



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tesis de grado que se presenta como requisito, para optar por el  
título de Psicóloga Clínica**

**TEMA:**

**“ANSIEDAD Y SUS CONSECUENCIAS EMOCIONALES PREVIA A LA  
LABOR DE PARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA DE  
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DEL  
CANTON MANTA, EN EL AÑO 2013 “.**

**PROPUESTA:**

**“APLICACIÓN DEL MODELO PSICOPROFILACTICO COGNITIVO  
CONDUCTUAL, EL CUAL CONSISTE EN UNA PREPARACIÓN FÍSICA  
Y PSÍQUICA DURANTE EL EMBARAZO PARA PREPARAR A LA  
MUJER EN EL ACTO DEL PARTO Y REDUCIR LOS NIVELES DE  
ANSIEDAD”**

**AUTORES:**

**ACEBO CEDEÑO JORGE LUIS  
LOOR BRIONES MARIA MONSERRATE**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**PSI.CLIN. JOSE FLORES**

**MANTA- MANABÍ-ECUADOR**

**2013**

## **CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE INFORME DE TÈSIS**

En mi calidad de Tutor de la Tesis de Grado, designado por la Escuela de Psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

### **CERTIFICO:**

Que el presente trabajo de investigación y el respectivo informe de tesis, ha sido revisado, analizado, monitoreado y evaluado, mismo que corresponde a **JORGE LUIS ACEBO CEDEÑO Y MARIA MONSERRATE LOOR BRIONES** los cuales reúnelas exigencias mandada por la unidad académica, como requisito previo para optar por el grado de Psicólogo con mención en Psicología Clínica , cuyo Tema es:

**“ANSIEDAD Y SUS CONSECUENCIAS EMOCIONALES PREVIA A LA LABOR DE PARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DEL CANTON MANTA, EN EL AÑO 2013 “**

Considero aprobado en su totalidad.

-----  
PSI.CLIN. JOSE FLORES

Manta, 19 de Noviembre del 2013

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Los pensamientos, ideas, opiniones y la información obtenida a través de este trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad de los autores.

**Firma**

-----  
**JORGE ACEBO CEDEÑO**

-----  
**MARIA LOOR BRIONES**

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Sometido a consideración de los miembros del tribunal de revisión y evolución, de la facultad de Trabajo Social de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, previo al título de psicóloga clínica.

Licda. Olga Vélez de Mendoza

DECANA DE LA FACULTAD

-----

Dr. Oswaldo Zambrano Quinde

DIRECTOR DE ESCUELA

-----

Dr. Juan Ramón Moran

DIRECTOR DE TESIS

-----

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

-----

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

-----

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

-----

SECRETARIA DE ESCUELA

-----

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo primero a Dios hermosa fuente de amor incondicional quien Siempre ha estado junto a mí en las buenas y en las malas impulsándome para seguir adelante y no caer, el mismo que siempre me ha llenado mi vida de bendiciones, a mis hijos Ángel y Matheo que a quienes para lograr mis objetivos le quite parte de su tiempo, a mi madre que con su esfuerzo, apoyo, ejemplo y bendiciones me ayudaron a llegar hasta aquí, a mi padrino William Briones y a mi hermana Ámbar que con su apoyo me ayudaron de cierta manera a seguir adelante a mis hermanos Auxiliadora, Celina, Néstor con los cuales he compartido gran parte de mi vida y con los que siempre he podido contar gracias por creer en mí, los amo mucho.

**LOOR BRIONES MARIA MONSERRATE**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo investigativo a mi madre que fue un apoyo incondicional para toda mi etapa universitaria a mis hijos Fanny, Ariel, y Froilán que en parte les quite tiempo de pasar juntos a ellos para lograr este objetivo ellos sabrán comprender a futuro y a cada uno de mis familiares por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas.

**JORGE LUIS ACEBO CEDEÑO.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a primera instancia a Dios, pilar espiritual fundamental para nuestra motivación a nuestros padres e hijos y familiares que en parte ayudaron a que alcancemos esta meta tan anhelada. Así mismo agradecemos a vuestra Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” Facultad de Trabajo Social carrera de Psicología, que nos abrió las puertas para emprender nuestro aprendizaje y conocimiento, que serán bien utilizados para la comunidad Nacional y no podemos dejar de agradecer a cada uno de los funcionarios, como profesores, personal administrativo y trabajadores a cada uno de nuestros compañeros que en aula compartimos penas y alegrías y nos apoyamos en el transcurso de nuestro estudio universitario.

**GRACIAS**

INDICE DE CONTENIDO	
CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	
INDICE	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1.1.- TEMA	4
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN	4
1.2.2. PREGUNTAS DIRECTRICES	9
1.2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2.4. DELIMITACIÓN	11
1.3.- OBJETIVOS	12
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	12
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.4.-JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	15
2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	15
2.2.- FUNDAMENTACION FILOSOFICA	16
2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	17
2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL	23
2.4.- HIPÓTESIS.	25
2.5.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	25
2.5.1.- Variable Independiente	25
2.5.2.- Variable Dependiente	25
CAPÍTULO III	
3.- METODOLOGÍA	26

3.1. TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN.	27
3.1.1.- MÉTODOS	28
3.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO	29
3.2.1.- POBLACIÓN	30
3.2.2.- MUESTRA	30
3.2.3.- TAMAÑO DE MUESTRA	30
3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
3.3. a.- VARIABLE INDEPENDIENTE	31
3.3. b.- VARIABLE DEPENDIENTE	32
3.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	33
3.5.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	34
3.6.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	34
CAPÍTULO IV.	
4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	35
4.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS(ENCUESTA)	35
4.2.-ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS(CUESTIONARIO)	46
4.3.-ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS(ENTREVISTA)	47
CAPÍTULO V	
5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.	53
5.2.- LOGROS DE OBJETIVOS	54
CAPÍTULO VI.	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
6.1.- CONCLUSIONES	57
6.2.- RECOMENDACIONES	59
CAPÍTULO VII	
7.- PROPUESTA	60
7.1.-DATOS INFORMATIVOS	60
7.2.-ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	61

7.3.- OBJETIVOS	62
7.4.- JUSTIFICACIÓN	63
7.5.- FUNDAMENTACIÓN	64
7.6.- METODOLOGÍA. PLAN DE ACCIÓN	65
7.7.- ADMINISTRACIÓN	66
7.8.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	67
CAPÍTULO VIII.	
8.1.- BIBLIOGRAFÍA	68
8.2.- ANEXOS	70

## INTRODUCCIÒN

La ansiedad es muy antigua. Sus orígenes filogenéticos se remonta a los del propio reino animal, y los filósofos y pensadores han escrito largo y tendido sobre la importancia capital de la ansiedad para la vida y la experiencia humana. La experiencia de la ansiedad se ubica y universal, y trasciende épocas y culturas. <sup>1</sup>

La ansiedad es un tema de gran actualidad .hoy día los trastornos de ansiedad constituyen el problema psicopatológico de mayor prevalencia en los países de nuestro entorno. Aunque la investigación sobre las causas de estos trastornos y sobre sus tratamientos efectivos a lo largo del siglo veinte.

La ansiedad es un sentimiento humano normal que todos experimentamos cuando nos enfrentamos con situaciones que consideramos difíciles o que suponen una amenaza. Ser madre es uno de los eventos más maravillosos para cualquier mujer. Sin embargo aunque tener un bebé es algo muy gratificante para cualquier mamá también ocasiona mucho estrés durante los primeros días o meses. También contribuye el hecho de los cambios hormonales que sufre la mujer durante el embarazo. Estos dejan huellas que causan sentimientos de tristeza, ansiedad, temor y depresión después del parto. En muchas mujeres estos síntomas desaparecen pronto. El problema es cuando estos sentimientos continúan por tiempo prolongado y empeoran.

---

<sup>1</sup> Viedma, María; Mecanismos Psicofisiológicos De La Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas

Un período natural en el que la madre se encuentra muy emocional o susceptible, teniendo cambios de humor, ansiedad, tristeza, irritabilidad, dificultad para concentrarse y problemas para dormir. Una nueva mamá puede tener de momentos cambios de ánimo, tristeza, llorar sin razón, falta de apetito, problemas para dormir, sentirse irritada, sentirse ansiosa, y sentirse sola.

Las psiquiátricas del postparto y complicaciones emocionales son de tres tipos principales el Blues del postparto, la depresión postparto y la psicosis puerperal, estas tres son manejadas por especialista, aunque la más leve es el Blues del postparto se caracteriza por los rápidos cambios de estado de ánimo, el Blues puede ser tratado también en casa con la ayuda de la familia.<sup>2</sup>

Si el Blues no es tratado a tiempo en dos semanas pasa a ser depresión postparto, donde aquí comienza ser más intenso peleas seguido con la pareja, Irritación, baja de peso no poder dormir el sueño, baja de energía hasta el punto de que la mujer es incapaz de levantarse de la cama durante horas, y sobre todo rechazo al bebe.

Después de la depresión postparto si no es tratada rápida, se da la psicosis puerperal aunque es muy rara, pero es de gran peligro ya que la madre pierde completa razón con la realidad y pone en peligro su vida y la del bebe. Es fundamental en esta etapa la labor profesional de atención primaria, es el profesional quien debe identificar los posibles factores de riesgo como parte de los cuidados obstétricos posparto, de esta manera

---

<sup>2</sup> Perfil psicológico de madres primerizas post-parto y afecto en el bebé; Recuperado el: 15 de abril del 2013; Desde: <http://www.monografias.com/trabajos94/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe.shtml#ixzz2IBfuJMGX>

podría llevarse a cabo la prevención de estos trastornos cuando sea y en el caso de que aparezcan se podrá instaurar a un tratamiento posible.

Disminuir la ansiedad materna en el embarazo puede tener un efecto protector preventivo sobre la salud mental infantil. Desde el embarazo hasta los momentos vividos luego del parto la mujer pasa por una serie de cambios tanto físicos como psicológicos, que no son sólo cuestiones individuales sino que encuentran su relación tanto en el ámbito social más cercano (la familia) como con el ambiente y el resto del contexto socio-cultural.<sup>3</sup>

Desde hace bastante tiempo se ha reconocido la importancia de los cambios emocionales que sufre la mujer durante el proceso grávido-puerperal, llegando en algunos casos padecer trastornos ansiosos y /o depresivos. Así, existen estudios que demuestran una prevalencia de los síntomas ansiosos que pueden alcanzar valores cercanos al 40% (dependiendo del instrumento alcanzado), lo cual demuestra la relevancia de este fenómeno.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Ídem.

<sup>4</sup> Gobierno de Canarias; Ansiedad y fobia;  
[http://geosalud.com/Salud\\_Mental/ansiedad\\_fobias.htm](http://geosalud.com/Salud_Mental/ansiedad_fobias.htm)

## **CAPÍTULO I**

### **1.-EL PROBLEMA**

#### **1.1 TEMA**

“Ansiedad y sus consecuencias emocionales previa a la labor de parto en mujeres atendidas en el área de ginecología del hospital Rodríguez Zambrano del cantón Manta, en el año 2013 “

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 Contextualización**

##### **1.2.1 a.-Macrocontexto**

Según un estudio coordinado por la East Carolina University (Estados Unidos) publicado en *Psychosomatic Medicine* 2007;69:566-570 mujeres con altos niveles de ansiedad por su embarazo y durante el parto, pueden correr alto riesgo de parto prematuro, el grupo de investigadores halló que, entre 1.820 embarazadas, aquellas con el mayor nivel de preocupación sobre el embarazo eran casi tres veces más propensas que las menos ansiosas a tener un parto prematuro.<sup>5</sup>

Los mismos se concentraron en las preocupaciones de las mujeres sobre el embarazo, incluida la ansiedad sobre el trabajo de parto y el nacimiento, y los problemas al principio del embarazo, como el sangrado y la náusea. La revista *Birth Issues in Perinatal Care* al publicar su trabajo efectuado en el año Hospital Universitario de Noruega del Norte, a partir de 86 mujeres embarazadas que tenían miedo al parto y habían requerido cesárea planificada.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Noticias médicas (2007); Recuperado el: 15 de mayo del 2013; Desde: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=48878>

<sup>6</sup> Ídem

Todas ellas fueron atendidas por un equipo de trabajo psicosocial. Resultó que en la mayoría de las mujeres, con temor al nacimiento iba acompañado por extensos problemas psicosociales: el 90 % había experimentado ansiedad o depresión; el 43 % tenía disturbios de la alimentación; el 63 % había padecido abuso; de las que padecían condiciones psiquiátricas, el 24 % había estado previamente en tratamiento.<sup>7</sup>

Mediante la intervención del equipo de psicología y trabajo social de ese hospital, 74 de las 86 mujeres cambiaron su primer requerimiento y se sintieron preparadas para dar a luz por vía vaginal. El seguimiento durante dos y cuatro años luego del nacimiento confirmó su satisfacción a largo plazo por haber cambiado su elección.<sup>8</sup>

Se ha podido apreciar en investigaciones realizadas en distintos países, sobre los procesos y las reacciones emocionales que las madres experimentan durante todo el proceso de desarrollo embrionario, puede producir partos prematuros, alargados, o con algún otro tipo de complicación, siendo el temor, miedo, inseguridades, que la madre poco a poco va adquiriendo durante este proceso y repercutiendo o manifestándose al momento de labor o trabajo de parto, retrasándolo o realizando otro tipo de intervención obstétrica.

A más de ello la influencia de factores estresantes para la madre hacen que aparezca problemas de ansiedad y emocionales que con el pasar de los días pueda haber complicaciones, y puedan afectar en el postparto y al bebé.

---

<sup>7</sup> Lipcovich, Pedro (2006); Nacer (y morir) por cesárea; Recuperado el: 3 de mayo del 2013; Desde: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-74597-2006-10-17.html>

<sup>8</sup> Ídem

### **1.2.1 b.-Meso contexto**

La ENDEMAIN 2004(Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ) es una encuesta periódica que realiza el CEPAR (Centro de Estudios de Población y Desarrollo), esta manifiesta que, “La proporción de partos por cesárea en establecimientos de salud es del 34,5 %, es casi 10 puntos porcentuales mayor al promedio total de esa intervención (25,8 %). Las tasas más altas se encuentran en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (50,0 %), en las clínicas, hospitales y médicos privados (49, %), en el Patronato San José (40,2 %) y en la Junta de Beneficencia (35,5 %). En el Ecuador, la tasa general de cesáreas informada es de 17,1 % (período 1989 a 1994), del 19,9 % (período 1994 a 1999) y se eleva al 25.8 % (en el período 1999 a 2004).<sup>9</sup>

Los datos mencionados anteriormente indican el aumento de las intervenciones quirúrgicas las cuales muchas veces son producto de la inestabilidad emocional de la paciente para llevar a cabo un parto normal. Por eso la necesidad de estudiar la ansiedad y las consecuencias emocionales que bien podrían ser el detonante para la inestabilidad de la paciente para tener una labor de parto normal.

### **1.2.1. c.-Microcontexto**

El hospital Rodríguez Zambrano está situado en la ciudad de Manta en la zona urbana de la parroquia Manta. Por ser una institución pública presta su servicio a la comunidad en general la misma que se siente beneficiada de poder contar con dicho servicio, se encuentra en una etapa de transformación de acuerdo al plan estratégico que se está aplicando, sustentando la ley de salud pública vigente.

---

<sup>9</sup>Raúl Mideros Morales, 2008, Medicalización e industria del nacimiento

Cuenta con personal capacitado que atiende, con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece. Siendo una entidad cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia, teniendo así como misión proteger, a la población urbana y rural.

En el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, acuden múltiples mujeres a la sala de partos ya sean estas multi o primíparas, de acuerdo a los últimos datos obtenidos por el servicio de estadística del Hospital de la ciudad de Manta en el año 2013.

Entre los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril se han realizado 1.191 ingresos en el área de Gineco-obstetricia de los cuales se han realizados 568 intervenciones, entre ellas 207 por parto normal y 361 por cesárea siendo estas por distintas causas. A nivel de Manabí. De acuerdo a nuestra investigación realizada en el hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta no se ha encontrado estudios acerca del problema planteado, siendo esta la pionera en establecer parámetros que incentiven a nuevas investigaciones, y lograr un trabajo transdisciplinario en los que intervengan distintos profesionales en salud, en favor de la madre y de su hijo y como no a la sociedad.

#### **1.2.1 d.-ANÁLISIS CRÍTICO**

La Ansiedad por lo general es una reacción ante una situación que pueda causar tensión o miedo, en este caso las madres, motivo de la investigación, sienten esta misma reacción al momento de saberse embarazadas la misma que puede ir incrementándose durante el pasar de los meses hasta el momento del parto, influyendo esta de manera importante en el desarrollo del mismo.

Esto muchas veces se da por “Historias” por parte de familiares o amigas de lo malo que va ser, formándose así un círculo vicioso de temor y duda siendo nada favorable para la gestante ni para su hijo, generando reacciones fisiológicas o neurovegetativas, causando en ella inseguridad y preocupación.

La mujer primeriza y multípara tiene mucha incertidumbre sobre cómo será el inicio de parto, las contracciones, duración de las mismas complicaciones en el caso de haberlas entre otras, además problemas de tipo psicológico, pueden influir en el alargamiento del proceso de parto, o más aún alguna complicación medica específica.

Es también importante recalcar la predisposición de la mujer a sufrir este tipo de problema el cual ha emergido a causa de su estado, y está influenciando de manera significativa en la misma. Por esta razón se debe realizar métodos por parte de personal capacitado para ello, que ayuden a la futura madre al mejor conocimiento de su etapa, desarrollo, y lograr un buen manejo al momento de la labor de parto, y ser de gran ayuda para las personas que en ese momento la asisten.

El ser madre es una etapa muy importante en la mujer ya que esta incluye múltiples cambios tanto físicos, psíquicos y sociales. Cada una de estos cambios produce en la futura madre varias dudas, inseguridades que causan en su gran mayoría temor a lo que pueda pasar, es difícil para muchos profesionales imaginar el sufrimiento o preocupación, las dudas, que produce a las mujeres que experimentan por primera vez esta etapa sin dejar a un lado a las experimentadas, en gran parte la información que ellas reciben con poca o ninguna relevancia clínica, como son las medidas fetales u otras, intervenciones importantes en esta etapa. Al no existir programas que puedan ayudar a la futura madre podría acrecentar en ella problemas psicológicos los mismos que puedan complicar el proceso del parto y alumbramiento, y en algunos casos el puerperio

normal y así tener la necesidad de optar por otras mediaciones, más largas y complejas.

### **1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Es factible detectar el grado de ansiedad y las consecuencias emocionales en madres previo al parto?
- ¿Se afectan emocionalmente las mujeres después del parto?
- ¿Conocen las madres las etapas de la labor de parto?
- ¿Cuáles serían los métodos que podrían ayudar al mejoramiento de este problema?
- ¿Sería la ansiedad la causante del aumento de intervenciones quirúrgicas al momento del parto?

### **1.2.3.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Los efectos de ansiedad previa al parto influyen emocionalmente en las mujeres de 16 a 30 años en el Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, 2013?

#### **1.2.4.-DELIMITACIÓN**

##### **1.2.4.a.- Delimitación de contenidos.**

**CAMPO:** Salud Mental

**ÁREA:** Psicología Clínica

**ASPECTO:** Efectos de Ansiedad previa al parto y sus consecuencias emocionales en mujeres de 16 a 30 años.

**TEMA:** La ansiedad previa al parto y sus consecuencias emocionales en mujeres de 16 a 30 años del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano Manta 2012.

##### **1.2.4 b.- Delimitación espacial**

La investigación se realizó con 40 madres de 16 a 30 años de edad que son atendidas en el área del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

##### **1.2.4.c-Delimitación temporal**

Este problema fue investigado en el periodo comprendido entre octubre de 2012 a marzo de 2013.

#### **1.3.-OBJETIVOS**

##### **1.3.1.-Objetivo General**

Disminuir los niveles de ansiedad previa a la labor de parto en mujeres de 16 a 30 años en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta en el periodo Enero hasta Abril del 2013.

##### **1.3.2.-Objetivos Específicos**

- Evidenciar la existencia de ansiedad previa a la labor de parto
- Determinar si existe consecuencias emocionales después del parto
- Elaborar una propuesta alternativa para el problema planteado.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La ansiedad es una sintomatología normal en el proceso del embarazo aún más cuando el momento del parto se acerca por lo tanto es necesario realizar un estudio acerca las emociones que desencadenan dicha ansiedad ya que en el país se han realizado estudios similares mas no se ha priorizado el estado emocional de la mujer en previa labor de parto.

Este proyecto es importante ya que va a permitir correlacionar las dos variables, la influencia de la ansiedad materna previa a la labor de partos y sus consecuencias emocionales para así poder mitigar, la ansiedad en labor del parto y con el apoyo emocional que en ese instante pueda recibir de quienes las asistan teniendo los mismos una debida preparación para actuar, en esos momentos.

La investigación es factible porque se cuenta con la población necesaria para la presente como son las madres primerizas y multíparas del servicio de Gineco-obstetricia, y con la colaboración del personal médico capacitado, cabe destacar la apertura total del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta para realizar este trabajo y así lograr plantear alternativas que engloben tanto los factores físicos y psicológicos que promuevan la atención de salud.

Investigar la ansiedad previa a la labor de parto y sus consecuencias emocionales en mujeres de 16 a 30 años en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta en el periodo Enero hasta Abril del 2013.

## **CAPITULO II**

### **2.-MARCO TEORICO**

#### **2.1.-ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.**

Este trabajo tiene como base sustentable la documentación de varias investigaciones que de manera puntual dejan un claro precedente de los problemas suscitados en las mujeres previa al parto a consecuencia de la ansiedad y por ende afectan el estado emocional de las mismas y donde se desarrollaran aspectos relevantes, tales como antecedentes, bases teóricas y las bases legales que brindan argumentación necesaria con la que se hizo posible esta investigación.

Desde la antigüedad se pensaba que el estado emocional de la madre embarazada podía afectar al feto. De hecho la mayoría de las embarazadas intuyen que su estado anímico influye en su bebé y cuando están estresadas suelen manifestar su preocupación por cómo afectará su inquietud al bebé. La hipótesis de que la ansiedad o el estrés materno durante el embarazo afectan al neurodesarrollo del bebé es antigua, pero sólo recientemente se han realizado estudios lo suficientemente amplios para contrastarla. En las dos últimas décadas una serie de estudios han permitido avanzar en la comprensión de los mecanismos por los que se produce dicho efecto.

“Los hallazgos han producido un cambio significativo en la psiquiatría perinatal, ya que si durante décadas se prestó mucha atención a los efectos de la depresión posparto en el desarrollo del lactante ahora se ha visto que el efecto de la ansiedad materna en el embarazo probablemente sea mucho más grave y duradero en el bebé de lo que se pensaba y sus

efectos sobre el neurodesarrollo más severos que los de la depresión posparto”<sup>10</sup>.

Diversos estudios han confirmado que el estrés materno durante el período fetal puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño incluso hasta el inicio de la edad adulta.<sup>11</sup>

Los primeros estudios sobre el efecto del estrés y la ansiedad en el embarazo se centraron en observar las consecuencias del estrés en los resultados obstétricos.

Así por ejemplo se sabe que las mujeres con acontecimientos vitales estresantes durante el primer trimestre del embarazo tienen un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo o de que su hijo tenga alteraciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino. Los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y bajo peso. En general, el hallazgo más repetido es que la ansiedad materna prenatal favorece el parto prematuro, efecto al parecer dosis dependiente. También se ha estudiado ha observado la relación entre el estado emocional materno, el comportamiento fetal y la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal. A mayor estrés materno parece haber menor reactividad de la frecuencia fetal, lo que puede favorecer la conducta inhibida en la infancia .Los principales estudios prospectivos sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil han observado *una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas*

---

<sup>10</sup> Olza, Ibone; Ansiedad durante el embarazo y alteraciones de conducta en el niño [http://www.holistika.net/parto\\_natural/el\\_bebe/ansiedad\\_durante\\_el\\_embarazo\\_y\\_alteraciones\\_de\\_conducta\\_en\\_el\\_nino.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/ansiedad_durante_el_embarazo_y_alteraciones_de_conducta_en_el_nino.asp) .

<sup>11</sup> Estudios Sobre La Ansiedad Prenatal En Humanos; recuperado el: 15 de abril del 2013; Desde:

<http://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/Ponencias3Xorperi/10%20Ibone%20Olza.pdf>

*emocionales en la primera infancia.* Hay una relación directa entre el estado de ánimo materno y la conducta fetal observada en ecografías a partir de la semana 27 o 28 de la gestación. Más de catorce estudios prospectivos independientes han hallado una relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos. Esta relación persiste tras controlar el efecto de la depresión posparto y de otras variables del embarazo y puerperio. En general estos resultados apoyan la hipótesis de la programación fetal. En un estudio de 1992 la ansiedad general en el tercer trimestre se correlacionaba con tener un temperamento difícil a las 10 semanas y los 7 meses del parto, pero no con el desarrollo cognitivo o motor. En otro estudio más reciente los recién nacidos de madres con mucha ansiedad pasaban más tiempo profundamente dormidos, y menos tiempo en alerta activa y cambiaban más de estado y puntuaban peor en la Escala de Brazelton.

El estudio de la Universidad de Utrecht incluyó a un total de 230 mujeres embarazadas nulíparas que fueron evaluadas desde la semana 15 del embarazo en sucesivas ocasiones y a lo largo de los primeros meses de vida del bebé. Además de una serie de test psicométricos se recogió la concentración de cortisol en saliva materna las tres veces en el embarazo. Se encontró una relación significativa entre el miedo al parto, el miedo a tener un hijo enfermo y el estrés percibido con la disminución de la afectividad en los lactantes a los 3 y 8 meses. Igualmente el nivel de cortisol materno a las 24 semanas predice las alteraciones en la adaptación de los lactantes a los 3 y 8 meses de edad. El tener mucho miedo al parto en la segunda mitad del embarazo se asociaba con una disminución de hasta ocho puntos el puntaje en las escalas de desarrollo mental y motor a los ocho meses de vida.

Un estudio posterior realizado en los mismos niños a la edad de cuatro años se les midió el cortisol en la saliva en el primer día del colegio y

antes de poner una vacuna: los hijos de madres que habían tenido más estrés en el embarazo tenían niveles más altos de cortisol.

El estudio ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) ha sido el estudio de seguimiento más importante por su magnitud y que ha confirmado el efecto tan duradero que tiene la ansiedad en el embarazo sobre el desarrollo del niño. Se trata del seguimiento de una cohorte de embarazadas del condado británico de Avon desde el año 1992 hasta la fecha.<sup>12</sup>

Lo que se ha encontrado es que la ansiedad materna en la semana 32 alta predecía problemas graves de conducta en niños. En los chicos la ansiedad materna prenatal se asoció con hiperactividad y déficit de atención a los cuatro años (cosa que no sucedió con la depresión posparto).

A los seis y siete años los niños de madres que habían tenido ansiedad en el tercer trimestre seguían mostrando más problemas de conducta y alteraciones emocionales después de controlar el efecto de los aspectos obstétricos, psicosocial y ansiedad y depresión posparto.

El efecto a los 7 años era similar al observado a los 4 años, lo que concuerda con el efecto prolongado observado en los estudios de animales. Concluyen que hay evidencia del efecto programación del estrés prenatal en el desarrollo del feto que dura al menos hasta la mitad de la infancia. Además se observó que el efecto de la ansiedad materna es diferente en distintos momentos del embarazo, así niveles altos de ansiedad materna en la semana 18 se asocian con una mayor incidencia de zurdos o problemas de lateralidad independientemente de otros factores, lo que sugiere que probablemente haya diferentes mecanismos patogenéticos en distintos momentos del embarazo. Esto es consistente

---

<sup>12</sup> Ídem.

con el hallazgo de que en el feto humano el eje HHS no comienza a funcionar hasta la mitad del embarazo.

En otro estudio prospectivo se observa que al llegar a la adolescencia los hijos de madres que han tenido alta ansiedad en la primera mitad del embarazo presentan una mayor impulsividad y una menor puntuación en las escalas del WISC, es decir, un menor cociente intelectual.

Las implicaciones de estos hallazgos son variadas y suponen un cambio de perspectiva: antes se pensaba que las complicaciones obstétricas eran una *causa* de futuros problemas mentales, ahora se piensa que son en realidad *consecuencia* de unos trastornos afectivos o de ansiedad prenatal. Igualmente supone que algunos de los efectos que se atribuían a la depresión posparto pueden ser consecuencia del estrés prenatal.<sup>13</sup>

## **2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

La siguiente fundamentación se sustentara bajo un enfoque integrativo por que se han considerado valiosas aportaciones al tema investigado en las distintas teorías.

### **DEFINICIÓN DE ANSIEDAD**

La ansiedad tiene multitud de definiciones. Los elementos comunes a la experiencia de la ansiedad abarcan estos descriptores: un estado emocional tenso caracterizado por una diversidad de síntomas simpáticos, como dolor torácico, palpitaciones y disnea; un estado poco placentero y doloroso de la mente que anticipa algún mal; la aprensión o el miedo patológicos; las dudas propias de la naturaleza y el peligro.<sup>14</sup>

La creencia en la realidad sobre la naturaleza y el peligro; la creencia en la realidad de la amenaza, y periodos con menor capacidad de

---

<sup>13</sup> Albert E. Reece, John C. Hobbins (2010). Obstetricia Clínica.

<sup>14</sup> Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S., *et al* (1993) Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ*, 307, 235-239

afrontamiento. En circunstancias normales, el sistema nervioso humano se encuentra preparado para advertir y movilizar al individuo en una de tres direcciones frente a una amenaza objetiva y físicamente peligrosa. Podemos luchar (atacar o defendernos de la fuerza o del objeto temido), huir (abandonar el campo) o quedarnos bloqueados (paralizados).<sup>15</sup>

Sin embargo, el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro objetivo real. En otras palabras, la persona con un trastorno de ansiedad ve la amenaza y reacciona a ella, pese a su inexistencia. Para dejar claro este aspecto diferenciamos el miedo, que definimos como una respuesta a un estímulo con una validez medrosa consensuada, y la ansiedad, una respuesta de índole más idiosincrásica. Así, una persona puede sentir ansiedad por volar en un avión. Muchos otros podrían rechazar el vuelo por razones similares, por el rechazo se consideraría una respuesta de ansiedad, por cuanto muchas personas vuelan con mayor o menor dificultad.

Aunque la ansiedad es una experiencia humana universal y, desde luego, una emoción humana corriente, su evocación no implica necesariamente la presencia de un trastorno con repercusión clínica.

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) es bastante explícito acerca de la definición de un trastorno conceptualizado como un síndrome o un patrón conductuales o psicológicos con repercusión clínica: se acompaña de malestar (síntoma doloroso) o discapacidad (alteración de una o más áreas funcionales importantes) o de un riesgo

---

<sup>15</sup> Lou, H. C., Hansen, D., Nordentoft, M., *et al* (1994) Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 826-832

significativamente elevado de muerte, dolor, incapacidad o pérdida importante de la libertad.<sup>16</sup>

El término de trastorno ansiedad generalizada (TAG) surgió en la nosología psiquiátrica en 1980 cuando la American Psychiatric Association (APA) decidió diferenciarlo por primera vez del trastorno de angustia en la tercera edición del manual diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSMIII), poco después de los resultados obtenidos en 1962 por Klein y Fink en lo que se demostraba una clara diferencia en la respuesta de los trastorno de ansiedad a la imipramina. Hasta entonces, los trastornos de ansiedad habían permanecidos más o menos unificados bajo la denominación de “neurosis de angustia”, término acuñado por Freud en 1895. En la versión revisada en 1987 del DSM-III (DSM-III-R) se intentó delimitar mas esta entidad, permitiendo la posibilidad de establecer un diagnostico psiquiátrico adicional en el eje I, incluido otros trastornos de ansiedad.

La sintomatología esencial quedo definida como ansiedad y preocupación no realista o excesiva (expectación aprensiva) sobre dos o más circunstancias vitales, que se presentan a mayor parte de los días durante un mínimo de 6 meses; era preciso que se cumplieran 6 de los 18 síntomas propuesto; de este modo, gran número de pacientes pertenecientes al TAG no podían ser diagnosticados del mismo por no cumplir algunos de los criterios.

Quizás fue esa la razón por la que la organización mundial de salud “OMS” introdujo en la clasificación internacional de enfermedades (CI10) “trastorno de ansiedad generalizada” sin someterlos a estos criterios restrictivos, definiendo como características esencial el padecimiento de una ansiedad generalizada y persistente que no se limita y no predomina en ninguna circunstancial ambiental en particular.

---

<sup>16</sup> (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson

La cuarta edición del DSM (DSM-IV) publicada en 1996, define al TAG como una ansiedad y una preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades durante la mayoría de los días durante al menos un periodo de 6 meses. La preocupación es difícil de controlar y está asociada a síntomas somáticos como tensión muscular irritabilidad, dificultad para dormir e inquietud.<sup>17</sup>

La ansiedad es difícil de controlar, es estresante de una manera subjetiva, produciendo deterioro en áreas importantes de la vida personal.

Tanto la edición de CI-10 como la del DSM-IV liberalizan los criterios diagnósticos, lo cual permite incluir un mayor número de pacientes.

### **Criterios para los diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV)**

#### **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]**

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

(1) inquietud o impaciencia

(2) fatigabilidad fácil

(3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

(4) irritabilidad

(5) tensión muscular

(6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

---

<sup>17</sup> (1996). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.<sup>18</sup>

## **FACTORES PSICOSOCIALES**

Las principales corrientes de pensamientos que han abordado los factores psicosociales implicados en la génesis del TAG son la cognitivo-conductual y la psicoanalítica.

## **TEORIAS PSICODINAMICAS**

En 1894, Freud propuso que la ansiedad era el resultado de una reacción de la memoria inconsciente ante el peligro real e imaginarios en su mayor parte relacionados con deseos infantiles. Se trataba de una respuesta

---

<sup>18</sup> *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm-iv-tr*. Barcelona: Masson.

fisiológica que provenía de la transformación y acumulación de tensión sexual (libido) que no había sido descargada. En 1926, revisó de nuevo su teoría y acabó proponiendo que no era la represión del impulso lo que produce ansiedad, sino que es la ansiedad la que conduce a la represión del instinto. También estableció la distinción entre miedo y ansiedad; el miedo esta provocado por peligros reales, mientras que la ansiedad se basa en fantasías inconscientes originados en peligros imaginarios percibidos en época de la infancia. Señaló que los medios pueden ser exagerados y ser el resultado de un desplazamiento de la ansiedad, explicando así el origen de las fobias. <sup>19</sup>

La ansiedad puede relacionarse, en un nivel de desarrollo más primario, con el miedo a la aniquilación o a la fusión con otra persona; en otro más maduro, se genera tras la separación del objeto amado y, en el nivel de desarrollo superior, con la perdida de amor de un objeto importante. La angustia de castración se relaciona con el complejo de Edipo; la angustia del superyó, resultado de no alcanzar las expectativas generales en la infancia y que se asocia con los propios valores, es la forma más madura de ansiedad.

## **TEORIAS CONDUCTISTAS**

La teorías del aprendizaje postula que la ansiedad está condicionada por el miedo a estímulos ambientales específicos, según se desprenden de la formulación de Waston Y Rayner (1920) relacionada con el condicionamiento clásico (16).

Para Eysenck, los síntomas neuróticos no son sino patrones aprendidos de conducta por procesos de condicionamiento clásico pavloviano, de la misma naturaleza que los que generan la conducta normal y que se mantienen en contra de la esperada extinción, porque la ansiedad acaba por reforzar la asociación estímulo condicionado- respuesta condicionada

---

<sup>19</sup> Alonso, Armando; Recuperado el 1 de mayo del 2013; Desde: <http://www.monografias.com/trabajos89/conceptualizacion-trastorno-panico/conceptualizacion-trastorno-panico.shtml>

(17). Estas teorías resultan sobre todo útiles para explicar las conductas fóbicas y de evitación.

## **TEORIAS COGNITIVAS**

Las personalidades neuróticas presentan patrones cognitivos peculiares, caracterizados por una visión amenazante de la realidad externa, lo que acaba provocando estados de ansiedad agudos o crónicos. Epstein (1972) define la ansiedad como un estado desagradable de excitación difusa (arousal) que sigue a la percepción de una amenaza. BECK, en esta misma línea, explica la creación de círculos viciosos entre la cognición, la ansiedad y los síntomas físicos; aunque acepta una participación significativa de la predisposición individual en la génesis del trastorno (18). Las teorías cognitivas, si bien son orientativas para comprender la etiopatogenia de la angustia resultan insuficientes porque no aclaran como se genera un estilo cognitivo ni si este antecede o sigue al inicio del estado ansioso.<sup>20</sup>

## **EMOCIONES**

Según el Diccionario de la Lengua Española, una emoción es un “estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos, que produce fenómenos viscerales que percibe el sujeto emocionado y con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión”.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES**

“Todas las emociones son, en esencia, impulsos que nos llevan a actuar, programas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución”.<sup>21</sup>

En toda emoción hay implícita una tendencia a la acción. Se decía anteriormente que el término “Emoción” proviene del latín “moveré” que significa moverse o “movimiento hacia”.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup>SusanClonninger(2008).Teorías de la Personalidad. Pág.469

<sup>21</sup> Goleman, Daniel(2000) ; Inteligencia Emocional; Recuperado el: 3 de Mayo del 2013; Desde: <http://www.slideshare.net/valentynaenator/inteligencia-emocional-daniel-goleman>

Sólo en el mundo de los adultos encontramos esa extraña anomalía del reino animal, en que las emociones o impulsos básicos que nos llevan a actuar parecen separados de las reacciones. El enojo aumenta el ritmo cardíaco y el número de hormonas que, como la adrenalina, generan la energía necesaria para acometer acciones no solo vigorosas sino violentas. El miedo es la sensación de “quedarse frío”, sin respiración, se palidece, las piernas favorecen la huida, el cuerpo parece paralizarse para calibrar la respuesta más adecuada entre huir u ocultarse. Las conexiones nerviosas de los centros emocionales del cerebro desencadenan una respuesta hormonal que pone al cuerpo en estado de alerta sumiéndolo en la inquietud mientras la atención se fija en la amenaza.

La felicidad consiste en el aumento en la actividad de un centro cerebral que se encarga de inhibir los sentimientos negativos y aquietar los estados de preocupación. Proporciona al cuerpo un reposo, un entusiasmo y una disponibilidad para afrontar cualquier tarea.

El amor, los sentimientos de ternura y la satisfacción sexual activan el sistema nervioso parasimpático que ligada a la respuesta de relajación engloba un amplio conjunto de reacciones que implican a todo el cuerpo y dan lugar a un estado de calma que favorece la convivencia.

La sorpresa frente a un acontecimiento inesperado aumenta el campo visual y entra más luz en la retina lo que permite más información facilitando el descubrimiento de lo que realmente ocurre y elaborando en consecuencia el plan de acción más adecuado. El gesto para expresar desagrado parece ser universal y transmite el mensaje de algo repulsivo para el gusto o para el olfato.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Pérez, Regina(2008); Estudio Cognitivo-contrastivo de Las Metáforas Del Cuerpo: Análisis Empírico

<sup>23</sup> Osha,(2002); Emociones : libres del miedo, los celos y la ira

Descartes recuerda a Faulkner, cuando le dice a sus compañeros escritores que han olvidado los problemas del corazón en conflicto consigo mismo, que es lo único que hace escribir bien, les pide que no dejen espacio en sus talleres “para nada que no sean las viejas realidades y verdades del corazón, las viejas verdades universales que si faltan en un relato lo hacen efímero Osha,(2002); Emociones : libres del miedo, los celos y la ira”.<sup>24</sup>

La emoción, el sentimiento y la regulación biológica desempeñan su papel en la razón humana. Los niveles inferiores en el edificio neural de la razón son los mismos que regulan el procesamiento de las emociones, junto con las funciones corporales para la supervivencia de un organismo.

Las emociones sirven de guía externa y nos ayudan a comunicar a las demás señales que también pueden guiarle. Los sentimientos no son intangibles ni esquivos son tan cognitivos como otras percepciones “son el resultado de una disposición fisiológica curiosísima que ha convertido el cerebro en la audiencia cautiva del cuerpo”.<sup>25</sup>

### **Clasificación de Goleman**

**Goleman (2000)** denomina “primarias” a algunas emociones y sus familias son las siguientes:-Ira: rabia, enojo, resentimiento, furia, exasperación, indignación, acritud, animosidad, irritabilidad, hostilidad y, en caso extremo, odio y violencia.-Tristeza: aflicción, pena, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desesperación y, en caso patológico, depresión grave.-Miedo: ansiedad, aprensión, temor, preocupación, consternación ,inquietud, desasosiego, incertidumbre, nerviosismo, angustia, susto, terror y en caso de que sea psicopatológico, fobia y pánico.

---

<sup>24</sup> Faulkner(2012); Recuperado el: 2 de abril del 2013; Desde: <http://santuario.turegano.net/category/william-faulkner/> y lo condenan: el amor, el honor, la piedad, el orgullo, la compasión, el sacrificio”.<sup>24</sup>

<sup>25</sup> Espinosa, Cinto(2011); La comunicación es vida

Alegría: felicidad, gozo, tranquilidad, contento, deleite, beatitud, diversión, dignidad, placer sensual, estremecimiento, raptó, gratificación, satisfacción, euforia, capricho, éxtasis y, en caso extremo, manía.-Amor: aceptación, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración, enamoramiento y ágape.-Sorpresá: sobresalto, asombro, desconcierto, admiración.-Aversión: desprecio, desdén, displicencia, asco, antipatía, disgusto y repugnancia.-Vergüenza: culpa, perplejidad, desazón, remordimiento, humillación, pesar y aflicción.

### **COMPONENTES DE LAS EMOCIONES**

Que más propio que avanzar en este tema en cuanto las partes componentes de las emociones. Intentaremos analizar los elementos de tan peculiares conductas. La comunidad científica ha llegado al consenso en la multidimensionalidad de la emoción.

“En la teoría de los tres sistemas de respuesta emocional cognitivo, motor y fisiológico, los tres tienen sistemas de activación que funcionan independientemente, resultando finalmente como responsable la situación que provoca el estado emocional<sup>26</sup>.”

Existen cinco componentes en las emociones<sup>27</sup>:

- El procesamiento cognitivo de los estímulos vinculado con la evaluación del contexto y en donde se producen los requerimientos para la emoción.
- Procesos neurofisiológicos. Regulación del sistema.-Tendencias motivacionales y conductuales.
- Preparación para la acción.
- Expresión motora.

---

<sup>26</sup> Lang (1984) y (Michael A Hogg. Graham M. Vaughan, 2008)

<sup>27</sup>ídem

### **Características conductuales de las emociones.**

La expresión en las emociones corresponde al componente conductual y se puede manifestar de manera motora, gestual o con expresiones verbales. Cada emoción conlleva una expresión o una asociación de las tres. También los sentimientos derivados de las emociones les corresponde una manifestación conductual en forma de actitud física y expresión verbal, así como un componente cognitivo: pensamientos, creencias, atribuciones y razonamientos que los sustentan y dirigen. Por ejemplo, la alegría suscita comentarios relativos a lo bien que ha resultado.

Algo o a las circunstancias que lo han provocado; la ira, por ejemplo, provoca contenidos verbales de amenaza, descalificación o de agresión; la expresividad se inhibe cuando hay tristeza; el miedo puede inhibir la expresión verbal o llevar a los gritos o a la verbalización de interjecciones para pedir auxilio o socorro. Las normas de cada cultura regulan la expresión social de las emociones. Las conductas no verbales también acompañan a las emociones.

### **Cómo se producen las emociones**

Existen diversos procesos por los cuales nos emocionamos. Según Mandler (1985), cuando un esquema no encaja con la experiencia (enfoque constructivista) provoca una activación del sistema nervioso vegetativo. La experiencia emocional se produce por la activación vegetativa y la valoración cognitiva. Según Lazarus (1991) la evaluación primaria y secundaria interviene en la valoración de la emoción.<sup>28</sup>

**La evaluación primaria determina** las consecuencias que se derivan de la situación emocional vivida que pueden ser irrelevantes afectivamente ya sean favorables o estresantes (daño, pérdida, miedo...)

---

<sup>28</sup> Ruano,kiki(2004);la influencia de la expression corporal sobre las emociones:un estudio experimental; recuperado el 5 de junio del 2013; desde:[http://oa.upm.es/451/1/KIKI\\_RUANO\\_ARRIAGA.pdf](http://oa.upm.es/451/1/KIKI_RUANO_ARRIAGA.pdf)

**La evaluación secundaria determina** si se tiene la suficiente competencia personal para saber qué hacer (relajarse, tranquilizarse, actuar, contenerse, huir, etc.) para afrontarla. Todo este proceso se realiza en un tiempo muy breve. Las emociones se manifiestan como alteraciones súbitas, rápidas e intuitivas de nuestro estado de ánimo que experimentamos casi sin darnos cuenta.<sup>29</sup>

Son provocados por las ideas, recuerdos y acontecimientos que producen en nosotros reacciones rápidas en función de lo que sentimos en ese momento. Goleman (2006, p.93) declara que “la corteza orbito frontal conecta directamente neurona a neurona tres grandes zonas: la corteza cerebral (o cerebro pensante), la amígdala (el centro desencadenante de muchas reacciones emocionales) y el tronco cerebral (es decir la región reptiliana, que controla nuestras respuestas automáticas). Esta estrecha conexión sugiere la existencia de un vínculo rápido y poderoso que facilita la coordinación instantánea entre el pensamiento, sentimiento y la acción.

El cerebro actualiza el pasado en función de nuestros intereses y preocupaciones presentes. Al nivel celular recuperar un recuerdo significa re consolidarlo. Es decir, se modifica porque recibe una nueva síntesis proteica que nos permite almacenar ese recuerdo pero actualizado. Cada vez que evocamos un recuerdo se reorganiza su misma configuración química hasta el punto que la próxima vez que lo evoquemos volverá tal y como se vio modificado.

La emoción producida da paso a un estado de ánimo que denominamos sentimiento. Los sentimientos de frustración o impotencia, por ejemplo, de tristeza ocasionada por una mala noticia. Cuando se prolonga en el

---

<sup>29</sup> Stella Betancourt; Estrategias de enseñanza y aprendizaje que desarrollan competencias socioemocionales tesis doctoral; Recuperado el: 6 de mayo del 2013; Desde:<http://es.scribd.com/doc/60537835/41/Como-se-producen-las-emociones>

tiempo, decimos que suscita un sentimiento. Nos emocionamos respondiendo a amenazas de las situaciones que tienen que ver con la supervivencia o la integridad personal como en el caso de las emociones de miedo. El miedo es una de las emociones básicas o universales. Es una reacción de defensa ante el peligro físico o psicológico como consecuencia de algo que nos resulta desconocido y que potencialmente no sabemos cuál puede ser su alcance.

Goleman en (1995) demostró los efectos de las emociones y de estados de humor a largo plazo. Las tres grandes emociones negativas (ansiedad, estrés y depresión) tienen tóxicos efectos sobre la salud. Y las emociones positivas (estar alegre, sentirse feliz, ilusionado, optimista, reír) tienen efectos curativos pudiendo cambiar el curso de una enfermedad.

## **2.4 FUNDAMENTACION LEGAL**

### CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

#### ARTICULOS RELACIONADOS A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA

##### **Sección séptima**

##### **Salud**

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

##### **Sección cuarta**

## **Mujeres embarazadas**

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

## **RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR**

### **Capítulo primero**

#### **Inclusión y equidad**

Art. 363.- El Estado será responsable de:

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

#### **De los derechos de parturientas, fetos y recién nacidos:**

Derecho a un embarazo, parto, nacimiento y post-1. Parto respetados y con:

- El personal y medios idóneos para la atención prenatal y la asistencia durante la labor, el parto y el post-parto.
- Tecnología y procedimientos adecuados culturalmente, usados de manera apropiada, con el consentimiento informado, de tal manera que éstos no se utilicen en forma rutinaria e indiscriminada.
- Acceso equitativo a servicios prenatales, obstétricos y neonatales, con calidad y calidez, respetando las particularidades culturales locales.
- Servicios de salud integrales que brinden educación, preparación y asesoría durante el embarazo, posparto y lactancia.

- Un sistema público y privado de salud, de seguridad social y medicina pre pagado, que brinden cobertura de atención en el lugar donde la mujer y su familia elijan: hospital, centros de salud, clínicas, maternidades, casas de partos o en su domicilio.

**2. Derecho a libre acceso a la información y a ser debidamente notificadas sobre:**

- Sus derechos;
- La fisiología materna, del feto y del recién nacido;
- Rutinas y sistemas de atención, índices de cesáreas, episiotomías, uso de anestésicos y medicamentos en general, etc., durante el embarazo, parto y posparto, tanto de la gestante como del neonato.
- Criterios y alternativas en la atención del parto y posparto.
- Criterios y alternativas en la recepción del neonato.
- 

**3. Derecho a decidir sobre:**

- Su propio cuerpo y sobre la aplicación de los procedimientos a ser utilizados durante el embarazo, labor de parto, parto y postparto.
- La(s) persona(s) que le acompañen, familiar y/o profesional, durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y posparto.
- El lugar donde dar a luz, ya sea domicilio, consultorio, casa de partos, hospital, clínica o maternidad.
- Los procedimientos a ser realizados sobre su hija/o recién nacido, a través de un conocimiento informado.
- La manera de llevar su labor de parto, sea caminando, bailando, en el agua, comiendo, bebiendo, paseando, acostada o durmiendo, o cualquier otra forma que ella decida, etc.
- La posición para parir: sentada, semi-sentada, parada, en cuclillas, etc.

**4. Derecho a expresar libremente las emociones: jadeando, gritando, riendo, llorando, gimiendo, etc.**

## **5. Derecho del recién nacido a:**

- Permanecer junto a su madre, desde el instante del nacimiento, de forma permanente durante las 24 horas del día, aún si lo tienen que examinar, favoreciendo el alojamiento permanente conjunto de la díada madre-hijo.
- Ser tratado con respeto y amor. El recién nacido tiene derecho a no ser sometido a prácticas y procedimientos rutinarios y agresivos, en la mayoría de los casos innecesarios como: el corte inmediato de cordón, la aspiración de secreciones, la sonda oro-naso gástrica, la sonda anal, circuncisión, etc.
- Ser amamantado desde el instante del nacimiento y a no recibir suministro de soluciones glucosa das ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes.

### **2.5.- HIPOTESIS**

¿Si se disminuye los niveles de ansiedad previa al parto se evitaran problemas emocionales posteriores?

### **2.6.-SEÑALAMIENTOS DE LAS VARIABLES**

**2.6.1 Variable independiente:** ansiedad previa al parto

**2.6.2.-Variable dependiente:** Consecuencias Emocionales

## **CAPÍTULO III.**

### **3.1.-METODOLOGÍA**

En este capítulo se presenta la metodología que se utilizó para realizar la investigación, la cual permitió estudiar la problemática planteada tomando en cuenta los siguientes aspectos:

#### **3.1.1.-Diseño de la investigación**

En la relación del presente trabajo de investigación está orientada en el enfoque cuanti-cualitativo. Cuantitativo porque los resultados están sometidos a análisis estadísticos y cualitativos porque se buscó establecer las causas reales que provocan la ansiedad previa al parto y sus consecuencias emocionales en mujeres del hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta área de gineco-obstetricia donde se hizo mayor énfasis en lo cualitativo y se reforzó lo cuantitativo.

#### **1.2 Nivel o tipos de investigación**

Se trató de un estudio no experimental, descriptivo, muestreo por conveniencia. Este estudio posee valor documental teórico, pues permite describir resultados propios para la institución hospitalaria. Y así bajar los niveles de ansiedad que presenten las mujeres previa a labor de parto y de esta forma elaborar estrategias de prevención e intervención para afrontar esta problemática en las mujeres que presenten este tipo de patología.

#### **3.2.1.-Investigación de campo**

Este trabajo se realizó en el área de gineco-obstetricia del hospital Rafael Rodríguez Zambrano. También se utilizó técnicas de investigación como: la observación, encuesta, entrevista y reactivos psicológicos, para su análisis comparativo.

### **3.2.2.-Investigación documental.**

Se recurrió a fuentes primarias con la revisión de datos existentes, en la institución, además se buscó información con los esposos y familiares También se obtuvo datos en las fuentes secundarias como son: libros, videos, revistas, enciclopedias y páginas académicas del internet que nos brindaron información sobre el tema investigado.

## **1.3.- METODOS**

**3.3.1. EMPIRICO.-** Esta investigación fue sometida a comprobación empírica mediante la aplicación de entrevista, encuesta y test de ansiedad y emociones.

### **3.3.2. TEÓRICO.**

- ✓ **METODO ANALITICO.-** es analítico porque permitió analizar cada una de las partes que comprenden el objeto de estudio comprendiendo la naturaleza de la ansiedad previa a la labor de parto y como este incide en las emociones.
- ✓ **METODO SINTETICO.-** porque una vez analizado todas las partes que comprenden el objeto de estudio, este método permitió obtener una síntesis precisa y concisa del objeto en estudio.
- ✓ **METODO DEDUCTIVO.-** porque permitió obtener la información en primer lugar de manera general es decir desde los profesionales para luego obtenerla de forma particular es decir desde las mujeres que están previa a la labor de parto.
- ✓ **METODO INDUCTIVO.-** porque a través de este método se obtuvo la información adecuada partiendo de manera particular es decir desde las mujeres que están previa a la labor de parto para luego complementarla con la de los profesionales.
- ✓ **METODO BIBLIOGRAFICO.-** porque el marco teórico fue sustentado mediante la revisión de textos, artículos científicos, entre otros.

- ✓ **METODO ESTADISTICO.-** porque este método permitió analizar el análisis y comprensión de los resultados obtenidos a través de tablas y gráficos.

### **3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS**

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo se realizó entrevistas de campo a las madres que ingresan al área de gineco-obstetricia, y se aplicaran diversos tipos de baterías a ellas con el fin de determinar el nivel de ansiedad y las consecuencias emocionales existentes.

#### **3.4.1 TÉCNICAS**

Con el propósito de conseguir datos veraces y confiables en este trabajo investigativo se utilizaron como instrumento de apoyo las siguientes técnicas:

- Historias clínicas : para ver los datos de filiación
- Test de Beck para ver los niveles de ansiedad.
- Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson: para evaluar el estado emocional en las que se encuentran las mujeres después del parto.

**3.4.2.-INSTRUMENTOS.-** Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Formularios para entrevistas
- Cuestionario para test

### **3.5. POBLACION Y MUESTRA**

#### **3.5.1 POBLACION**

El presente trabajo de investigación se realizó: en el Hospital Rodríguez Zambrano en el Área de Gineco-obstetricia, cuya población de mujeres embarazadas es de 567 ingresos previa a la labor de parto, de las cuales 206 por parto normal y 361 por cesaría.

### 3.52 MUESTRA.

Los reactivos psicológicos fueron dirigidos a las mujeres previas a la labor de parto del área de gineco-obstetricia del Hospital Rodríguez Zambrano tomándose al azar.

También se usó entrevistas al ginecólogo de la misma área mencionada anteriormente.

### 3.2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Los reactivos psicológicos se aplicaron a 40 mujeres previas a la labor de parto representados en un 7% en total y se tomó al azar a la vez se efectuó una entrevista al ginecólogo del área de gineco-obstetricia.

## 3.6.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

### 3.6.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE: ANSIEDAD PREVIA AL PARTO

CONCEPTUALIZACION	CATEGORIAS	INDICADORES
Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar),	<ul style="list-style-type: none"><li>• Leves</li><li>• Moderadas</li><li>• Graves</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sudoración</li><li>• Mareo</li><li>• Fatiga</li><li>• Dolores de cabeza</li><li>• Molestias estomacales</li><li>• Ruborización</li><li>• Palidez</li><li>• Aumento en el ritmo cardiaco</li><li>• Elevación de la presión arterial</li><li>• Espasmos musculares</li><li>• Temblores generalizados</li><li>• Miedo a morir</li></ul>



## CAPITULO IV

### 4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI).

- ▶ Hormigueo o adormecimiento de extremidades

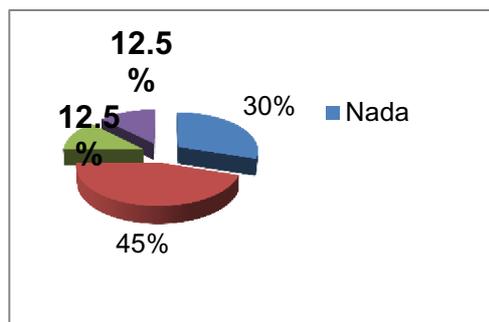
Cuadro N° 1

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	12	30
2	Ligeramente sin molestias significativa	18	45
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	5	12,5
4	Severamente casi insoportable	5	12,5
5	Total	40	100

Fuente: Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

Elaboración: Jorge Acebo y María Loor Briones

Grafico N°1



**ANÁLISIS:** De las cuarentas gestantes multiparas y primerizas en su test aplicado en su primer ítem denominado hormigueo o adormecimiento de extremidades; respondieron de la siguiente manera: 45% ligeramente sin molestias significativa; 30% nada; 12.5% en moderadamente muy desagradable pero soportable y severamente casi insoportable.

**INTERPRETACION:** Un 45% de las madres evaluadas para medir niveles de ansiedad se pudo determinar que sienten un ligero hormigueo y adormecimiento en sus extremidades, un 12.5% lo han sentido moderadamente pero soportable y severamente casi insoportable, evidenciando esto que en su totalidad la madre comienza a manifestar físicamente su malestar psicológico ante la situación que cause estrés en

ella, lo que quiere decir que esto de alguna forma puede ser molestia para la futura madre.

► **Oleadas de calor o Bochornos**

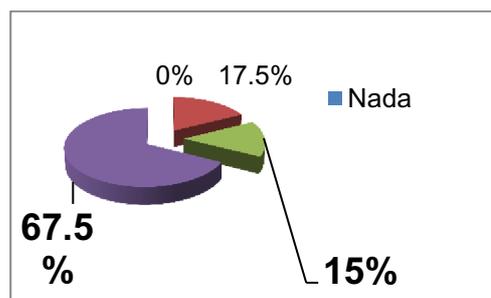
CUADRO N°2

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	nada	0	0
2	Ligeramente sin molestias significativa	7	17.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	6	15
4	Severamente casi insoportable	27	67.5
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

GRAFICO N° 2



**ANALISIS:** Dentro del grupo de las gestantes un 67.5 % manifestaron sentir Severamente casi insoportable, el 17.5% manifestaron sentir ligeramente sin molestias significativa, mientras el 15% manifestar sentir en forma moderada.

**INTERPRETACION:** La manifestación del calor o bochorno repentinos en las gestantes pueden causar molestias y tensión, incomodidad, lo cual se puede ver que el predominio es de 67.5% con severamente casi insoportable un 17.5% ligeramente sin molestias significativas y mientras un 15% manifiesta sentir moderadamente muy desagradable pero soportable.

► **Debilidad y temblor en las piernas.**

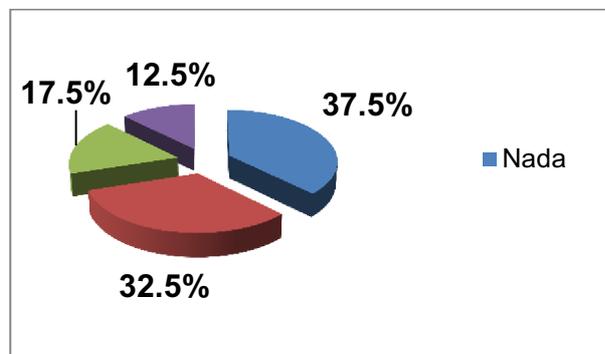
**CUADRO N°3**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	15	37.5
2	Ligeramente sin molestias significativa	13	32.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	7	17.5
4	Severamente casi insoportable	5	12.5
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N°3**



**ANÁLISIS:** Del 100% de las pacientes encuestadas un 37.5 % expresan no sentir temblor ni debilidad en las piernas mientras que un 32.5% dicen que lo sienten ligeramente sin molestias significativas, el 17.5% lo siente moderadamente muy desagradable pero soportable mientras que el 12.5% refieren sentir severamente casi insoportables.

**INTERPRETACIÓN:** Se evidencia en los resultados que un 37.5 % no sienten temblor ni debilidad en las piernas pero también un porcentaje considerable de 32.5% dicen que lo sienten ligeramente sin molestias significativas, el 17.5% lo siente moderadamente muy desagradable pero soportable mientras que el 12.5% refieren sentir severamente casi insoportables, en esta área se puede evidenciar que la diferencia entre estos resultados no es significativa ya que de alguna u otra forma el temor, aprensión manifiestan en las futuras madres, pudiendo incidir el mismo en el proceso de parto.

► **INCAPACIDAD DE RELAJARSE.**

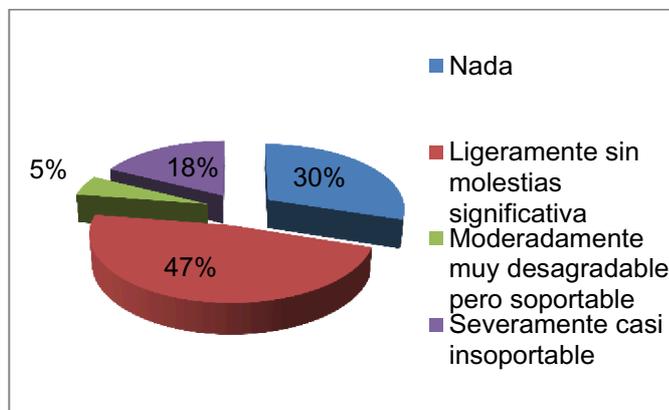
**CUADRO N°4**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	12	30
2	Ligeramente sin molestias significativa	19	47.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	2	5
4	Severamente casi insoportable	7	17.5
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N°4**



**ANALISIS:** De las pacientes investigadas un 47.5% manifiestan sentirse incapaces de relajarse ligeramente sin molestias significativas, el 30% expresa no sentirse incapaces de relajarse el 17.5% lo sienten severamente y mientras el 5% dice sentirlo moderadamente pero soportable.

**INTERPRETACION:** Según los datos obtenidos se puede interpretar que en su mayoría las gestantes sienten incapacidad de relajarse, estos datos son importantes ya que se puede verificar el malestar psicológico que las madres están sufriendo provocando en ella mucha incomodidad.

► **Temor a que sucediera lo peor.**

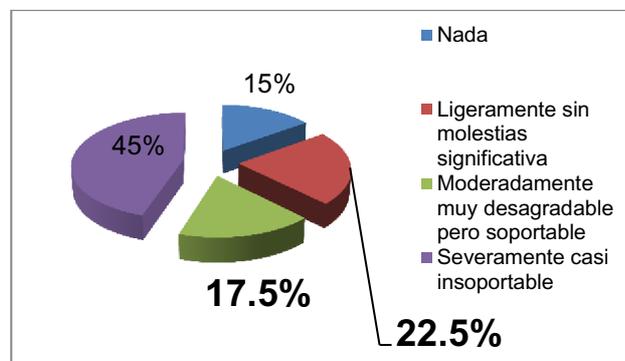
**CUADRO N° 5**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	6	15
2	Ligeramente sin molestias significativa	9	22.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	7	17.5
4	Severamente casi insoportable	18	45
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N°5**



**ANALISIS:** De acuerdo a la muestra un 45% manifiesta sentir el temor a que le sucediera lo peor severamente casi insoportable, el 22.5% expresa sentir temor a que le sucediera lo peor ligeramente, el 17.5% refiere sentir ese temor pero moderadamente, mientras que el 15% expresa a no sentir temor a que le sucediera lo peor.

**INTERPRETACION:** Se puede patentizar según los resultados adquiridos que en su mayoría las futuras madres, comienzan a sentir temores con respecto a lo que pueda suceder en el momento de la labor de parto, pudiendo esto repercutir para la prolongación o complicación del mismo.

► **Mareo O Ligereza De Cabeza.**

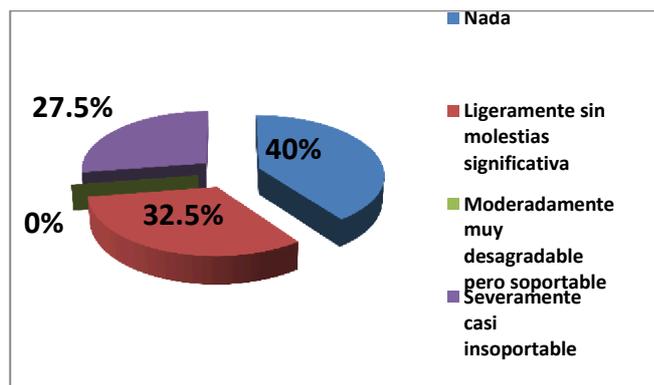
**CUADRO N°6**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	nada	16	40
2	Ligeramente sin molestias significativa	13	32.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	0	0
4	Severamente casi insoportable	11	27.5
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N°6**



**ANALISIS:** De la muestra tomada un 40% manifiesta no sentir este tipo de molestia, el 32.5% expresa sentir mareo o ligereza de cabeza pero ligeramente y mientras un 27.5%.

**INTERPRETACION:** De la muestra tomada un 40% manifiesta no sentir este tipo de molestia, el 32.5% expresa sentir mareo o ligereza de cabeza pero ligeramente y mientras un 27.5% estos resultados manifiestan que en el transcurso del tiempo la gestante comienza a manifestar sus miedos.

► **Palpitaciones O Taquicardia.**

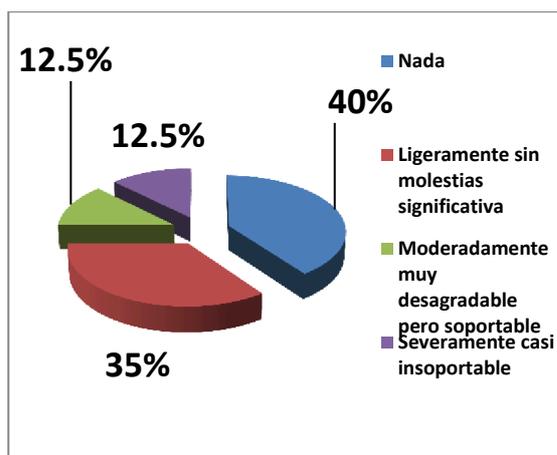
CUADRO N° 7

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	nada	16	40
2	Ligeramente sin molestias significativa	14	35
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	5	12.5
4	Severamente casi insoportable	5	12.5
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

GRAFICO N°7



**ANALISIS:** De las 40 gestantes un 40% manifestaron no sentir palpitations ni taquicardia mientras un 35% expresaron sentirlo ligeramente sin molestias significativa , el 12.5% dicen sentirlo moderadamente y el 12.5% severamente casi insoportable.

**INTERPRETACION:** El ser madre trae en ellas dudas e incertidumbre ya que es un cambio total en la vida de la misma, es por eso que ella va a nacer preocupaciones nuevas por lo mismo las madres investigadas el 35% sientes palpitations ligeramente. Y el 12.5 expresan sentirlo severamente casi insoportable muchas veces producidas por estos cambios y preocupaciones

► **Sensación de inestabilidad e inseguridad física.**

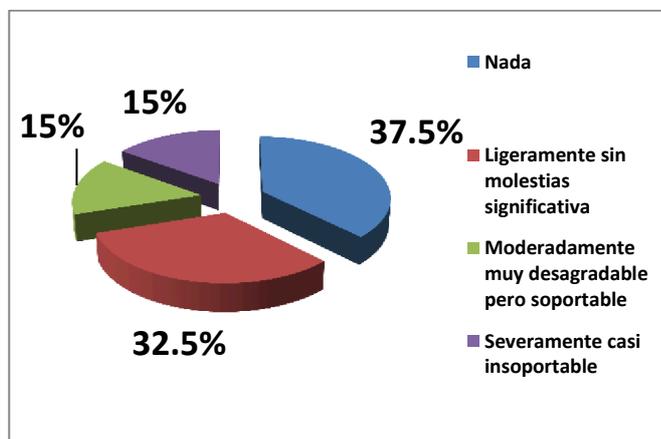
**CUADRO N° 8**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	15	37.5
2	Ligeramente sin molestias significativa	13	32.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	6	15
4	Severamente casi insoportable	6	15
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N°8**



**ANALISIS:** De las 40 pacientes investigadas un 37.5% manifestaron no sentir ninguna inseguridad e inestabilidad física, el 32.5% dice sentir ligeramente sin molestias, el 15% expresa sentir moderadamente y mientras el otro 15% lo siente severamente casi insoportable.

**INTERPRETACION:** En lo que se refiere a inseguridad e inestabilidad física se puede constatar un porcentaje importante el cual es un 32.5% sentía este tipo de manifestaciones en forma ligera moderadamente y severamente el 15% esto es notable y muy importante ya que se puede apreciar el nerviosismo en la mayoría de las personas.

► **Terror**

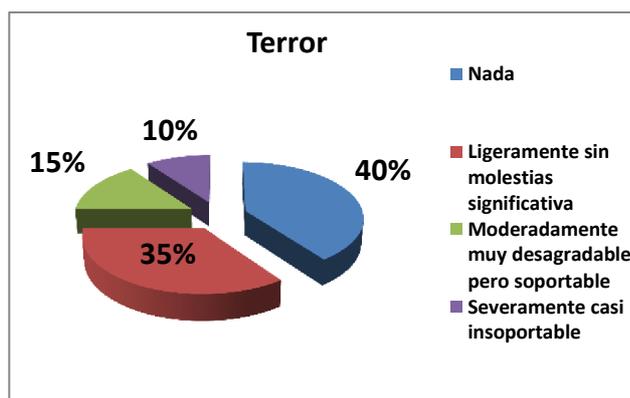
**CUADRO N°9**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	nada	16	40
2	Ligeramente sin molestias significativa	14	35
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	6	15
4	Severamente casi insoportable	4	10
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N°9**



**ANALISIS:** De la muestra investigada en lo referente a sensaciones de terror un 40% refirieron no sentir nada, un 35% sentirlo ligeramente, un 15% moderadamente, y un 10% severamente.

**INTERPRETACION:** En el 40% manifiestan no sentir terror, un 35% ligero, un 15% moderado y un 10% severo, las pacientes madres sienten un tipo de terror este se puede presentar ya que ellas en gran parte desconoce lo que puede suceder y el procedimiento del proceso que se pueda realizar durante la labor de parto.

## ► NERVIOSISMO

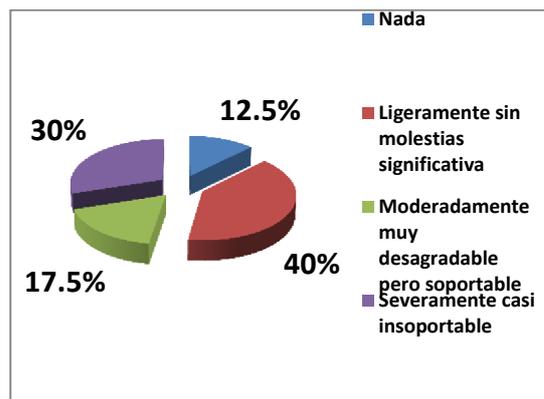
CUADRO N°10

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	5	12.5
2	Ligeramente sin molestias significativa	16	40
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	7	17.5
4	Severamente casi insoportable	12	30
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

GRAFICO N° 10



**ANALISIS:** Los datos arrojados en la muestra indican que un 40% sienten un ligero nerviosismo, un 30% expresa sentirse severamente, el 17.5% manifiesta sentirse de forma moderada mientras un 12.5% expresa no sentir nerviosismo

**INTERPRETACIÓN:** La sensación de nerviosismo es un estado pasajero en algunas veces de excitación nerviosa ante una situación que nos cause preocupación o tensión, al respecto con las neófitas este estado se presenta de forma continua es por eso que lo referente a la muestra el 40% sienten un ligero nerviosismo, un 30% expresa sentirse

severamente, el 17.5% manifiesta sentirse de forma moderada mientras un 12.5% expresa no sentir nerviosismo.

► **SENSACIÓN DE AHOGO**

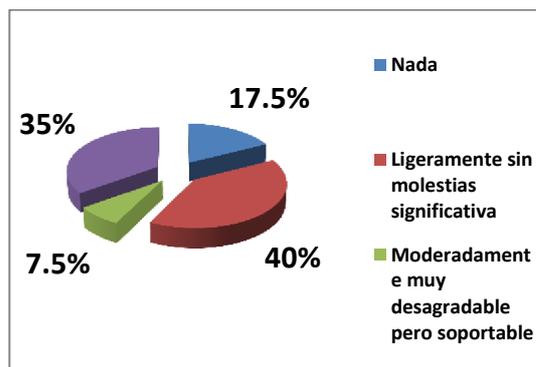
GRAFICO N°11

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	7	17.5
2	Ligeramente sin molestias significativa	16	40
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	3	7.5
4	Severamente casi insoportable	14	35
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

GRAFICO N° 11



**ANÁLISIS:** Un 40% de las pacientes que se le aplicó el reactivo psicológico, manifestaron tener sensaciones de ahogo ligeramente, el 35% dicen tenerla severamente el 17.5% expresa no sentir nada y mientras el 7.5% enuncia sentir severamente

**INTERPRETACION:** Aproximando al día las gestantes comienzan a sentir los síntomas de ansiedad que pueden causar incomodidad en la misma, según los resultados arrojados. Un 40% de las pacientes que se le aplicó el reactivo psicológico, manifestaron tener sensaciones de ahogo ligeramente, el 35% dicen tenerla severamente el 17.5% expresa no sentir nada y mientras el 7.5% enuncia sentir severamente.

► **Temblo de Manos**

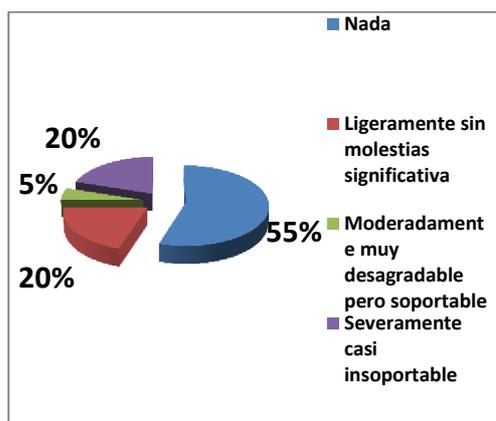
CUADRO N° 13

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	22	55
2	Ligeramente sin molestias significativa	8	20
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	2	5
4	Severamente casi insoportable	8	20
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

GRAFICO N°13



**ANALISIS:** Los datos arrojan que un 55% no sienten temblor en las manos, mientras que un 20% en forma ligera, un 5% de forma moderada, y un 20% no de manera severa.

**INTERPRETACION:** El temblor en las manos es un factor primordial para detectar si existen problemas de ansiedad o no según la muestra el 55% no sienten temblor en las manos, mientras que un 20% en forma ligera, un 5% de forma moderada, y un 20% no de manera severa.

► **Temblo Generalizado o Entrenamiento (Agitación)**

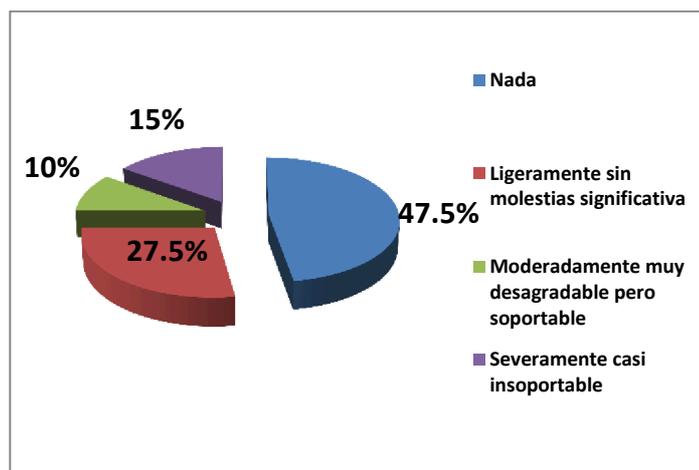
**CUADRO N°14**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	nada	19	47.5
2	Ligeramente sin molestias significativa	11	27.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	4	10
4	Severamente casi insoportable	6	15
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N° 14**



**ANALISIS:** Se evidencia que un 47.5% no sienten nada en lo que se refiere a agitación, un 37.5% ligeramente un 15% moderadamente, y un 10% severamente.

**INTERPRETACION:**

Se pudo contactar que el 47.5% no siente nada referente a lo de agitación pero si sienten ligeramente con un 37.5, mientras que un 15% es de manera moderada y de un rango severo de un 10%.

► **MIEDO A PERDER EL CONTROL**

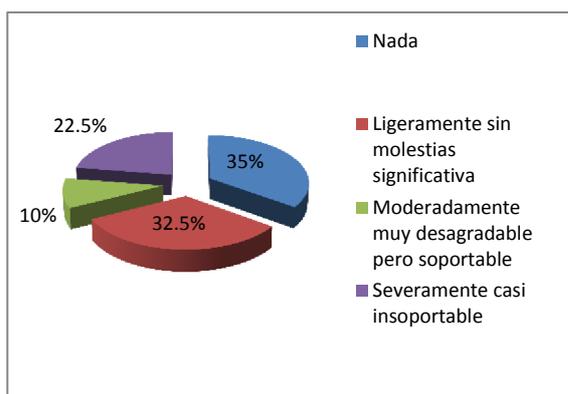
**CUADRO N°15**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	14	35
2	Ligeramente sin molestias significativa	13	32.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	4	10
4	Severamente casi insoportable	9	22.5
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N° 15**



**Análisis:** De las 40 pacientes un 32.5% expresan tener miedo a perder el control, mientras que un 35% manifiesta sentir estos síntomas ligeramente, un 22% severamente, y un 10% moderadamente.

**INTERPRETACION:** Miedo a perder el control ante situaciones estresantes en este caso puede complicar el proceso ya que la madre comienza a sentir sensaciones de inestabilidad y puede perjudicar así el desarrollo del transcurso de parto, un 32.5% expresan tener miedo a perder el control, mientras que un 35% manifiesta sentir estos síntomas ligeramente, un 22% severamente, y un 10% moderadamente. Este tipo de sensación con este miedo existente, es por ello importante evaluar el estado emocional de la madre y así saber la repercusión del mismo.

► **DIFICULTAD PARA RESPIRAR**

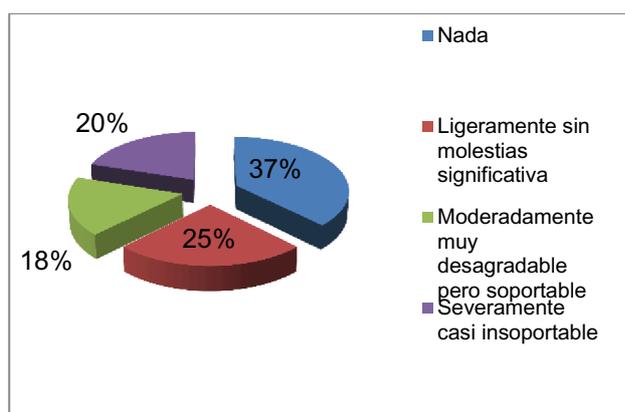
CUADRO N° 16

Orden	alternativa	frecuencia	%
1	Nada	15	37.5
2	Ligeramente sin molestias significativa	10	25
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	7	17.5
4	Severamente casi insoportable	8	20
5	total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

GRAFICO N° 16



**ANALISIS:** De la muestra expuesta un 37.5% refieren no sentir dificultad para respirar, un 25% sentirlo ligeramente, un 17.5% moderadamente, y un 20% severamente.

**INTERPRETACION:** El proceso normal donde los síntomas ansiosos pueden disiparse o Incrementar teniendo mucho que ver de las técnicas e información que haya obtenido durante la madre durante toda la etapa de gestación, por ello es Corroboradle por los datos obtenidos que 37.5 madres no tienen dificultad en la Respiración, pero un 25% madres refirieron sentir este malestar, Ligeramente EL 17% dice sentir estos síntomas severamente Moderado lo que quiere decir que es muy probable

que esos sentimientos de Opresión, suspiros frecuentes sean causa por la futura llegada del neonato.

► **MIEDO A MORIR**

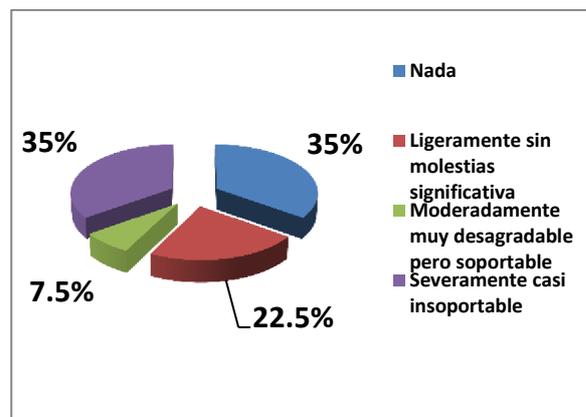
**CUADRO N° 17**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	14	35
2	Ligeramente sin molestias significativa	9	22.5
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	3	7.5
4	Severamente casi insoportable	14	35
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano "Área de gineco-obstetricia"

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N° 17**



**ANALISIS:** Del 100% el 35% manifestaron no tener miedo a morir, mientras que 35% casi severamente, un 22.5% ligeramente, y un 7.5% moderadamente.

**INTERPRETACION:** El temor a la muerte es una sensación que todo ser humano siente en algún momento de la vida, más aun cuando al pasar situaciones que causen miedo, temor, tensión, estos se incrementen y emerjan otro tipo de problemas, es por ello con respecto a la muestra que la futuras mamás experimenten frecuentemente esta situación, por lo mismo se puede constatar que un el 35% manifestaron no tener miedo a

morir, mientras que 35% casi severamente, un 22.5% ligeramente, y un 7.5% moderadamente.

► **SOBRESALTOS**

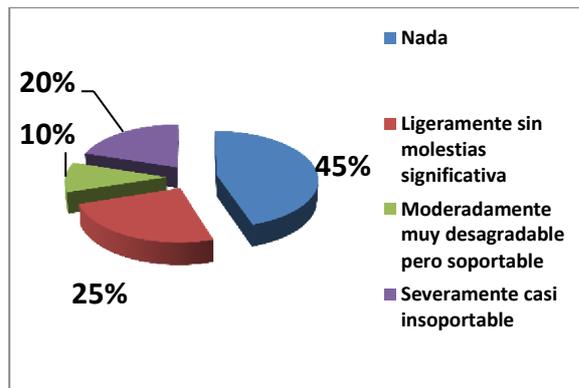
**CUADRO N° 18**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	Nada	18	45
2	Ligeramente sin molestias significativa	10	25
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	4	10
4	Severamente casi insoportable	8	20
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N° 18**



**ANALISIS:** Del 100% en lo que respecta en la última semana a sentido sobresaltos, un 45% expresaron no sentirlo, mientras que un 25% sentirlo en forma ligera y un 20% manifiesta sentirlo severamente y el 10% moderadamente.

**INTERPRETACION:** La sensación de temor, susto o inquietud que puede ser proveniente de un acontecimiento repentino e imprevisto, es decir desconocido, por ello un 45%refieren no sentir sobresaltos en ningún momento, el 25% manifestaron si sentirlo esta sensación y la

preocupación de cómo ir hacer el proceso de parto si influye de manera importante.

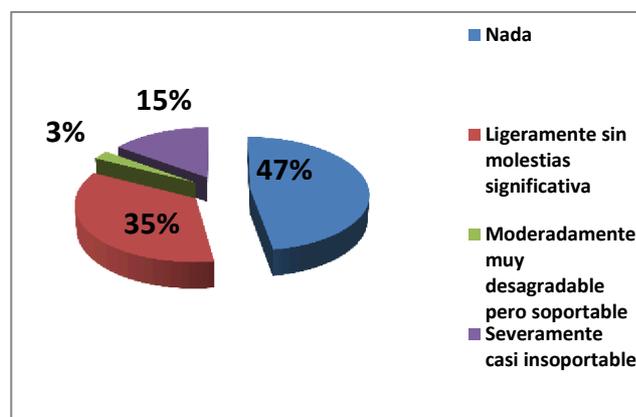
► **INDIGESTIÓN O MOLESTIAS ABDOMINAL**

**CUADRO N° 19**

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	nada	19	47.5
2	Ligeramente sin molestias significativa	14	35
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	1	2.5
4	Severamente casi insoportable	6	15
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia” **Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N° 19**



**ANALISIS:** Con respecto a si siente indigestión o molestias abdominales 47.5% manifestaron no sentirlo, un 35% una ligera molestia, un 15% severamente, y un 2.5% moderadamente.

**INTERPRETACION:** Es normal que durante la gestación sentir un tipo de malestar estomacal pero es preocupante cuando este se intensifica o incrementa o puede ir acompañado de otro síntomas que sean causados por algún de desconfianza o duda, siendo así que un 47.5% refirieron no sentir ninguna de estas molestias, pero un 35% al igual expresan si tener

este tipo de contrariedad pero ligeramente, el 15% severamente, y un 2.5% moderadamente.

► **SUDORACIÓN ( NO CAUSADA POR EL CALOR)**

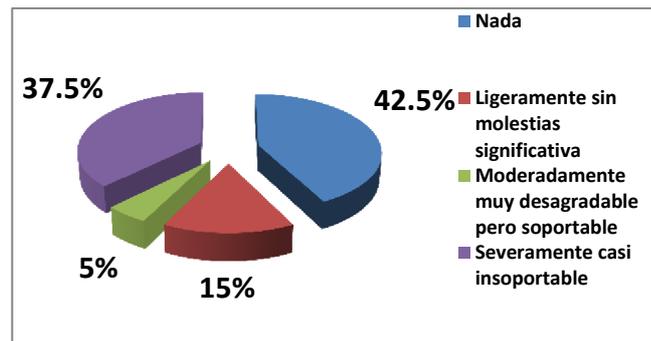
CUADRO N° 20

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	nada	17	42.5
2	Ligeramente sin molestias significativa	6	15
3	Moderadamente muy desagradable pero soportable	2	5
4	Severamente casi insoportable	15	37.5
	Total	40	100

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

GRAFICO N° 20



**ANALISIS:** Del grupo motivo de la investigación se evidencia que un 42.5% no presento sudoración no causada por el calor, el 37.5% manifiesta sentir estos síntomas el 15% dice sentirlo ligeramente, mientras que un 5% siente los síntomas moderadamente.

**INTERPRETACION:** Muchas veces la sudoración que no causada por el calor se presenta por estados de ánimo o situaciones estresantes por la cual la persona puede estar pasando, es por lo mismo que se puede evidenciar que un 57.5% en su gran mayoría se presenta este tipo de síntoma generado por la situación de la madre, mientras que un 42.5% dicen no sentirlo.

**RESULTADOS GENERALES DE LAS PUNTUACIONES DEL TEST APLICADO  
PARA LA MEDICIÓN DE LAS EMOCIONES**

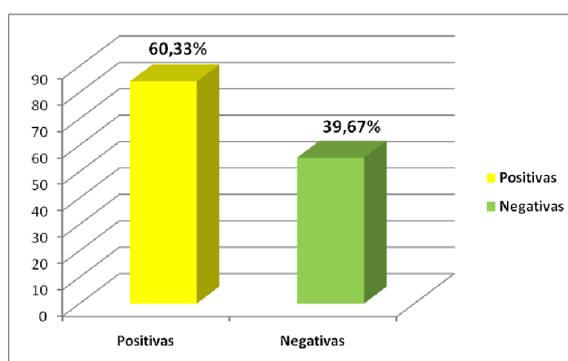
**CUADRO N° 21**

<b>ESCALA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON</b>		
<b>EMOCIONES</b>	<b>ESCALAS/PROMEDIOS</b>	<b>%</b>
Positivas	84,1	60,33
Negativas	55,3	39,67
<b>SUMA TOTAL</b>	<b>139,4</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hospital Rodríguez Zambrano “Área de gineco-obstetricia”

**Elaboración:** Jorge Acebo y María Loor Briones

**GRAFICO N° 21**



**ANALISIS:** De los resultados obtenidos en la escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson el resultado general de las puntuaciones son: 60,33% de las emociones positivas y un 39,67% de las emociones negativas.

**INTERPRETACION:** Los Resultados generales de las puntuaciones del test aplicado para la medición de las emociones nos indican que las emociones positivas prevalecen en las mujeres después de la labor de parto con un 60,33% en comparación a las negativas que dieron resultados de un 36.76% estos corrobora lo que dice Frederickson referente a las emociones que el ser humano vivencias más emociones positivas que negativas, estos nos indican que hay un resultado inversamente proporcional al reactivado aplicado por lo tanto no hay

incidencia en las emociones esto nos da lugar a garantizar la confirmación de la hipótesis no comprobada en el capítulo v.

## **CAPITULO V**

### **5.1.-COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS**

Por medio de la investigación realizada en el hospital Rafael Rodríguez Zambrano Manta, se logró obtener la información adecuada y pertinente, que luego de ser analizada e interpretado el cuadro 21 nos llevó a establecer qué la hipótesis planteada sobre; ¿Si se disminuye los niveles de ansiedad previa al parto se evitaran problemas emocionales posteriores?

Los resultados obtenidos en la Escala De Emociones Positivas Y Negativas De Fredrickson en el cuadro 21 indican que no afecta negativamente las emociones de las mujeres después del parto ya que es un resultado inversamente proporcional y no hay incidencia en las emociones a pesar de que las mujeres al 100% presentan ansiedad como lo demuestran los resultados obtenidos en el reactivo de beck.

### **5.2.-LOGROS DE OBJETIVOS**

Los objetivos que se plantearon fueron los siguientes:

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Disminuir los niveles de ansiedad previa a la labor de parto en mujeres de 16 a 30 años en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta en el periodo Enero hasta Abril del 2013.

#### **Objetivos Específicos**

- Se evidencio la existencia de ansiedad en las mujeres previa a la labor de parto de acuerdo al test aplicado de Beck.

- Se determinó que de acuerdo a la escala de emociones positivas y negativas de Fredickson que no hubo consecuencias emocionales después del parto.
- No se comprobó la hipótesis planteada y los resultados obtenidos no fueron a favor entonces no es viable la elaboración de una propuesta en base al problema planteado.

## CAPITULO VI

### 6.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al final del trabajo investigativo se puede concluir lo siguiente:

1. Como síntomas de ansiedad materna en las madres se encuentran la Preocupación, miedo, tensión, ambivalencia afectiva, descontrol emocional por el desconocimiento, confirmándose así que tanto de otras investigaciones como de este trabajo, donde lo mencionado anteriormente originan ansiedad, mostrándose estas en manifestaciones físicas lo cual puede alterar proceso del parto.
2. La detección de ansiedad materna en la muestra tomada de mujeres que cursaban un embarazo médico- psicológico aparentemente normal, permitió identificar que el 100% de las pacientes investigadas presenta ansiedad de algún tipo, así lo demuestran datos estadísticos con 30% ansiedad moderada, 50% ansiedad leve y 20% ansiedad severa de acuerdo al Inventario de Ansiedad de Beck pudiendo los mismos incrementar de forma considerable, siendo este un factor desencadenante de reacciones psicológicas frente a la labor de parto.
3. En cuanto a los Resultados generales de las puntuaciones del test aplicado para la medición de las emociones nos indican que las emociones positivas prevalecen en las mujeres después de la labor de parto con un 60,33% en comparación a las negativas que dieron resultados de un 36.76% estos corrobora lo que dice Frederickson referente a las emociones que el ser humano vivencias más emociones positivas que negativas, estos nos indican que hay un resultado inversamente proporcional al reactivado aplicado por lo tanto no hay

incidencia en las emociones esto nos da lugar a garantizar la confirmación de la hipótesis no comprobada en el capítulo.

4. En el trabajo investigado se identificó que la muestra presenta síndromes Ansiosos causando diferentes alteraciones en días antes, durante y después del proceso, siendo esto afectado tanto la madre como a su hijo, afectando en parte el desarrollo del vínculo madre e hijo, ya que muchas veces la ansiedad puede desencadenar depresión en el puerperio normal.

### **RECOMENDACIONES:**

1. La dificultad y exigencia de las tareas psicosociales del embarazo, justifican la necesidad de apoyo profesional a las mujeres, para superar inseguridades y problemas emocionales y así lograr una adecuada adaptación durante la gestación y el parto, conociendo y tomando en cuenta los elementos que conllevan a la aparición de la ansiedad materna en las mujeres, dados estas por muchos desconocimientos falsos o equívocos por terceras personas haciendo de esto un círculo vicioso de mal información.
2. Es importante una vez realizada la investigación mencionar que existe altos porcentajes que presenta ansiedad materna, siendo esto en parte producto de la escasa información que recibe y la falta de conocimiento y comprensión del mismo.
3. Procurar un trabajo adecuado e integral donde se inserte al servicio de salud mental, promoviendo así la importancia de La Psicología Clínica para la mejor comprensión de la futura madre, que abarque como un ser total, poniendo énfasis no solo en su estado físico sino también en su estado anímico, trabajando así en un equipo multidisciplinario y fomentando así la salud en su totalidad tomando al individuo como un ente biopsicosocial.

4. La aplicación de charlas informativas y terapias de relajación es importantes en la cual brinda preparación tanto física y psicológica a la madre para sí conseguir disminuir, temor- tensión , dolor y así lograr que sean menos traumáticas para que la misma pueda llevar de manera tranquila su etapa y la terminación de la misma, sin ninguna complicación al momento del puerperio normal.

## **CAPITULO VII**

### **7.-PROPUESTA**

#### **7.1 DATOS INFORMATIVOS**

**TEMA:**

Aplicación del modelo Psicoprofilactico Cognitivo Conductual, el cual consiste en una preparación física y psíquica durante el embarazo para preparar a la mujer en el acto del parto y reducir los niveles de ansiedad.

**LUGAR:** Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

**UBICACIÓN:** Manta.

**AÑO:** 2013

**PARTICIPANTES:** mujeres embarazadas, familiares, Especialista en Salud Mental, Directivos y Autoridades del Hospital.

#### **7.2.- INTRODUCCIÓN**

La historia de la preparación para el parto arranca del año 1908 en EE.UU, cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebé como parte de los cursos de salud en el hogar. Pero hasta más adelante no se inicia el estudio más profundo del tema. Fue Dick-Read quien, en el año 1932 en Inglaterra, escribió que el miedo y la anticipación del dolor generan tensiones psíquicas y musculares para proteger el organismo; las tensiones musculares se oponen a la dilatación del canal del parto generando dolor al excitar las terminaciones nerviosas del útero que responden al exceso de tensión. A este proceso Dick-Read lo denominó síndrome de miedo-tensión dolor, y para romper con él propuso la superación del miedo, eliminando la ansiedad y la tensión y sustituyéndolos por la calma y la relajación. Para conseguirlo desarrolló cursos de preparación cuyos objetivos eran eliminar el miedo y la ignorancia, además de reducir las tensiones, mediante la información y

los ejercicios de relajación física y respiratoria. A su método lo denominó "Parto sin temor".

Por otro lado diversas tendencias rusas, basándose en la filosofía pavloviana, concluyen que el dolor es una reacción condicionada por estímulos sociológicos y religioso-culturales. Pretenden el descondicionamiento intentando separar el miedo al parto de las contracciones mediante la información, ideas positivas sobre la maternidad, técnicas activas de respiración que precisen esfuerzo y concentración, y la lucha contra la sensación de dolor a través de la relajación.

Lamaze, en Francia en el año 1952 pretende, mediante una información adecuada, eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor.

Se trata de una preparación intelectual, física y psíquica. Este método permite a la mujer colaborar activamente en el parto y brinda a los padres la oportunidad de participar en sesiones de preparación, lo que facilitará una relación más positiva con su hijo/a.

Este método se hace público en España en 1955, incorporándose como parte de las prestaciones de la Seguridad Social en el año 1959. Su demanda ha sido creciente y el Programa de Preparación al Parto se ha estandarizado como una prestación fundamental de la cartera de servicios en el seguimiento ambulatorio del embarazo, incluyendo controles periódicos de salud, sesiones educativas y entrenamiento en habilidades prácticas, e implicando a diferentes profesionales.

Los beneficios y ventajas que obtienen las embarazadas que realizan una "preparación psicoprofiláctica" a lo largo de su gestación han sido puestos de manifiesto por muchos estudios. Se ha comprobado que la sensación dolorosa a lo largo del parto es menor en aquellas mujeres que han

recibido una preparación psicoprofiláctica de la gestación con respecto a las que no han recibido ningún tipo de preparación. Se estudió el efecto sobre la ansiedad y la actitud ante el parto de un curso de Psicoprofilaxis obstétrica en primigestas y multigestas. Las embarazadas no preparadas incrementaron su ansiedad al final del embarazo, las primigestas preparadas habían reducido su ansiedad, su temor ante el parto y presentaban una mayor autoconfianza y deseo de participación en él, y las multigestas preparadas mantenían los mismos niveles de ansiedad de antes del inicio del curso pero habían incrementado su confianza en saber controlar su parto.

Otros estudios revisados reconocen los beneficios de la Psicoprofilaxis obstétrica, la cual logra reducir la duración del parto y consigue que las embarazadas vivan y entiendan mejor su embarazo, y que los maridos compartan y asistan al parto, lográndose que sea para ambos una experiencia positiva.

Velvovski, en cuanto a las tesis fisiológicas fundamentales sobre las cuales se estructura el método psicoprofilactico. Las excitaciones de los complicados procesos 1. del parto no son dolorosas durante su curso fisiológico.<sup>30</sup>

2. Las modificaciones en las interrelaciones neurodinámicas se dan por excitaciones internas y externas, las primeras ocurren por desviaciones o alteraciones en la marcha fisiológica normal del parto y las segundas por emociones negativas que inhiben la corteza. La corteza cerebral rige las sensaciones dolorosas 3. y su intensidad.

4. La presencia de los fenómenos básicos de la actividad nerviosa superior influyen en las sensaciones dolorosas.

---

<sup>30</sup> NURE : Revista Científica; Recuperado el: 2 de abril del 2013; Desde: [http://www.fuden.es/proyectos\\_obj.cfm?ID\\_INV\\_NURE=100](http://www.fuden.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=100)

El método profiláctico de acuerdo a este planteamiento, pone especial interés en la activación de la corteza cerebral para que su acción comande el parto, lográndose este objetivo por mediación del segundo sistema de señales que busca la formación en la corteza, de un nuevo y poderoso foco de excitación dominante que por inducción recíproca obstaculiza la llegada de impulsos dolorosos periféricos.<sup>31</sup>

También inhibe representaciones dominantes, producto de reflejos condicionados en base a experiencias anteriores o ideas erróneas y finalmente elimina en la parturienta el miedo al parto.

## **7.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

Nikolaev, Anatolii Petrovich al referirse a la Psicología del Dolor del Parto, otorga importancia no solo a la vía tractoespinotalámica que transmite la excitación interoceptiva de los receptores de la matriz, sino a la acción complementaria que cumple el sistema nervioso simpático, los vasos sanguíneos y otras vías indirectas, por lo tanto a más de la excitación mecánica de determinados receptores de la matriz y los ligamentos del peritoneo, destaca los siguientes hechos en el mecanismo del dolor, la modificación patológica del quimismo de los tejidos, la alteración mutua de la regulación mutua entre los componentes corticales y subcorticales, el papel de los mecanismos reflejo condicionados y el segundo sistema de señales y la función analítico- sintética de la corteza cerebral.

Se ha comprobado la existencia de ansiedad materna que afectan a las parturientas primerizas mediante el estudio se concluyó que 100% de las pacientes investigadas presentan ansiedad, siendo el 40% quienes presentan ansiedad moderada, el 40% ansiedad baja y el 20% ansiedad severa, además en el cuestionario semiestructurado dirigido a las madres primigestas, en lo que respecta a la información que ellas obtienen, un

---

<sup>31</sup> ídem

40% si lo conocen, en lo respecto a la información recibido en lo que se refiere al desarrollo del mismo, es así también el desconocimiento del desarrollo prenatal está dentro del 65% de la muestra. Por lo que se pudo detectar que las madres primigestas presentan ansiedad materna lo que produce diferentes manifestaciones en las mismas afectando el desarrollo del trabajo de parto, y el puerperio normal, causando en la madre alteraciones en su estado de ánimo.

El método psicoprofiláctico Cognitivo Conductual propuesto es una herramienta indispensable para disminuir las preocupaciones, miedos, tensiones los cuales provocan ansiedad, esto a través de información detallada de todo el proceso de condicionamiento social que se ha dado sobre el parto y el re condicionamiento de actitudes favorables hacia el proceso y su hijo, durante el embarazo, parto y postparto.<sup>32</sup>

### **7.3 OBJETIVOS**

#### **7.3.1 OBJETIVOS GENERAL**

Aplicar el Método Psicoprofiláctico, a madres embarazadas del servicio de Ginecología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

#### **7.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Educa a las madres con el fin de que tenga un conocimiento adecuado sobre el embarazo y parto, presentándolo como un proceso fisiológico normal y para un adecuado manejo del dolor.
- Modificar las creencias irracionales por racionales eliminando del plano concienical de la mujer el miedo al parto y el temor al dolor.

---

<sup>32</sup> Petrovich; Nikolaev; El Parto sin dolor: teoría y practica sobre el método psicoprofiláctico y otros métodos de anestesia; Recuperado el: 3 de Mayo del 2013; Desde: [http://books.google.com.ec/books/about/El\\_Parto\\_sin\\_dolor.html?id=E8c2HAAACAAJ&redir\\_esc=y](http://books.google.com.ec/books/about/El_Parto_sin_dolor.html?id=E8c2HAAACAAJ&redir_esc=y)

- Reducir niveles de ansiedad, dolores físicos, bajar tensiones, mejorar funciones neurovegetativas y psíquicas, al alcanzar una relajación muscular completa.

#### **7.4. JUSTIFICACIÓN**

La aplicación de la propuesta es factible ya que las madres embarazadas en su totalidad presentaron ansiedad materna entre estas graves ,moderados, y leves, además se cuenta con el espacio físico para la aplicación del método, con la predisposición de las pacientes, y el total apoyo de las autoridades del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

El modelo a aplicar es la Psicoprofilaxis este programa ha demostrado su utilidad en la reducción de ansiedad, la duración y la sensación dolorosa durante el parto así como la mejora de la actitud frente al mismo , siendo esto de mucha ayuda tanto para la madre como para su hijo.

La Psicoprofilaxis engloba un diverso número de prácticas educativas de tipo teórico y práctico que se aplican a las mujeres gestantes a partir del sexto mes de embarazo. El objetivo es abordar el parto sin temor y sin dolor mediante una adecuada información sobre el desarrollo del embarazo.

La mujer recibe información sobre la psicología de la gestante y de la pareja y se le entrena con ejercicios prácticos (respiración, relajación abdominal y perineal y pujos) y de tipo psicológico (relajación y autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades en situaciones ansiógenas y habilidades sociales en ámbitos hospitalarios.

Con esta técnica se aspira que las mujeres embarazadas conozcan de manera detallada como es el desarrollo embrionario, y como lograr una reacción que ayude al proceso de parto, ya que con este método lograr que la madre disminuya sus niveles de ansiedad.

La técnica es aplicable por la sintomatología ansiógena que presentan las madres beneficiando a ella como al neonato, debido a que esta técnica

puede ser aplicable en 6 sesiones las mismas que se subdividen por clases o medidas.

#### **7.4 FUNDAMENTACION**

**El Método Psicoprofiláctico** La Psicoprofilaxis del parto debe empeñarse en un conjunto de medidas medico obstétricas y pedagógicas, que contemple la preparación y educación del personal de la maternidad, quien debe enterarse de los principios y métodos del parto sin dolor y mantener una conducta adecuada durante la labor de parto, debe así mismo contemplar la preparación de la embarazada antes del parto, incluyendo en la misma a la familia y preocuparse finalmente de un correcto régimen medico-obstétrico.

La preparación busca formar en la embarazada un correcto punto de vista acerca del parto, preparándolo como un proceso fisiológico normal y por lo tanto ausente de dolor, las explicaciones también le permiten desarrollar una actitud positiva y racional hacia el acto del parto induciéndolo a una respuesta satisfactoria y alegre por el nacimiento de su hijo, la embarazada debe adquirir un conocimiento científico sobre la fisiología total del parto.<sup>33</sup>

El ciclo de preparación consta de seis sesiones aunque puede variar de tres a ocho de acuerdo a las características de la mujer.

La práctica psicoprofiláctica exige una buena preparación profesional en las áreas Obstétricas, Psiconeurológica y Psicológica Clínica.

Previamente, en esta práctica se recomienda determinar las características de la actividad nerviosa por los siguientes métodos:

Elaboración de una anamnesis detallada sobre la embarazada y sus familiares

---

<sup>33</sup> El parto sin dolor: teoría y practica sobre el metodo psicoprofilactico ; Recuperado el: 4 de abril del 2013; Desde: <http://www.bvs.hn/rmh/pdf/1958/pdf/vol26-3-1958-2.pdf>

- Observación clínica del comportamiento de la mujer durante las entrevistas.
- Determinación del grado de sugestibilidad de la embarazada mediante técnicas conocidas.
- Comprobación del predominio de las reacciones verbales para averiguar la funcionalidad del segundo sistema de señales.<sup>34</sup>

### **Primera Sesión**

Se realiza preferentemente en forma individual buscando los siguientes propósitos:

1. Establecimiento de la relación terapéutica manejando fenómenos afectivos para que la tornen positiva.
2. Recolección de información que apunte aun estudio anamnésico, al establecimiento de las características del sistema nervioso superior y las correlaciones entre el primero y segundo sistema de señales.
3. Investigación particular de la esfera emocional en lo referente a miedos, temores y sufrimientos, sus orígenes y causas.
4. Reforzamiento del fisiologismo del parto y de las ventajas que se conseguirán con el proceso para deshacer las ideas erróneas y los temores infundados.

Luego de esta primera entrevista y los exámenes pertinentes se podrá determinar si el parto será presuntamente normal y complicado, si hay rasgos psicopatológicos, tipo histeria o psicastenia que requieren un manejo especial, o si existen antecedentes patológicos de otra naturaleza.

### **Segunda sesión**

Desde esta sesión se procura efectuar el proceso en grupo, el objetivo fundamental de esta sesión se orienta a eliminar del plano concienial de la mujer el miedo al parto y el temor al dolor.

---

<sup>34</sup> El **método** Lamaze para un parto natural - Bebés y más; Recuperado el: 8 de junio del 2013; Desde: <http://www.bebesymas.com/ser-padres/el-metodo-lamaze-para-un-parto-natural>

El miedo, al igual que todas las emociones negativas, cumple una función asténica, es decir de pérdida de energía, en contraste con las emociones positivas que son esténicas y por lo tanto aumentan la fuerza, por esta causa, el miedo incrementa el dolor y rebaja el umbral de excitación de la corteza, aumentando la inhibición.

El miedo surge principalmente por todas aquellas actitudes irracionales, relatos exagerados de los allegados y la misma experiencia personal de la embarazada, estas huellas se reelaboran durante el proceso del embarazo, por lo cual los dolores se sobredimensionan.

Se debe, por tanto, demostrarle a la mujer lo infundado e inconsistente de dicha Ideas siendo necesario descubrir el origen de las mismas, conviene también estimular emociones positivas en base a ejemplos, en los que la sensación del parto es de felicidad e indolora, como cuando sobreviene súbitamente, esta propuesta requiere de gran poder persuasivo y sugestivo del terapeuta recalándose este tema en las sesiones posteriores.

### **Tercera Sesión**

Se dirige a informar en forma sencilla, pero estrictamente científica, que el parto constituye un acto fisiológico y que por lo tanto debe ser un proceso indoloro, esta Sesión se orienta a los aspectos anatómicos y fisiológicos de los órganos sexuales, la función menstrual, la fecundación y el embarazo subrayando el extraordinario crecimiento de la matriz sin que produzca ningún tipo de dolor, hasta llegar a la explicación del parto y sus transformaciones inherentes, reafirmando el papel de distensión y contracción de los órganos que participan en el mismo, es necesario explicar también que a pesar de las excitaciones nerviosas que se dan en el útero y órganos anexos cuando corresponden a un parto normal, no llegan a la corteza cerebral como sensaciones dolorosas, se señala además que el parto, siendo un trabajo físico exige un trabajo energético,

siendo imprescindible que esa energía se oriente apropiadamente durante el periodo expulsivo.

El comando de la corteza cerebral y el sistema nervioso durante el parto, se subrayará para obtener conexiones temporales favorables, que a manera de focos excitatorios, actúen durante el proceso del parto.

### **Cuarta Sesión**

Se refiere a la exposición sobre el primer periodo del parto y sus modificaciones fisiológicas, se enseña la conducta apropiada en este periodo y los métodos de anestesia, se le prepara para que pueda por si misma identificar la sensación de pesadez (no de dolor) que marcara el inicio del trabajo de parto en forma de contracciones, el conocimiento detallado de todas las transformaciones y signos es fundamental para que responda favorablemente durante el momento preciso, si se le adiestra e informa sobre las medidas de indolorización que se citan a continuación:

**Primera medida.-** Recostarse tranquilamente.

**Segunda medida.-** Durante las pausas durante las contracciones, se recostará la parturienta sobre el costado en los que se dan los latidos cardiacos del feto para estimular su contacto con las terminaciones nerviosas uterinas.

**Tercera medida.-** En el momento de las contracciones, se acostara sobre su espalda para darle una posición correcta al feto y a la matriz.

**Cuarta medida.-** Respirar profundamente durante las contracciones para proveer adecuadamente de oxígeno al feto, hecho que se dificulta ordinariamente debido a la contracción muscular que estrecha los vasos que van a la placenta, este tipo de respiración es factible de adiestramiento sistemático durante el embarazo.

**Quinta medida.-** Asociar con la respiración rítmica el masaje de la mitad inferior del abdomen para conseguir la disminución de la sensación dolorosa por el acariciamiento de determinadas zonas cutáneas, se les

explica de las zonas Snegirev, como representaciones cutáneas de los órganos internos.

**Sexta medida.-** Cuando las contracciones se hacen más frecuentes, cada 2 o 3 minutos, se aprietan con las yemas de los dedos pulgares los puntos de anestesia que son:

El borde superior anterior de las crestas a) ilíacas, adelante; b) Los ángulos exteriores del rombo lumbar, atrás.

**Séptima medida.-** Durante el periodo de dilatación la mujer tiene que contar las contracciones, señalar su cantidad en 30 minutos y la duración de cada una para conseguir efectos de distracción.

Se complementa esta medida con un cuidado riguroso sobre el vaciamiento de su

Vejiga

**Quinta sesión.-** Se le informa a la embarazada sobre la fisiología del segundo y tercer periodo del parto enseñándole la parte terminal del alumbramiento, en esta sesión se relleva el comando cortical del parto para eliminar otro tipo de experiencias como las dolorosas, de modo que, oriente su esfuerzo físico hacia un fin útil y la expulsión sea más rápida, se le enseña las reglas de conducta en todos los periodos del parto y los ejercicios respiratorios.

### **Sexta sesión**

Es dedicada el tema Alegría de la Maternidad recalculando los valores positivos de la misma y enumerando las medidas psicoprofilácticas del postparto.

### **Recomendaciones:**

El Intervalo entre la última sesión no debe ser mayor de cinco días.

- Llevar un registro minucioso de la mujer embarazada.
- Al final de la última sesión entregar un certificado de haberse preparado para el parto sin dolor.

**Otros métodos psicoprofilácticos atienden a dos elementos básicos:**

1. Supresión de las ideas irracionales con relación al dolor del parto creándolas condiciones más favorables para que se de cómo un acto fisiológico normal.

2. Una educación orientada hacia los campos psicológico, pedagógico y físico.

En general, se recomienda actuar sobre grupos de cuatro a seis embarazadas, separadas las múltiparas de las primíparas, el número de sesiones puede ser de nueve a diez, sintetizadas de la siguiente manera:

**Primera clase:**

Generalidades sobre el método, el parto como proceso fisiológico, el dolor en él y

Su relación con la tensión muscular y los temores aprendidos.

**Segunda clase:**

Anatomía y fisiología de los órganos reproductivos, ejercicios respiratorios y relajación en posición acostada.

**Tercera clase:**

Continuación de los ejercicios anteriores, control de las contracciones uterinas del

embarazo, balanceo de la pelvis en posición acostada y reforzamiento de la musculatura abdominal.

**Cuarta clase:**

Ensayos de coordinación entre ejercicios respiratorios y de relajación con las contracciones uterinas y entre ejercicios perineales y pujos.

**Quinta clase:**

Exposición sobre cuidados prenatales. Hábitos alimentarios y manifestaciones del embarazo, ejercicios respiratorios y de relajación en posición sentada y arrodillada.

**Sexta clase:**

Fisiología del parto y puerperio. Ejercicios en posición parada relajación y respiración.

**Séptima clase:**

Sensaciones y apoyo durante el parto, relajación, ejercicios respiratorios y pujos.

Las siguientes clases sirven para repasos, contestación de inquietudes, corrección de errores, discusiones grupales, y otras actividades complementarias.

## **7.6 PLAN DE ACCIÓN**

### **Unidad ejecutora:**

- Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.
- Profesional en salud mental
- Autoridades y directivos del Hospital Rafael Rodríguez de Manta.

### **Beneficiarios Directos:**

- Las mujeres embarazadas que asisten a la consulta médica del Hospital Rafael Rodríguez de Manta.

### **Naturaleza de la propuesta:**

Esta propuesta se considera viable porque debe ser llevada a cabo por un profesional en psicóloga clínica quien laborará junto a la trabajadora social, personal médico y administrativo que labora en dicho lugar. Para el efecto debe ser estructurado y adecuado el Departamento o Unidad de atención psicológica que cuente con el recurso del talento humano y de imprescindible necesidad a los profesionales en salud mental y trabajo social

### **Descripción de la propuesta:**

La propuesta contempla los siguientes aspectos que se basan en un enfoque psicológico integrativo, puesto que permitirá al profesional en

salud mental intervenir en la individualidad de las adolescentes embarazadas bajo los diferentes enfoques teóricos que son de su exclusivo dominio profesional.

## **MODELO OPERATIVO**

### **TECNICA DE RELAJACION**

#### **Fase Nº 1 Inducida por el terapeuta 1ra. Sesión**

##### **Áreas de relajación Orden Indicación Duración**

Cuerpo. Ojos cerrados Acostarse. Indicación sugestiva Acostarse lo más cómodo posible 2-3 minutos

Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps Derecho, izquierdo, ambos Cerrar, apretar, tensionar, relajar 4-5 minutos

Facial, nuca, hombros, parte superior espalda.

Frente, ojos, maxilares, cuello Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar 4-5 minutos

Tórax, estomago, parte inferior espalda Pulmones, abdomen, espalda Respira, expulsar aire. Apretar, relajar 4-5 minutos

Caderas, muslos y tobillos Talones, rodillas, dedos del pie Flexionar, presionar, relajar 4-5 minutos

Relajación completa del cuerpo Parte inferior, central y parte superior Relajación profunda, inhalar y exhalar 4-5 minutos

Relajación completa del cuerpo Levantarse Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos 4-5 minutos.

#### **Fase Nº 2 Reforzamiento por el terapeuta 2da. Sesión**

##### **Áreas de relajación Orden Indicación Duración**

Cuerpo. Ojos cerrados Acostarse. Indicación sugestiva Acostarse lo más cómodo posible 2-3 minutos

Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps Derecho, izquierdo, ambos Cerrar, apretar, tensionar, relajar 4-5 minutos

Facial, nuca, hombros, parte superior espalda.

Frente, ojos, maxilares, cuello Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar 4-5 minutos

Tórax, estomago, parte inferior espalda Pulmones, abdomen, espalda  
Respira, expulsar aire. Apretar, relajar 4-5 minutos

Caderas, muslos y tobillos Talones, rodillas, dedos del pie Flexionar,  
presionar, relajar 4-5 minutos

Relajación completa del cuerpo Parte inferior, central y parte superior.

Relajación profunda, inhalar y exhalar 4-5 minutos

Relajación completa del cuerpo Levantarse Contar regresivamente de 4 a

1. Abra los ojos 4-5 minutos

### **Fase Nº 3 Auto Inducida por el paciente 3ra. Sesión**

#### **Áreas de relajación Orden Indicación Duración**

Cuerpo. Ojos cerrados Acostarse. Indicación sugestiva Acostarse lo más  
cómodo posible 2-3 minutos

Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps Derecho, izquierdo, ambos  
Cerrar, apretar, tensionar, relajar 4-5 minutos.

Facial, nuca, hombros, parte superior espalda.

Frente, ojos, maxilares, cuello Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar 4-5  
minutos

Tórax, estomago, parte inferior espalda Pulmones, abdomen, espalda  
Respira, expulsar aire. Apretar, relajar 4-5 minutos

Caderas, muslos y tobillos Talones, rodillas, dedos del pie Flexionar,  
presionar, relajar 4-5 minutos

Relajación completa del cuerpo Parte inferior, central y parte superior.

Relajación profunda, inhalar y exhalar 4-5 minutos

Relajación completa del cuerpo Levantarse Contar regresivamente de 4 a

1. Abra los ojos 4-5 minutos

#### **Implementos necesarios:**

Se trabajará con test psicológicos, y demás instrumentos que medirán en  
que niveles de ansiedad están las mujeres embarazadas, documentos  
audio visuales que contengan la información pertinente herramientas que  
son dominadas mediante el conocimiento del profesional en salud  
mental.

**Lugar de socialización:**

Se realizará reuniones mensuales en la cual se utilizarán:

- ✓ Técnicas de Motivación
- ✓ Técnicas de relajación
- ✓ Técnicas de participación en grupo
- ✓ Talleres informativos

**7.7.-ADMINISTRACIÓN**

Las habilidades para la vida ameritan de un proceso dentro del cual se puedan ir desarrollando paulatinamente en la necesidad individual de cada mujer embarazada, este proceso debe ser flexible, analizado periódicamente para evaluar la el grado de eficacia en cada una de las beneficiarias.

Se trabajará conforme el profesional en salud mental encargado del proyecto lo crea conveniente, en la individualidad de las madres embarazadas y dentro de los grupos que se organicen dentro del hospital.

**PRESUPUESTO**

La implementación operativa del departamento de atención psicológica para las mujeres embarazadas, en lo que corresponde a materiales tecnológicos de oficina e inmobiliario deberá ser proporcionado por la institución acogedora del proyecto, el sueldo del profesional en salud mental será de 1.000 dólares mensuales lo cual equivale a 12.000 anuales.

## **7.8.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN**

Se considera necesaria la constante evaluación que permita verificar el cumplimiento de los objetivos con que se creará la propuesta ya antes mencionada.

### **➤ Reuniones mensuales**

Se coordinará reuniones mensuales con las autoridades y profesionales involucrados con la atención de las mujeres embarazadas, donde se analizara el informe mensual previamente preparado por el profesional .

Carpetas de registros para anexar los expedientes clínicos de las jóvenes embarazadas, con todos los datos que identifiquen la identidad de la paciente, el mismo que será de estricta confidencialidad

### **➤ Fichas de control**

Las fichas serán utilizadas para comprobar la asistencia a las citas programada a las sesiones .

### **➤ Informes:**

Se elaborarán informes mensuales individual y colectivo de manera muy general por parte Del profesional en salud encargado, sin romper la confidencialidad de las pacientes, para comprobar el avance y aceptación

que tiene la ejecución de la propuesta en las mujeres embarazadas, los mismos que serán analizados por las autoridades competentes del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

## 7.7.-ADMINISTRACIÓN

### PRESUPUESTO

#### Egresos

Computadora	80
Grabadora	30
Hojas	30
Bolígrafo	20
Marcadores	30
Materiales varios	30
CD	20
Fotocopias	50
Transporte	30
Alimentación	40
Teléfono	40
Total	400.00

## CAPITULO VIII

### BIBLIOGRAFIA:

#### Libros:

1. Albert E. Reece, John C. Hobbins (2010). Obstetricia Clínica.
2. Espinosa, Cinto(2011); La comunicación es vida
3. Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S., *et al* (1993) Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ*, 307, 235-239
4. Hernández, (2003); Metodología de la investigación; pág.115.
5. Lang (1984) y (Michael A Hogg. Graham M. Vaughan, 2008)
6. Lou, H. C., Hansen, D., Nordentoft, M., *et al* (1994) Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 826-832
7. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.(2002); Barcelona: Masson
8. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.(1996) Barcelona: Masson
9. Michael A Hogg. Graham M. Vaughan. (2008). *Psicología social*. Madrid: Editorial médica Panamericana.
10. Osha,(2002); Emociones : libres del miedo, los celos y la ira
11. Pérez, Regina(2008); Estudio Cognitivo-contrastivo de Las Metáforas Del Cuerpo: Análisis Empírico
12. Raúl Mideros Morales, 2008, Medicalización e industria del nacimiento
13. Suarez Ruiz, P. A. (2001). En P. A. Suarez Ruiz, *Metodología de la Investigación: Diseños y Técnicas* (pág. 157). Santa Fe De Bogota.
14. Susan Cloninger(2008). Teorías de la Personalidad. Pág.469

15. Viedma, María; Mecanismos Psicofisiológicos De La Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas

#### SITIOS WEB:

1. Alonso, Armando; Recuperado el 1 de mayo del 2013; Desde: <http://www.monografias.com/trabajos89/conceptualizacion-trastorno-panico/conceptualizacion-trastorno-panico.shtml>
2. El **método** Lamaze para un parto natural - Bebés y más; Recuperado el: 8 de junio del 2013; Desde: <http://www.bebesymas.com/ser-padres/el-metodo-lamaze-para-un-parto-natural>
3. [El parto sin dolor: teoría y practica sobre el metodo psicoprofilactico](#) ; Recuperado el: 4 de abril del 2013; Desde: <http://www.bvs.hn/rmh/pdf/1958/pdf/vol26-3-1958-2.pdf>
4. Estudios Sobre La Ansiedad Prenatal En Humanos; recuperado el: 15 de abril del 2013; Desde: <http://www.segus.es/Docs/EnPortada/Eventos/Ponencias3Xorperi/10%20Ibone%20Olza.pdf>
5. Faulkner(2012); Recuperado el: 2 de abril del 2013; Desde: [http://santuario.turegano.net/category/william-faulkner/y lo condenan: el amor, el honor, la piedad, el orgullo, la compasión, el sacrificio](http://santuario.turegano.net/category/william-faulkner/y-lo-condenan-el-amor-el-honor-la-piedad-el-orgullo-la-compasi3n-el-sacrificio)".
6. Gobierno de Canarias; Ansiedad y fobia; [http://geosalud.com/Salud\\_Mental/ansiedad\\_fobias.htm](http://geosalud.com/Salud_Mental/ansiedad_fobias.htm)
7. Noticias médicas (2007); Recuperado el: 15 de mayo del 2013; Desde: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=48878>
8. Goleman, Daniel(2000) ; Inteligencia Emocional; Recuperado el: 3 de Mayo del 2013; Desde: <http://www.slideshare.net/valentynaenator/inteligencia-emocional-daniel-goleman>

9. Lipcovich, Pedro (2006); Nacer (y morir) por cesárea; Recuperado el: 3 de mayo del 2013; Desde:  
<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-74597-2006-10-17.html>
10. NURE : Revista Científica; Recuperado el: 2 de abril del 2013;  
Desde: [http://www.fuden.es/proyectos\\_obj.cfm?ID\\_INV\\_NURE=100](http://www.fuden.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=100)
11. Olza, Ibone; Ansiedad durante el embarazo y alteraciones de conducta en el niño  
[http://www.holistika.net/parto\\_natural/el\\_bebe/ansiedad\\_durante\\_el\\_embarazo\\_y\\_alteraciones\\_de\\_conducta\\_en\\_el\\_nino.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/ansiedad_durante_el_embarazo_y_alteraciones_de_conducta_en_el_nino.asp) .
12. Perfil psicológico de madres primerizas post-parto y afecto en el bebé; Recuperado el: 15 de abril del 2013; Desde:  
<http://www.monografias.com/trabajos94/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe.shtml#ixzz2IBfuJMGX>
13. Petrovich; Nikolaev; El Parto sin dolor: teoría y práctica sobre el método psicoprofiláctico y otros métodos de anestesia;  
Recuperado el: 3 de Mayo del 2013; Desde:  
[http://books.google.com.ec/books/about/El\\_Partosin\\_dolor.html?id=E8c2HAAACAAJ&redir\\_esc=y](http://books.google.com.ec/books/about/El_Partosin_dolor.html?id=E8c2HAAACAAJ&redir_esc=y)
14. Ruano, Kiki(2004); la influencia de la expresión corporal sobre las emociones: un estudio experimental; Recuperado el 5 de junio del 2013. Desde: [http://oa.upm.es/451/1/KIKI\\_RUANO\\_ARRIAGA.pdf](http://oa.upm.es/451/1/KIKI_RUANO_ARRIAGA.pdf)

ANEXOS



**UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**  
**ESCUELA**  
**INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**



**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de ansiedad, por favor lea cuidadosamente cada reactivo de la lista. Indique el grado en que le haya molestado cada síntoma durante la **ÚLTIMA SEMANA** colocando una x en el espacio correspondiente a la columna que se encuentra junto a cada síntoma.

<b>Síntomas</b>	<b>Nada</b>	<b>Levemente sin molestia significativa</b>	<b>Moderadamente Muy desagradable pero soportable</b>	<b>Severamente Casi insoportable</b>
Hormigueo o adormecimiento de extremidades				
Oleadas de calor o bochornos				
Debilidad y temblor en las piernas.				
Incapacidad de relajarse.				
Temor a que sucediera lo peor.				
Mareo o ligereza de cabeza.				
Palpitaciones o Taquicardia.				
Sensación de inestabilidad e Inseguridad física.				
Terror				

Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Temblor de manos				
Temblor generalizado o entrenamiento(agitación)				
<b>Síntomas</b>	<b>Nada</b>	<b>Levemente sin molestia significativa</b>	<b>Moderadamente Muy desagradable pero soportable</b>	<b>Severamente Casi insoportable</b>
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
sobresaltos				
Indigestión o molestias abdominales.				
Palidez				
Rubor facial				
Sudoración ( no causada por el calor)				

**Gracias por su colaboración**



**UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA PSICOLOGÍA**



**ESCALA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

Episodio o Actividad social compartida. Describa brevemente \_\_\_\_\_

**¿Cómo te has sentido durante las últimas 24 horas o durante en ese episodio o actividad?  
Piensa en las diferentes actividades de ese episodio y, usando la escala de 0-4, indica cuánto has experimentado los siguientes sentimientos:**

<b>0</b>	nada	<b>2</b>	moderadamente	<b>4</b>	mucho
<b>1</b>	Un poco	<b>3</b>	Bastante		

- 1¿Cuán divertido, entretenido o chistoso te has sentido? \_\_\_\_
- 2¿Cuán enfadado, irritado o molesto te has sentido? \_\_\_\_
- 3¿Cuán avergonzado o humillado o ridiculizado te has sentido? \_\_\_\_
- 4¿Cuán maravillado, asombrado o sorprendido te has sentido? \_\_\_\_
- 5¿Cuán despectivo, despreciativo o desdeñoso te has sentido? \_\_\_\_
- 6¿Cuánto asco, repugnancia o repulsión has sentido? \_\_\_\_
- 7¿Cuán cohibido, tímido, avergonzado o ruborizado te has sentido? \_\_\_\_
- 8¿Cuán agradecido te has sentido? \_\_\_\_
- 9¿Cuán culpable o arrepentido te has sentido? \_\_\_\_
- 10¿Cuánto odio, desconfianza o sospecha has sentido? \_\_\_\_
11. ¿Cuán esperanzado, optimista o alentado te has sentido? \_\_\_\_
- 12¿Cuán inspirado, iluminado o entusiasmado te has sentido? \_\_\_\_
- 13¿Cuán interesado, alerta o curioso te has sentido? \_\_\_\_
- 14¿Cuán alegre, contento o feliz te has sentido? \_\_\_\_
- 15¿Cuánto amor, cercanía o confianza has sentido? \_\_\_\_
- 16.- ¿Cuan confiado, seguro de ti mismo u orgulloso te has sentido? \_\_\_\_
- 17¿Cuán triste, desanimado o infeliz te has sentido? \_\_\_\_
- 18¿Cuán asustado, temeroso o miedoso te has sentido? \_\_\_\_
- 19¿Cuán sereno, calmo o apacible te has sentido? \_\_\_\_
- 20.- ¿Cuán estresado, nervioso o abrumado te has sentido? \_\_\_\_