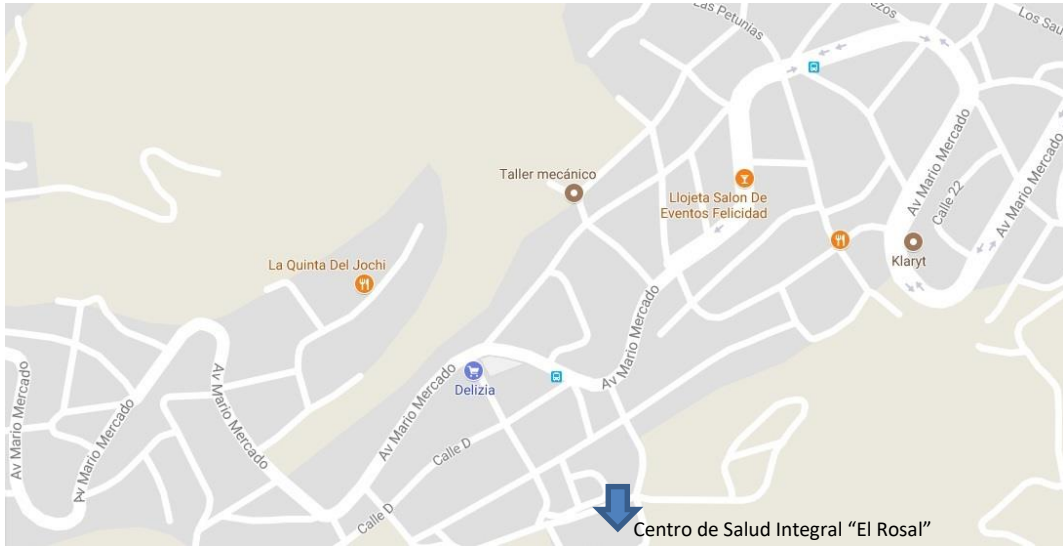
educativa [En red].<http://www.sampieri.cl>

- ❖ *Servicio Madrileño de Salud*. (Primer informe nacional, vol. 2). España: Edita Dirección Gral. De Atención Primaria.
- ❖ SEVON, Edward (2005). *Experiencing and narrating the choice become a mother*, (pp.41-45), Canada: Masel.
- ❖ SHELDON, Cherry (1987). *Mujer Aprende a cuidar tu salud*. (vol.48). México: Porruá.
- ❖ *Sistematización Programa Emprende Mamá, apoyo psicoafectivo, educativo y formativo adolescente*, (p 26), taller formativo (2006). España.
- ❖ STITOU del Pozo, Marlene (2010). *Como influye el estrés en madres gestantes*, [Monografía]. *Psicología*, Madrid.
- ❖ SUAREZ, Varela. (2012). *Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión postparto*. [Monografía]. *Psicología*, (pp 1-21). España.
- ❖ TANNER, James (1978). *Feto en el hombre, el crecimiento físico desde la concepción hasta la madurez*, (p. 38), Massachussets: Siglo.
- ❖ TINTAYA, Porfidio (1999). *Métodos de investigación en psicología y pedagogía*. Bolivia: Cispes.
- ❖ TINTAYA, Porfidio (2014). *Dossier de Tutoría*, Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.
- ❖ URDANETA, Andrés y otros. (2011). *Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo*. *Rev Chil Obstet Gin.* (pp102-12). Venezuela.
- ❖ VARAS, Jorge (2011). *Comunicación médico-paciente durante el embarazo*. *Investigación psicológica*, 6, 181-18. Chile.
- ❖ VARELA, Berta (2002). *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* (España).
- ❖ VARGAS Jesús (2009). *Depresión post-parto: Presencia y manejo psicológico*. *Cent Regl Invest Psicología*. (pp11-18). Madrid.
- ❖ ZAMARRIEGO, Jorge (2007). *Obstetricia y Medicina Materno- Fetal*. Buenos Aires: Panamericana

ANEXOS

ANEXO 1

Ubicación geográfica del CENTRO DE SALUD INTEGRAL “EL ROSAL”



ANEXO 2

ESCALA DE ANSIEDAD DEL 0 AL 10

0	NADA	RELAJADO CONFORTABLE	BIEN
	ANSIEDAD LEVE	DISCONFORT PERCEPTIBLE NO TOTALMENTE RELAJADO	TENSO
5	ANSIEDAD MODERADA	DISCONFORT DEFINIDO PERO BAJO CONTROL	ESTRESS
	ANSIEDAD SEVERA	DISCONFORT EXTREMO , SENSACIÓN DE NO PODER MANEJARLO	ANSIEDAD/ ANGUSTIA
10	ANSIEDAD MUY SEVERA	AGOBIADO ABRUMADO SENSACIÓN DE NO HABER SENTIDO ALGO PEOR ALGUNA VEZ	PANICO

ANEXO 3

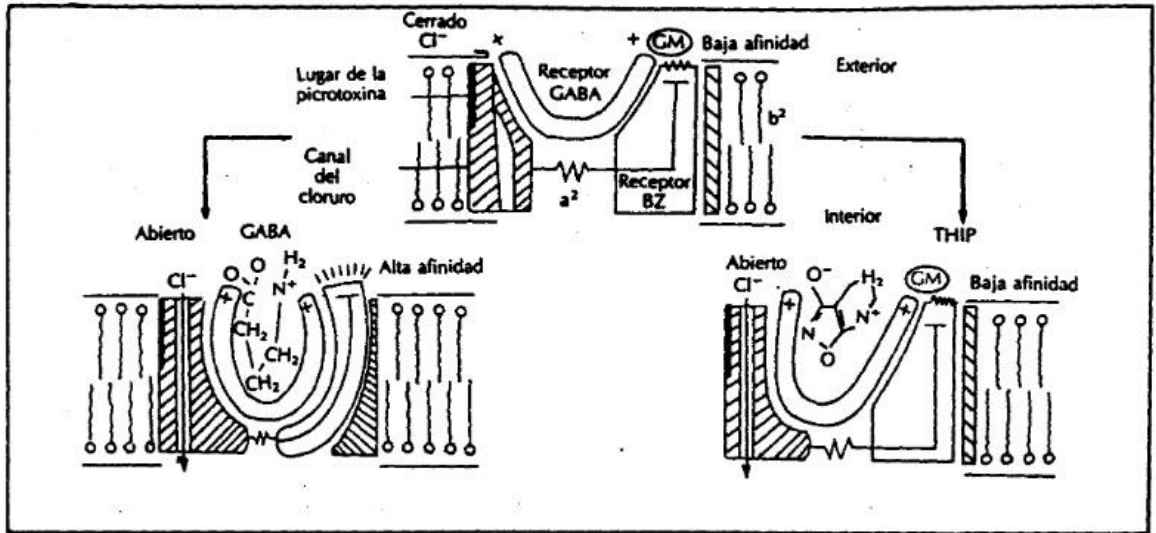
RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN DEL RECEPTOR Y LOS EFECTOS CLÍNICOS DE LAS BENZODIACEPINAS (PETERSEN)

<p>Ocupación del receptor Benzodiacepínico (estímulo)</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Disminución de la conciencia✓ Relajación muscular✓ Amnesia✓ Efecto hipnótico✓ Efecto antiepiléptico✓ Efecto ansiolítico
--	--

ANEXO 4

FIGURA 1

RECEPTOR BENZODIACEPÍNICO



ANEXO 5 y 6

LA FECUNDACIÓN



ANEXO 7

DE LA SEMANA 1 A LA SEMANA 4

1 MES (1- 4 SEMANA)



- El óvulo es fecundado en la cual se fusiona la información genética en donde se comienzan a dividir las células del embrión se dividen 16 y luego 32 células hasta convertirse en blastocisto este desciende hasta el endometrio y se implanta aquí, hasta ese momento a transcurrido el primer mes contando desde el primer día del último ciclo menstrual. Al finalizar el mes el embrión tiene 2 mm de diámetro



DEL PRIMER MES A LOS NUEVE MESES



Anexo 8..

Escala de ANSIEDAD de Hamilton.

La escala de ansiedad de Hamilton⁷⁸ (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe una versión española, realizada por Carrobles y Cols en 1986, que es la que presentamos. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo

⁷⁸ <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>

de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

INTERPRETACIÓN

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir .El test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3

días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). La puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta. En ensayos clínicos (12, 13) se han utilizado como criterios de inclusión valores muy dispares, oscilando entre 12 y 30 puntos. Se utiliza esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicosomáticos) obteniendo puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de “neurosis de ansiedad”, pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de “desorden de pánico”, “desorden fóbico” y “ansiedad generalizada”, entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos sugieren que la subescala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado su validez interobservador en pacientes con depresión.

1. Humor ansioso: Preocupación, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Tensión: Sentimientos de tensión, fatigabilidad, respuesta en alarma, (movido a) llorar fácilmente, temblores, sentimientos de intranquilidad, incapacidad para relajarse.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3. Miedos: A la oscuridad, a los extraños, a ser dejado/a solo/a, a los animales, al tráfico (tránsito), a la/las multitud/es.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4. Insomnio: Dificultad para quedarse dormido, interrupción de sueño, sueño no satisfactorio y fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5. Intelectual: Dificultad para concentración, memoria pobre.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6. Humor depresivo: Pérdida de interés, falta de placer en hobbies, depresión, temprano despertar, oscilación diurna.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7. Somático (muscular): Dolores y sufrimientos, rigideces, espasmos al dormir, apretar de dientes, voz inestable, tono muscular incrementado.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8. Somático (sensorial): Silbidos en los oídos, visión borrosa, rubores en frío y calor, sentimientos de debilidad, sensación de hormigueo.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor en pecho, palpitación de vasos, sentimiento de desvanecimiento, latidos perdidos.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10. Síntomas respiratorios: Presión o constricción en pecho, sentimientos de ahogo, suspiros, disnea.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11. Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, dolor por flatulencia abdominal, sensaciones de ardor exagerado, relajación intestinal, pérdida de peso.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12. Síntomas genitourinarios: Desarrollo de frigidez, pérdida de libido, impotencia.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13. Síntomas autonómicos: Boca seca, enrojecimiento, palidez, tendencia a sudar, mareos, dolor de cabeza por tensión, tomarse el pelo,

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14. Conducta en entrevista: Jugueteo, intranquilidad ó estimulación, temblor en manos, ceño fruncido, cara tensa, suspiros o respiración rápida, palidez facial, tragar (repetidamente), etc.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

ANEXO 9

CARTILLAS DEL PROGRAMA

Se adjuntan las cartillas de trabajo de cada sesión.

SESION 1	ACTIVIDAD 1	PRETEST
<p>NOMBRE: Presentación del Programa Mi primer Vínculo</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>Que las madres gestantes conozcan el programa mi primer vínculo. Que tengan interés en participar para informarse acerca del proceso del embarazo. Que sus parejas participen para demostrar apoyo.</p> <p>MATERIALES: Pizarra, marcadores, televisor y flash memory.</p> <p>TIEMPO: 15 minutos</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none">1. El coordinador agradece la participación y presenta el curso. Invita a conocerse entre los miembros que participan del curso.2. Presentación personal: cada participante indica su nombre.3. El coordinador presenta el programa: indica los temas que se trataran en el curso, señala los objetivos, las actividades a realizarse y la metodología de trabajo.4. El coordinador motiva a las madres gestantes a participar, a enriquecerse de información para afrontar en proceso del embarazo en forma tranquila.5. Evaluación:<ul style="list-style-type: none">• Observación de actitudes e interés por el curso.• Preguntar si les gusto la presentación del programa.• Preguntar sobre los temas más interesantes y la importancia del deseo de aprender.		
<p>REFLEXIÓN: la base del proceso Psicoeducativo es informar, aprender y cambiar los proceso cognitivos.</p>		

SESION 1	ACTIVIDAD 2	PRETEST
<p>NOMBRE: Evaluación inicial</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar el nivel de ansiedad de los participantes. •Crear un taller con un espacio de contención y reflexión que facilitara en las embarazadas. <p>MATERIALES: Fotocopias de las pruebas (Escala de Hamilton)</p> <p>TIEMPO: 50 minutos(15 minutos de la escala de Hamilton)</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes.</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de la Escala de Hamilton (Hoja de trabajo 1). 2. Entregar la prueba la hoja de trabajo 1 a cada madre gestante. 3.Consigna: Después de llenar los datos personales, respondan las preguntas con mucha sinceridad y sin miedo.(No hay respuestas malas) 4..Evaluación: <p>Informar que la prueba es necesarias para su proceso de información.</p>		
<p>REFLEXIÓN</p> <p>el desafío de informarse es necesario para su buen desarrollo, bienestar para ella y su futuro hijo.</p>		<p>Asume</p>

SESION 1	ACTIVIDAD 3	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: La importancia de nuestro embarazo.</p> <p>OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo. •Cuidados básicos del embarazo (nutrición). <p>MATERIALES Televisor y flash memory</p> <p>TIEMPO 30 minutos</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación: Para comenzar es necesario hablar de los cambios físicos y psicológicos en el desarrollo del embarazo. 2. Los participantes serán oyentes, para que tomen confianza. 3. Expositivo los coordinadores exponen las razones de cuidarse en la alimentación. Conversar con los participantes que den ideas de sus cuidados. 5. Evaluación <p>Reflexión: ¿Qué se aprendió? ¿Cómo se han cuidado anteriormente?</p>		
<p>REFLEXIÓN</p> <p>Preocuparse y cuidarse en el embarazo es un proceso que siempre debe realizarse.</p>		

SESIÓN 1	ACTIVIDAD 4	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Comienza la aventura</p> <p>OBJETIVOS Identificar los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo y los que pueden suponer un signo de alarma.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Conocer medidas destinadas a aliviar las molestias propias del embarazo. •Conocer los cuidados básicos del Embarazo. <p>MATERIALES: televisor y flash memory</p> <p>TIEMPO: 60 minutos</p> <p>PARTICIPANTES:30 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación esta sesión, vamos a identificar los cambios físicos, psicológicos y nutrición en el embarazo. 2. Formar grupos de 3-4 personas, distribuyendo aleatoriamente a cada grupo trabajos. 3. Consigna-Grupo A: Elaborar un ejemplo de menú de un día de una embarazada. -Grupo B: Establecer un actividad semanal de una embarazada (incluyendo descanso, ejercicio, actividad laboral, reparto de tareas domésticas, etc.). 4. Los coordinadores exponen- Puesta en común: Estrategias de alivio de las molestias propias del embarazo. Trabajar sobre estilos de vida saludables y reparto equitativo de tareas, completando la guía aquellos aspectos que no se hayan desarrollado en los grupos. 5. Evaluación Resumir la puesta en común con una recomendación a destacar por cada participante. 		
<p>REFLEXIÓN Revisar su estilo de vida e introducir al menos 2 cambios saludables en su vida cotidiana.</p>		

SESIÓN 2	ACTIVIDAD 5	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Voy a ser madre o voy a ser padre.</p>		
<p>OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre su estilo de maternidad y paternidad. • Conocer qué es la coeducación y la corresponsabilidad y su influencia en la crianza. • Valorar la importancia de comunicación afectiva con su bebé intrauterino. 		
<p>MATERIALES: Guía para la buena coeducación de nuestras hijas e hijos”</p>		
<p>TIEMPO:60 minutos</p>		
<p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p>		
<p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exposición del concepto de coeducación 2. Tormenta de ideas: Ejemplos de cómo llevar a cabo la coeducación. 3. Resumir en dos columnas: Una en la que se recojan situaciones de coeducación y otra en la que se enumeren ejemplos de no coeducación. 4.- Trabajo con fichas individuales: El modelo de maternidad/paternidad que conoce mejor, quizá deseamos copiar de él y qué no deseamos. 5. Entrega a cada persona del grupo de una ficha para trabajar los modelos de maternidad/paternidad conocidos para poder comenzar a desarrollar el suyo propio. <ul style="list-style-type: none"> Aspectos positivos de mi madre/padre Aspectos negativos de mi madre/padre Qué tipo de madre o padre me gustaría ser : - Puesta en común. Trabajando los siguientes aspectos: - Aprender a aceptar y respetar en nuestras madres y padres características que no deseamos poseer en nuestro estilo maternal/paternal. - Importancia de saber aceptar lo que se puede esperar de cada persona, y no esperar de los demás (madre, padre, pareja, hija/o...) lo que no nos pueden dar. - Plantear que su futuro hija/o tendrá rasgos que no les agraden y que tendrán también que saber aceptar y respetar. Aceptar la autonomía en la desarrollo de su hija/o. 6. Animarles a desarrollar su propio estilo de maternidad/paternidad, que no tiene porque ser el que cada uno espera del otro. 7. Trabajo corporal: 8. Evaluación: Invitación a la percepción y comunicación con su hijo/a intrauterino a través del tacto. <p>7. Entrega de documentación</p> <p>-“Guía para la buena coeducación de nuestras hijas e hijos”</p>		

REFLEXIÓN

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Caminar juntos al menos 2 veces por semana durante 1 hora.
- Planificar cómo se repartirán las tareas después del parto.
- Comentar con su pareja que sentimientos les despertaría el dar a su hijo o hija juguetes tradicionalmente adjudicadas al otro sexo.

SESIÓN 3	ACTIVIDAD 6	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Que puedo hacer yo.</p> <p>OBJETIVOS El padre al finalizar la sesión será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los sentimientos que le produce su paternidad. • Reconocer aquellas actitudes que pueden ayudarlo a tener una vivencia satisfactoria de su paternidad. • Compartir su vivencia con otros hombres que están en su misma situación. <p>MATERIALES: Guía de preguntas.</p> <p>TIEMPO: 30 minutos</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El coordinador los ordena en grupos (Tormenta de ideas): 2. se les entrega a cada grupo la guía de preguntas ¿Cuándo empieza la paternidad para él? ¿Qué cosas han cambiado en su vida desde que conoce que va a ser padre? ¿Qué espera que cambie? ¿Cuál cree que su papel en este proceso? ¿Qué tipos de sentimientos le afloran durante esta fase? 3. Consigna discutirán las preguntas y uno de cada grupo realizara una pequeña exposición por parte de persona guía del papel del padre durante el proceso. 4. Se analizara las respuestas con los coordinadores. 5. Evaluación <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar una lista de las cosas que como padre se tiene que responsabilizar, tanto durante el embarazo como después del nacimiento. - Colaborar con su pareja en las tareas propuestas en cada sesión. 		
<p>REFLEXIÓN de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión.</p>		<p>Propuesta</p>

SESIÓN 4	ACTIVIDAD 7	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Se acerca el momento.</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>Las gestantes y sus parejas al finalizar la sesión serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Expresar y compartir sentimientos y emociones en relación con el parto. •Identificar los signos y síntomas de inicio del parto. •Conocer y utilizar las técnicas de alivio del dolor durante el parto. <p>MATERIALES: Televisor y flash memory</p> <p>TIEMPO: 30 MINUTOS</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exposición teórica de contenidos: Etapas y duración del parto. -Presentación El parto en mi hospital. -Plan de Parto. Importancia y cumplimentación. 2. Trabajo en grupal (Tormenta de ideas): necesidades básicas de la mujer y del recién nacido. 3. Se les pide a los participantes que comenten Método del caso: Experiencias o vivencias sobre diferentes tipos de partos. 4.Trabajo corporal: ejercicios de respiración 5. Evaluación <p>Reflexión de sus vivencias.</p>		
<p>REFLEXIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hablar sobre cómo se imaginan ambos el parto y que espera cada uno del otro. - Entrenamiento de técnicas de alivio del dolor con la persona que le va a acompañar. 		

SESIÓN 5	ACTIVIDAD 8	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Ya estoy de parto.</p> <p>Objetivos La mujer y su acompañante durante el parto, al finalizar la sesión serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el proceso del parto y reconocer el papel de cada uno durante este periodo. • Identificar las necesidades de la mujer y el recién nacido en el proceso. Conocer los recursos que les ofrece el sistema sanitario para la toma de decisiones en relación con la atención al parto. • Identificar al profesional responsable de la atención al parto fisiológico. <p>MATERIALES: Televisor y flash memory</p> <p>TIEMPO: 60 minutos</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizara trabajo grupal (Tormenta de ideas): Qué sugiere la palabra “parto” y la palabra “dolor”. Trabajar las ideas y los miedos que afloran. 2. Proyección audiovisual: “Saber esperar”, en la que se exponen aspectos relacionados con las modificaciones que se producen al inicio del parto y el papel del acompañante. 3. Consigna se realizara un debate posterior sobre la proyección, incidiendo la guía en aquellos aspectos de mayor interés. 4. Trabajo corporal: relajación 5. Posturas, estiramientos y masaje lumbar. 6. Evaluación <p>Comentarios de lo aprehendido.</p>		
<p>REFLEXIÓN percepción</p> <p>de la respiración según los distintos estados emocionales opuesta de actividades para realizar en casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hablar con su pareja sobre cómo le gustaría que le acompañase en ese momento. - Entrenamiento de técnicas de alivio del dolor con la persona que le va a acompañar. 		

SESIÓN 6	ACTIVIDAD 9	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Por fin con nuestro bebé.</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>La gestante y su pareja/acompañante al finalizar la sesión serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Conocer el significado del contacto piel con piel y la forma adecuada de realizarlo. •Identificar las ventajas del contacto piel con piel y conocer los riesgos de la separación precoz. •Conocer la importancia de la relación existente entre el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna. <p>MATERIALES: Televisor y flash memory</p> <p>TIEMPO: 60 minutos</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <p>1. Primero Trabajo grupal (Tormenta de ideas) 2. Consigna preguntas, dudas sentimientos y dudas en relación con nacimiento de su hijo/a, cómo les gustaría recibir al recién nacido, qué sugiere el término contacto piel con piel.</p> <p>3. Exposición teórica de contenidos: Trasmitir a la madre que la única necesidad básica del recién nacido sano es el contacto piel con piel, ya que favorece su adaptación a la vida extrauterina, el vínculo afectivo y el inicio de la lactancia materna. Reforzar la importancia del reconocimiento entre la madre y su hijo/a, respetando sus tiempos y sin forzar la primera toma.</p> <p>4 - Presentación: "Contacto piel con piel"</p> <p>5.Trabajo corporal: respiración de relajación</p> <p>6. Evaluación</p> <p>Entrega de documentación</p> <p>Resumen que hace referencia contacto piel con piel.</p>		
<p>REFLEXIÓN</p> <p>Hablar con al menos dos personas de su entorno sobre el contacto piel con piel.</p>		

SESIÓN 7	ACTIVIDAD 10	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Le doy de mamar.</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>La gestante y su pareja o acompañante al finalizar la sesión serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Conocer los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de no amamantar. •Conocer la técnica apropiada para dar de mamar. •Saber identificar las prácticas que suponen una interferencia con la lactancia materna. •Saber identificar los problemas que pueden aparecer a lo largo de la lactancia y como abordarlos. •Conocer la técnica apropiada de extracción manual de la leche materna. •Conocer los recursos existentes, tanto en el ámbito sanitario como en su entorno social, de apoyo a la lactancia materna. <p>MATERIALES: Televisor y flash memory, muñeco blando y articulado que permita colocarla en diferentes posiciones</p> <p>TIEMPO: 60 minutos</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar Trabajo grupal (Tormenta de ideas): Motivo por el que va a dar de mamar y ventajas que conoce de la lactancia materna, explorar los mitos y creencias. Haciendo hincapié en los riesgos de no amamantar. 2. Demostración práctica de la técnica de amamantamiento y de la higiene postural con muñeco, con audiovisual y/o con madre lactante. 3. Exposición teórica de contenidos: Interferencias/obstáculos para la adecuada succión. Dificultades que pueden aparecer y cómo resolverlas (dolor, grietas, mastitis, etc.). 4. Demostración práctica de la técnica de extracción manual de la leche. 5. Información sobre recursos de apoyo a la lactancia materna que existen en nuestro entorno. 6. Evaluación <p>Hacer preguntas del tema a los participantes y dudas que consulten.</p>		
<p>REFLEXIÓN</p> <p>Practicar con un muñeco posturas cómodas y apropiadas para la lactancia materna.</p>		

SESIÓN 8	ACTIVIDAD 11	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Volvemos a casa.</p> <p>OBJETIVOS La gestante y su pareja al finalizar la sesión serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Conocer qué es el puerperio y los cambios físicos y psíquicos que se puedan presentar en esta etapa. •Identificar aquellas situaciones familiares y sociales que puedan facilitar o dificultar el reajuste de roles. •Tomar conciencia de las nuevas relaciones que se establecerán en la estructura familiar con la llegada del recién nacido. •Identificar las situaciones de riesgo que pueden aparecer en la puérpera y cuando consultar por ello. <p>MATERIALES: Televisor y flash memory</p> <p>TIEMPO: 60 minutos</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuevamente se trabajara se realizara Trabajo grupal 2. Consigna del coordinador visualicen cómo se imaginan a ellas mismas en esta fase, física y emocionalmente. 3. Foto palabra: Exponer diversas fotos de mujeres en distintas fases del posparto y que elijan con la que más se identifican. 4. Exposición de las participantes en forma teórica de contenidos: Cuidados generales del puerperio, readaptación de la vida familiar. 5. Trabajo corporal: Posturas y respiración en el expulsivo. 6. Evaluación <p>Reflexión de lo aprehendido</p>		
<p>REFLEXIÓN Trabajar la respiración en casa.</p>		

SESIÓN 9	ACTIVIDAD 12	TRATAMIENTO
<p>NOMBRE: Cuidando al bebé</p> <p>Objetivos La gestante y su pareja al finalizar la sesión serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar las necesidades físicas y afectivas del recién nacido. Conocer como satisfacer dichas necesidades en función de las características del bebé. -Conocer la importancia de la visita precoz del recién nacido en Atención Primaria. -Conocer los beneficios del masaje del bebe. -Conocer pautas de crianza básicas en la primera fase de adaptación familiar. <p>MATERIALES: Televisor y flash memory, bañera. Muñeco, articulado, pañales y ropa de bebe.</p> <p>TIEMPO: 60 minutos</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes.</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo grupal 2. Demostración práctica: baño del bebe, masaje, cambio del pañal y vestido, cuidados del ombligo, etc. 3. Exposición teórica de contenidos Cuidados generales del recién nacido: eliminación, sueño, descanso, paseo, etc. Controles de salud habituales del recién nacido en el Centro de Salud. 4. Presentación ("Pautas de crianza": Desarrollo motor, juego, artículos para bebes, desarrollo del lenguaje. 5. Trabajo corporal: Realización de los ejercicios y posturas aprendidos con los que cada una se encuentra más cómoda. 6. Evaluación <p>Preguntas de lo apreheando</p>		
<p>REFLEXIÓN</p> <p>Pautas de crianza y sus comentarios.</p>		

SESIÓN 9	ACTIVIDAD 13	POST-TEST
<p>NOMBRE: Evaluación final.</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar el nivel de ansiedad de los participantes. •Crear un taller con un espacio de información y reflexión que facilitara en las embarazadas. <p>MATERIALES: Fotocopias de las pruebas (Escala de Hamilton)</p> <p>TIEMPO: 50 minutos(15minutos de la escala de Hamilton)</p> <p>PARTICIPANTES: 23 participantes.</p> <p>DESARROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de la Escala de Hamilton (Hoja de trabajo 1). Anexo2 2. Entregar la prueba la hoja de trabajo 1 a cada madre gestante. 3. Consigna: Después de llenar los datos personales, respondan las preguntas con mucha sinceridad y sin miedo.(No hay respuestas malas) 4. Evaluación: Informar que la prueba es necesaria para su proceso de información. 		
<p>Reflexión En el proceso Psicoeducativo se asimilan a través de la información y aprendizaje en forma personal.</p>		

Anexo 10.

Distribución t STUDENT

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Donde \bar{X}_1 es la media del grupo número uno, \bar{X}_2 es la media del grupo con el que se va a comparar al primero, S_1^2 representa la desviación estándar del primer grupo elevada al cuadrado, S_2^2 la desviación estándar elevada al cuadrado del segundo grupo N_1 es el tamaño del grupo número uno y N_2 representa el tamaño del grupo número dos. Hernández et al. (2006) comentan que la prueba t se basa en la distribución muestral de diferencia de medias, esta distribución es necesario que se identifique por los grados de libertad.

Es decir que mientras más grande sea el número de grados de libertad la distribución t de Student se acercará a una distribución muestral, para calcular los grados de libertad es necesario utilizar la siguiente formula:

$$gl = (N_1 + N_2)$$

Luego de calcular el valor de t y los grados de libertad, se debe elegir el nivel de significancia y comparar el valor obtenido contra el valor que le corresponda en la Tabla de la distribución t de Student. Si el valor calculado es igual o mayor al que aparece en la tabla, se acepta la hipótesis de investigación, y si el valor es menor, entonces se acepta la hipótesis nula.