

***INSTITUTO SUPERIOR DE CULTURA FISICA
"MANUEL FAJARDO"***

*"Influencia de la ansiedad en las gestantes de la
comunidad Covadonga"*

*Trabajo de diploma para optar por el título de
Licenciada en Cultura Física*

Autor: Yanilexsy Román Sosa.

*Tutora: Lic. Yolaine Basulto Vázquez
Profesora Instructor
Universidad de Cienfuegos*

Cienfuegos

Año 2005 "Año de la Revolución Energética en Cuba"

INDICE

I. Introducción:

- 1.1 Introducción.**
- 1.2 Problema.**
- 1.3 Fundamentación teórica.**
- 1.4 Objetivos.**
- 1.5 Hipótesis.**
- 1.6 Definición del trabajo.**

II. Desarrollo:

- 2.1 Resumen Bibliográfico.**
- 2.2 Metodología.**
 - 2.2.1 Selección del sujeto.**
- 2.3 Métodos y procedimientos.**
- 2.4 Técnicas estadísticas**
- 2.5 Análisis e interpretación de los resultados.**

III. Conclusiones:

- 3.1 Conclusiones.**
- 3.2 Recomendaciones.**

IV. Bibliografía.

V. Anexos.

RESUMEN.

La presente investigación aborda un tema de profunda humanidad, como es el trabajo con embarazadas. Donde se aborda el tema "la incidencia de la ansiedad en las gestantes de la comunidad Covadonga del municipio Aguada de Pasajeros, tomando como referencia a las mujeres que en el período de abril y mayo del 2006 se encontraron gestando.

Este trabajo de diploma describe el estudio de los niveles de ansiedad así como los motivos más evidentes que desencadenan un alto nivel de la misma y su comportamiento, en embarazadas del Consejo Popular Covadonga. Los objetivos de esta investigación; determinar la incidencia de la ansiedad en las gestantes del Consejo Popular Covadonga. Y analizar el comportamiento de este síntoma en la salud reproductiva de ellas.

La muestra del estudio estuvo conformada por 17 embarazadas a las que se les aplicó Encuestas y el test de Ansiedad de Cattell. Donde se encontraron niveles significativamente altos de Ansiedad en los tres trimestres en que se subdividió el periodo de embarazo. La aplicación de estos instrumentos despertó en las gestantes, sus familias y en la comunidad un interés por su evaluación psicológica.

I- INTRODUCCION.

1.1 Introducción

Para muchas personas, tener hijos es un accidente fortuito, resultado del encuentro casual de un espermatozoide y un óvulo; entre sábanas de seda o en un jergón raído, en noches de fiestas o bajo la amenaza de un bombardeo, el amor, el deseo, la costumbre o simplemente la vida tiene exigencias inevitables. Para otros deben ser concebidos en el momento más oportuno; cuando se creen maduros para asumir nuevas responsabilidades; cuando el nivel económico y social permite enfrentar nuevos gastos sin grandes sacrificios; o cuando se ha logrado la estabilidad física, intelectual y emocional, y se puede dedicar todo el empeño a la formación y educación del nuevo ser.

Un hijo puede ser una bendición o un castigo, según halla sido concebido. Para los que durante años desesperaron por conseguirlos, es un regalo del destino o de Dios, pero quien enfrenta una vida de penas y privaciones podrá dudar entre el infanticidio o el abandono. (1)

¡Cuántos sustos y problemas se evitarían si siempre se pudiera planificar a los hijos! Esto se exclama a menudo, como si tal cosa no fuera posible. Solo el ser humano es capaz de tropezar dos veces con la misma piedra. La modernidad (o la negligencia) hacen olvidar la experiencia práctica que lograron los antepasados, quienes con menos conocimientos y recursos supieron intuir los principales aspectos del riesgo preconcepcional.

Un embarazo significa una carga fisiológica adicional mantenida sobre el organismo durante varios meses y requiere un mínimo de capacidades, que la mujer, de acuerdo con sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales puede o no satisfacer. Esto puede ser mucho antes de iniciar una gestación. Es preciso tener en cuenta los eventos o acontecimientos de la vida, que son los hechos deseados o no, con un impacto emocional determinado, que pueden llevar a la modificación de hábitos y costumbres, cuyas consecuencias no necesariamente son dañinas; el estrés, considerado como la respuesta ante los estímulos psicológicos, sociales, físicos o biológicos, desencadena una respuesta sistémica de carácter psicológico, neurológico, endocrino e

inmunológico, de tipo inespecífico, la que resulta significativa según la afectividad y los conocimientos que se manejen.

.El embarazo y el parto son procesos fisiológicos, exclusivos al sexo femenino que se caracterizan por cambiar la anatomía de la mujer y que conllevan a un desenlace que puede ser en algunos casos natural y en otros fatal. La mujer moderna debe prepararse tanto física, como psicológicamente para este evento, que ocurrirá 1 o 2 veces en toda su vida, de acuerdo a las leyes de la natalidad imperantes en la sociedad moderna.

El deseo de un embarazo es un elemento de carácter personal, que también esta condicionado por factores sociales. El inicio de relaciones sexuales a edades tempranas y el deterioro de los valores familiares, ha modificado los criterios de moralidad, lo que favorece la poca estabilidad en las relaciones de pareja. Si se suma la violencia, la inestabilidad emocional y la posibilidad del consumo de alcohol, o drogas, se verá que en este mundo existe suficiente irresponsabilidad como para asumir grandes riesgos reproductivos.

Este es un problema que debe ser enfrentado por toda la humanidad, pues sus raíces no son individuales, sino el resultado de las contradicciones del mundo actual y que es necesario superar con el concurso de todas las voluntades, entre ellas la actividad física juega un papel importantísimo.

1.2 Antecedentes del Problema

En noviembre de 1994 la lic. Marina Aris Pupo del Centro Provincial de Educación para la Salud, de Vila Clara. Presentaron en el VII congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, celebrado en la Habana. Su trabajo titulado "Preparación Psicológica de la gestante para el parto". Encuestando a 56 embarazadas en la etapa del puerperio con el objetivo de conocer las variables de acortamiento del tiempo de trabajo de parto, presentación o no de distocia, utilización de medicamentos etc. Creando un experimento con un grupo control constituido por puérperas tomadas al azar con un único requisito; de ausencia de preparación Psico-Física previa, comparándolas con un grupo experimental de 56 embarazadas que si asistieron sistemáticamente al curso de psicoprofilaxis, incorporadas a partir de las 34 semanas de gestación.

Esta autora demostró que en grupo experimental existían una mayor cantidad de mujeres trabajadoras, de nulípara y de portadoras de un estado emocional más satisfactorio por lo que fueron evidentes los beneficios y ventajas del método en la salud físico-mental de la madre y de su hijo. Entre las recomendaciones más importantes de este trabajo se encuentra el sensibilizar al personal de salud sobre los efectos positivos del método psicofísico en el embarazo.

Sobre las variables psicológicas y sociales relacionadas con el parto pretérmino. La lic. Susana Herrera Rodríguez, profesora de la facultad de Ciencias Médicas, del municipio de Colón, Matanzas, estudió 121 pacientes que representa el total de partos de su institución, encontrando que un alto porcentaje de mujeres presentaron durante la gestación, inestabilidad psicológica por algún motivo y que el proceso de comunicación en la relación médico-paciente, no fue satisfactorio, en relación con un cambio positivo de actitudes en el 75% de las pacientes. Los factores de escala psicológica y social que afectaron a las pacientes durante la gestación estuvieron:

- Discrepancias en la pareja, en un 90,9%
- Coitos muy frecuentes, en un 59%
- Síntomas de ansiedad, depresión y nerviosismo, en un 50%

En 1995 la lic. Maria del Carmen Llantá Abreus profesora de Ciencias Médicas de Santiespiritus. Investiga el embarazo en la adolescencia, con sus causas y consecuencias sociales. Encontró una asociación entre la variable embarazo en la adolescencia y edad de las primeras relaciones sexuales, escolaridad, ocupación y modificación desfavorables en el nivel de aspiraciones.

En 2004 Goliat Reina Gómez investiga sobre los riesgos reproductivos existentes en la población y ofrece un conjunto de recomendaciones, con las que pretende disminuir los riesgos en la sexualidad y procreación. Aportando una visión integradora sobre la materia que no tiene antecedentes en la literatura al respecto.

En trabajos sobre este tema encontramos estudios realizados, que determinan una serie de factores de escala psicológica y social que afectan a la mujer durante la gestación, causantes del parto pretérmino; discrepancias en la pareja, coitos muy frecuentes, síntomas de ansiedad, depresión y nerviosismo que además no fueron ínter- consultado por psicología. Dentro de los estresores más frecuentes que incidieron; Conflictos familiares, Disgusto sin precisar causas, Prisión de algún familiar, Divorcio, malas condiciones de la vivienda, Malos hábitos alimenticios. De forma general estos factores se ven asociado a la aparición de partos pretérminos.

1.3 Problema Científico

Con este trabajo pretendemos descifrar algunas de las causales de tipo psicosocial que se encuentran afectando a las gestantes de la comunidad Covadonga en el municipio de Aguada de Pasajeros.

Ya que el embarazo transcurre con el reforzamiento de síntomas como la incertidumbre, angustia, temor, desconfianza, ansiedad, depresión, y estrés debido a la relevancia del evento al cual ella se enfrentará de forma inevitable al termino del mismo: “El Parto.”

Es interés de este trabajo responder a la interrogante, ¿Cómo influye la ansiedad en las gestantes del Consejo Popular Covadonga?

1.3.1 Fundamentación del Problema

Para la mayoría de los psicólogos el embarazo es un acontecimiento tan importante que provoca en la mujer sentimientos encontrados. Por un lado, es un motivo de gran alegría; por otro, la causa de muchos temores.

Los cambios emocionales se manifiestan ya durante el primer trimestre. Aún no hay signos físicos que evidencien el embarazo, pero posiblemente se encuentren muy cansadas, con sueño, algo confusa de cómo se va a desarrollar la gestación, en esta fecha aún la gestante puede que no halla tomado la decisión de asumir un cambio para toda la vida, comienza a surgir inseguridad, miedos, preocupación, se encuentran más sensibles... El segundo período se caracteriza por la tranquilidad. Su carácter será más positivo y sereno que en primer trimestre. Entre otras razones por los cambios hormonales tan marcados en los primeros meses tienden a estabilizarse poco a poco. El tercer trimestre se caracteriza por la aparición de temores al parto, mezclados con el gran deseo de tener al bebé con la madre. La ansiedad puede ser controlada y atenuada con una buena preparación física y psicológica.

1.4 *Fundamentación Teórica*

1.4.1- Maternidad y Sexualidad:

En la mitología, la maternidad está representada por diosas imbuidas de un gran poder de fertilidad y reproducción. Las diferentes civilizaciones glorificaron a la maternidad desde las primeras etapas de su evolución, a través de una gran cantidad de símbolos, leyendas y relatos. Así por ejemplo, encontramos que en la cultura incaica del Alto y Bajo Perú, hoy Bolivia y Perú respectivamente, la maternidad está representada por la tierra a la que se la conoce como la Pachamama, que simboliza la creación eterna y la sombra de la tragedia; ella origina la vida y a ella se retorna cuando llega la muerte.

Sobre ella nos dice Antonio Díaz Villamil: "Del seno de la tierra brotó un formidable estruendo. Se abrió la corteza, y del abismo negro brotó a la superficie una inmensa figura de mujer. Era el genio de la tierra o sea la Pachamama. Su majestuosa figura estaba aureolada de una luz suave que bajó del cielo aún estrellado del amanecer, mostrando a los mortales todo su esplendor de diosa." (2)

Desde la perspectiva religiosa, (católica, apostólica y romana) la maternidad es simbolizada por una ambivalencia, así encontramos a una Eva creada de la costilla de Adán, pecadora y seductora que desobedece y erotiza, siendo castigada por el Creador a "parir con dolor". Y a una Virgen María, que concibe por obra y gracia del espíritu santo y se consagra en una imagen purificada que es idolatrada y respetada por los feligreses.

Así pues, observamos que en la historia de la humanidad, la maternidad siempre ha estado ligada al rol femenino que conlleva a actividades relacionadas con la reproducción y la crianza de los hijos. Desde muy pequeña la niña es preparada y educada para esta función y se le enseña que por medio de ella llegará a realizarse como mujer, reprimiendo parcial o totalmente su libido activa.

De ahí, que su identificación con dicha función determine en gran medida su concepto de sí misma y su valor en la sociedad, especialmente en culturas machistas como la nuestra, donde el contexto familiar, social y los medios de comunicación, alientan esta situación con mensajes contradictorios que disocian la maternidad del acto sexual que la origina; lo cual desencadena una diversidad de conflictos en muchas mujeres que no pueden concebir la idea de que ser madres esté vinculada al placer sexual.

La capacidad de la mujer para ser madre, ha causado siempre gran impacto sobre la opinión que de ella tienen los demás y sobre la percepción de sí misma y sus roles. En cambio su capacidad para proporcionar placer sexual al hombre ha sido altamente valorada o por el contrario es completamente menospreciada en diversas situaciones.

Langer, nos habla de las observaciones que realizó Kardiner en las islas Marquesas, donde la mujer está obligada a renunciar a su función materna y a su maternidad, ya que es un objeto sexual para el hombre quien depende en gran medida sexualmente de la primera. En este sentido, la mujer tiene privilegios sexualmente frente al hombre, pero a cambio de esto debe renunciar al disfrute de su maternidad.

También Langer se refiere las investigaciones publicadas, efectuadas por Margaret Mead, (Sexo y Temperamento); acerca de la vida social y sexual de los Arapesh, un pueblo primitivo de Nueva Guinea, donde la maternidad es una función prioritaria de la mujer por lo que es protegida y cuidada por el hombre para que sus capacidades procreativas no se lesionen, de tal forma que el propio hombre asume un papel maternal en estos cuidados a su pareja, que más tarde se extenderá a una identificación con su mujer embarazada, de donde Langer deduce que "...el marido comprendiendo el poder que la maternidad da a la mujer sobre sus hijos, le envidia su capacidad de dar a luz y se apropia mágicamente de ésta a través de la imitación del estado físico de la parturienta." (3)

En algunos casos se observa que muchas mujeres se acercan a la edad adulta con un miedo a la sexualidad, que le han remarcado desde pequeñas,

desempeñando una maternidad que lejos de ser placentera es ejercida como una obligación.

Contrariamente, se escucha a otras mujeres que desde lo consciente manifiestan estar en búsqueda de su consolidación laboral, expresando que tal actividad es incompatible con el ejercicio de la maternidad, no así con el de su sexualidad genital.

Además, la evolución histórica nos muestra que, en las últimas décadas de este siglo, la mujer de nuestra civilización ha adquirido una notable libertad sexual y económica que la ha llevado a insertarse por necesidad y/o voluntad a los medios de producción, adquiriendo en ocasiones una auténtica independencia económica respecto al varón, con una relativa disminución de los prejuicios y presiones sociales en torno a la sexualidad y una transformación valorativa de la maternidad, expresada en su negativa consciente e inconsciente a ser madres.

Este fenómeno maravilloso en la mujer, tiene importancia y trascendencia en sí mismo, y es imposible que pierda esta importancia en manos de una sociedad que pide calladamente a la mujer un cambio en su estructura valorativa.

¿Qué sucede en nuestros días? Por circunstancias socioeconómicas, se le manda a la mujer moderna un nuevo mensaje que resulta ser conflictivo y desconcertante para ella, y aquella meta que toda mujer tiene fijada consciente y/o inconscientemente en la maternidad no resulta ser ya la meta primordial, la meta por excelencia, aquella por la que justificó su existencia y para la que fue educada.

La sociedad le pide otro tipo de metas; tiene puesta en ella una serie de expectativas, que si bien no se jerarquizan si se les imprime mayor importancia que a la maternidad, la que es sublimada y en el peor de los casos rechazada, expresando con esto un desacuerdo con su propio sexo y con su propia existencia.

La maternidad es un fenómeno maravilloso en la mujer, implica el triunfo de su propia identidad, por lo cual tiene importancia y trascendencia en sí misma. La aseveración de esta importancia, radica en tomar en cuenta que en la mujer existe una interrelación entre fenómenos biológicos y psicológicos.

Así encontramos, desde la menstruación hasta la menopausia se desarrollan en la mujer procesos biológicos destinados a la maternidad. Cada mes, su matriz se prepara para recibir el óvulo fecundado (por el espermatozoide masculino), gracias a la función endocrina de sus ovarios. Al respecto nos dice Magda Catalán en 1998 "La naturaleza femenina, su biología concretamente, le posibilita la entrega, la gravidez, el parto y la crianza; experiencias definitivas que la marcan profundamente, no cabe duda" (4). Más adelante afirma "La maternidad es, desde siempre, un hecho indiscutible que ocupa un lugar concreto: el cuerpo de una mujer". (5)

En el plano psicológico, tanto Freud, Deutch H, M. Klein M. Reik T. y Horney K. coinciden en que la maternidad es un deseo inconsciente que está presente en toda mujer y que ésta va o no a ser asumida y/o ejercida en virtud de su propia historia, de su propia experiencia como hija. Es decir, que el significado psicodinámico de la maternidad representado objetivamente por el embarazo, puede evocar conflictos de necesidades de dependencia, rivalidades con la madre, hermanos o funciones propias como mujer. Todas estas variables contribuyen a la reacción que la mujer tome sobre la experiencia de ser madre.

Señalaremos además que en nuestras observaciones, coincidimos con M. Langer respecto a que la relación de la mujer embarazada con su madre, se traslada de la total dependencia infantil a la dependencia de la madurez. La maternidad, la pone en igual nivel que su madre y le da oportunidad de establecer una relación madura con ella, o bien la induce a juzgarla desde su mismo terreno. Es decir, que cuando ésta va a ser o es madre se pueden observar las dos reacciones opuestas:

- a. Incremento de la dependencia infantil ó
- b. Total independencia de ella.

Además, la responsabilidad por el pequeño bebé da importancia y produce satisfacción e incremento de la autoestima; aunque también implica cierto monto de angustia y culpa por lo que pudiera sucederle al hijo.

En cuanto a que ninguna sublimación es del todo efectiva en el caso de la maternidad, ya que dentro del hecho de ser mujer va implícito el de ser madre. En la medida en que la mujer, se asuma como hija primero y como madre después, estará facultada biológicamente para reproducir y paralelamente para disfrutar su sexualidad.

Esta función primordial denominada maternidad, puede ser ejercida con satisfacción y sin los sentimientos de culpa que originan la disociación de las dos funciones: maternidad versus sexualidad, necesarias en toda mujer; las que a su vez posibilitarán que la mujer sea productiva en otros campos, ya que al metabolizar esta conflictiva adquirirá su propia liberación y liberación implica responsabilidad.

1.4.2- La Actividad Física y la Preparación para el Parto.

Durante el embarazo es recomendable realizar ejercicios físicos, ya que se fortalecen los músculos -especialmente los que se utilizan durante el parto- y tendrán la embarazadas varios beneficios en su salud.

El ejercicio aumenta la circulación, y eso permite que tanto el bebé como su cuerpo se oxigenen mejor, por lo que sin duda el ejercicio es recomendable durante el embarazo, pero hay que tener claro que la condición es especial, para la embarazadas, por lo que no se trata de continuar haciendo ejercicios como si no pasara nada.

Los ejercicios no sólo le proporcionarán más oxígeno y una mejor circulación, sino que además le garantizará que después del embarazo no estarán con demasiado sobrepeso y que podrán recuperarse más rápido de todo el gasto de energía que un parto supone.

El ejercicio no debe ser muy violento. Los de alto impacto, los aeróbicos, las extensiones profundas de las articulaciones, la equitación, las artes marciales y el atletismo no se deben realizar en el embarazo; se pueden sustituir por ejercicios más suaves.

Es importante durante el embarazo, cuando se realiza alguna gimnasia recordarle a las gestantes que su bebé es parte de ella y así como se beneficia, también puede verse afectado. Si a la gestante le faltara el aire deberá detenerse inmediatamente puesto que al bebé también le estará faltando. Asimismo, debe estar pendiente de su temperatura y si ésta sobrepasa los 38°, tendrá que interrumpir los ejercicios y consultar de inmediato con su médico.

Si llegas a sentir dolor general, dolor de espalda, dolor pubiano, hemorragia, falta de aliento, palpitaciones, desfallecimiento o sensación de debilidad, dificultad para caminar o pulso anormalmente rápido la embarazada deberá interrumpir el ejercicio y ponerse en contacto con el médico inmediatamente.

La natación, las técnicas de relajación, el yoga y los ejercicios de tonificación son el tipo de ejercicios recomendados para mujeres embarazadas, pues ayudan a mantener la forma sin maltratar a la madre y sin poner al bebé en peligro. Además hay ejercicios de preparación para el parto, por lo que podrán practicar también estos, de tal manera que cuando ese momento maravilloso llegue entonces la gestante podrá estar fuerte y además sabrás qué hacer en ese exclusivo momento, para muchas irrepetibles

En caso de que las embarazadas presenten antecedentes de tres o más abortos involuntarios, trabajo de parto prematuro, hemorragias, diagnóstico de placenta previa, cuello de útero insuficiente, cardiopatía o embarazo múltiple, es mejor que no realice ejercicio a menos que el médico se lo indique expresamente.

De igual forma, si sufre de hipertensión arterial, enfermedad de la tiroides, anemia, diabetes, o si hay antecedentes de trabajo de parto precipitado, retardo del crecimiento intrauterino, hemorragias durante el embarazo actual, o

si el peso está muy por encima o por debajo de lo normal, el ejercicio no se recomienda o al menos nada muy intenso.

Hasta hace algunos años atrás existía la creencia de que las mujeres embarazadas prácticamente no debían moverse. Y si bien los distintos mitos que circulaban en torno a este tema han ido desapareciendo con los años, hay quienes todavía no se entusiasman por completo con la práctica física durante este período.

Hacer gimnasia reporta muchos beneficios para la mamá y el niño, sobre todo cuando se trata de ejercicios que enseñan técnicas de respiración, relajación y elongación. Por otro lado, realizar actividad física en estos meses permite tonificar la musculatura, y evitar que después del parto los músculos queden demasiado flácidos

Dentro de las muchas modificaciones que experimenta el cuerpo de la mujer en esta etapa, las que más repercusión tienen en la práctica deportiva son la mayor tensión en la zona del vientre -producto del peso del útero-, y los cambios en la curvatura de la espalda. En las clases que nosotros realizamos ponemos especial énfasis en el mejoramiento de la postura lumbar y el fortalecimiento de la zona abdominal, a modo de facilitar la posterior expulsión del niño. Estas rutinas también resultan muy útiles para contrarrestar ciertos dolores y molestias propios de las embarazadas.

Otro cambio importante y que merece especial atención, es la mayor laxitud de los ligamentos y articulaciones, lo cual incrementa el riesgo de esguinces y fracturas. Para evitar las torceduras es recomendable utilizar un calzado adecuado, y efectuar siempre una rutina de precalentamiento antes de iniciar la clase.

Las mujeres que realizaban actividad física antes de quedar embarazadas tienen más facilidades para efectuar una rutina de ejercicios de preparto, a pesar de que también deben tener presente una serie de consideraciones.

Hay deportes como el yoga o la natación que se pueden seguir practicando sin ningún problema, aunque siempre es necesario asistir a clases que sean especiales para embarazadas, y que estén a cargo de un profesional adecuado. El aeróbico definitivamente tendrá que ser descartado, porque requiere un esfuerzo físico muy intenso.

Muchas mujeres en su afán por mantenerse esbeltas continúan con su actividad física de siempre, lo cual puede resultar muy perjudicial para el bebe “Los ejercicios que implican un alto consumo de oxígeno pueden provocar una hipoxia o sufrimiento fetal, y esto muchas veces está relacionado con un retardo en el crecimiento intrauterino”. (6)

Entre las recomendaciones para mujeres embarazadas está el caminar diariamente unos veinte minutos, ése es el mejor ejercicio. “Estar sentada o parada durante mucho rato está contraindicado, porque dificulta el retorno venoso en las extremidades inferiores. Si por el contrario, la persona se acostumbra a caminar a un ritmo suave, pueden prevenirse algunos trastornos frecuentes, como edemas, várices y hemorroides”. (7)

1.4.3- Cambios Corporales:

Los cambios corporales que ocurren a lo largo del embarazo, modifican las dimensiones anatómicas, la disposición espacial de órganos y estructura esquelética, el funcionamiento respiratorio, circulatorio y digestivo, como fenómenos más evidentes, además de otros más sutiles a nivel de piel, órganos sensoriales y estado anímico.

Estas modificaciones se producen por acción hormonal y por acción mecánica. Las hormonas son “mediadores” químicos producidos por distintas glándulas coordinadas por el cerebro, que viajan por la sangre y estimulan determinadas funciones o inducen ciertos cambios en los tejidos. Desde el momento de la concepción los niveles hormonales femeninos se modifican, para cumplir con la protección de la gestación, para preparar y desencadenar el parto y para la producción de leche. Estas mismas hormonas, aumentan la laxitud de los ligamentos articulares y de los músculos, tanto los esqueléticos voluntarios,

como los de las paredes viscerales y vasculares. Esto se traduce en dilatación vascular y de la vía urinaria, disminución del peristaltismo intestinal, y mayor flexibilidad articular con hipotonía muscular generalizada.

A medida que el tamaño del útero crece, aparecen los fenómenos mecánicos de compresión vascular y de vísceras pelvianas y abdominales, y el “arrastre” de la columna lumbar hacia adelante, por el peso mal sostenido por una musculatura hipotónica, que exagera la curva de lordosis lumbar y es compensada para el equilibrio, con la exageración de las otras curvas de la columna, desacomodando el eje y provocando frecuentemente la aparición de compresiones nerviosas y contracturas musculares para reducir los movimientos dolorosos, lo que lleva a un círculo vicioso de compresión-dolor-contractura-compresión.

La práctica cotidiana de ejercicios apropiados, mejora la circulación y la capacidad respiratoria, fortalece y aumenta la elasticidad de la musculatura del suelo de la pelvis y mejora la alineación articular.

1.5- *Objetivos*

- Determinar la incidencia de la ansiedad en las gestantes del Consejo Popular Covadonga.
- Analizar el comportamiento de este síntoma en la salud reproductiva de ellas.

1.6- *Hipótesis*

“Brindándole un seguimiento a la ansiedad lograremos una mayor salud reproductiva en nuestras gestantes “

1.7- *Definición de Trabajo:*

Para la determinación de los niveles de Ansiedad aplicaremos la prueba de Cattell, estandarizada a la población cubana y que consta de los siguientes factores:

- Q3; Es una medida de hasta que grado se halla incluida la ansiedad en los hábitos y estructuras del carácter aprobadas socialmente.
- C; Capacidad personal inmediata de controlar y expresar las tensiones en forma adecuada y realista. Genera ansiedad la alta tensión ansiosa, causa alguna de regresión impidiendo el desarrollo normal de la fuerza del yo. Yo inseguro.
- L; Contribución de la inseguridad social a la ansiedad
- O; Ansiedad depresiva de culpabilidad, su característica central es un sentimiento de desmerecimiento, ansiedad y represión.
- Q4; Impulsividad, necesidades insatisfechas. Necesidad de reconocimiento y temor situacional, tendencia a la emocionalidad, irritabilidad y nerviosismo.

Con la siguiente calificación:

| | | | |
|-------|-----------|--|--|
| STEM: | # 10 | - Muy alta ansiedad | Índice de neurótico en ansiedad |
| STEM | # 9 Y 8 | - Índice de alta ansiedad | Necesidad de orientación y psicoterapia |
| STEM | # 7 | - Neurótico de menor ansiedad | Necesidad de atención psicoterapia. |
| STEM | # 6,5 y 4 | - Normal. | Esencialmente normal en lo que concierne a ansiedad |
| STEM | # 3,2 y 1 | - Posible perezoso y carente de motivación | Capaz de tolerar muchas crisis y tensiones periódicas. |

1.7.1- Tareas:

- Aplicación del psicodiagnóstico a las embarazadas para determinar los niveles de Ansiedad.
- Aplicación de una encuesta a embarazadas para determinar causas que puedan general ansiedad.

1.7.2- Definición de Conceptos y Variables:

ANSIEDAD; Ansiedad, temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia

GESTACION; Embarazo, gravidez

ESTRÉS: En aquellas respuestas del organismo ante cualquier evento en el cual las demandas ambientales, las demandas internas, o ambas agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema orgánico, al tiempo que se le concede gran importancia a la evaluación

HIPERTENSION: Aumento de la presión arterial

PRIMIPARA: Mujer que ha parido o que pare por primera vez. Si no lo ha hecho nunca se llama nulípara y si ha parido varias veces múltipara.

PSICOPROFILAXIS: Psico (mente), profilaxis (tratamiento preventivo) = Evitar con simples medidas psicológicas, la aparición de reacciones inconvenientes.

PREMATURIDAD: Nacimiento antes de fecha programada.

TERAPEUTICO: Que cura o alivia; en oposición a la profilaxis, que previene o evita.

TRASTORNO SITUACIONAL PREDOMINANTE ANSIOSO (con alteración predominante de otras emociones): Estado que satisface los criterios generales de una reacción de adaptación, cuyos síntomas principales son de tipo ansioso con expresiones de preocupación, temor y otras alteraciones emocionales pero no específicamente depresivas.

II- DESARROLLO

2.1- *Resumen Bibliográfico*

Díaz Novas y Morales Calatayud, (1990) (8) presentaron los resultados de una investigación que estudió las relaciones de los acontecimientos con problemas de salud, se refirieron utilizar la expresión más completa de “acontecimientos significativos de la vida”, a los que caracterizó como “aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto, que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres, y que requieren de esfuerzo adaptativo”. Como se puede apreciar, este concepto está siendo visto dentro de una noción general de adaptación y muy vinculado a otro concepto el “estrés”. Realmente hay muchos trabajos en la literatura que apoyan la idea de que la ocurrencia de estos acontecimientos actúa como precursora de estados de enfermedad o de accidentes, por cuanto operan como situaciones de tensión que activan respuestas neuroendocrinas, las que pueden implicar cambios tales como modificaciones en el metabolismo de los lípidos, disminución de la inmunocompetencia, aumento de las cifras de tensión arterial o cambios en el estado de ánimo, por ejemplo; depresión y ansiedad, así como afectar la atención activa, lo que puede dificultar la capacidad laboral y crear una cierta propensión a los accidentes, o llevar a la persona a adoptar o intensificar ciertos comportamientos nocivos para su salud como fumar, ingerir bebidas alcohólicas, descuidar el tratamiento de una enfermedad crónica que ya padece etc.

En cuanto al concepto de “estrés”, su definición ha conocido varios momentos, desde el enfoque clásico eminentemente fisiologista de Selye, hasta los planteamientos más divulgados en la actualidad bajo la orientación cognitivista en el sentido de que consiste en aquellas respuestas del organismo ante cualquier evento en el cual las demandas ambientales, las demandas internas, o ambas agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema orgánico, al tiempo que se le concede gran importancia a la evaluación que el sujeto hace del estímulo, lo que tendrá una influencia en la intensidad de la respuesta.

2.1.1- La depresión durante el embarazo.

La depresión es más frecuente durante el embarazo que tras el parto. Este tipo de depresión durante el embarazo puede tener efectos perjudiciales para el feto. Por este motivo son necesarios mayores esfuerzos para reconocer y tratar esta dolencia.

Los investigadores recuerdan que aunque la depresión tras al parto ha sido objeto de interés científico, no ha ocurrido lo mismo en el caso de la depresión que aparece en el transcurso del embarazo.

En este sentido, es urgente investigar en ambos casos cuáles son las consecuencias para el feto y los beneficios potenciales al profundizar en el estudio de la depresión que aparece durante el periodo de gestación.

Así como son muchas las investigaciones sobre la depresión tras el parto, la depresión durante el embarazo no ha sido tan estudiada y puede tener consecuencias fisiológicas para el feto. Pero los especialistas opinan que la depresión preparto necesita atenderse con mayor interés. Por ello, es necesario estudiar sus consecuencias para intensificar su protección y tratamiento.

Los científicos se han mostrado preocupados por el uso abusivo de antidepresivos durante el embarazo, por lo que se recomienda otro tipo de intervenciones no farmacológicas, como la psicoprofilaxis, que se han mostrado efectivas en el tratamiento de depresiones moderadas. Además, los resultados indican que los síntomas de la depresión posparto no difieren de cualquier otro tipo de depresión, por lo que pueden ser tratados de la misma forma.

2.1.2- Depresión Posparto:

Después de nueve meses de espera, el bebé por fin llegó a los brazos de su madre. El marido estará feliz. Los familiares y amigos no tardaron en aparecer; todos querrán dar sus respectivas felicitaciones y regalos.

Sin embargo, y a poco andar, la madre empieza a experimentar sensaciones que la confunden. Está triste, irritable y continuamente tiene ganas de llorar. Es lo que los médicos denominan depresión post parto que, se estima, afecta a un 15 por ciento de las mujeres.

Su aparición es gradual, y ocurre generalmente después de abandonar la clínica. “Cuando las mamás están todavía hospitalizadas, no tienen que preocuparse mucho de los niños. Las enfermeras se encargan de los cuidados básicos, y por lo general está el marido o algún otro familiar que también colabora. Cuando llegan a la casa, en cambio, se sienten solas frente a una enorme responsabilidad. Y ahí empiezan a cuestionarse si es que están capacitadas para eso”.

Este sentimiento de angustia es provocado por los cambios hormonales propios de este período, y el agotamiento físico que se produce después del parto. Hay quienes sostienen que también influye la sensación de vacío que queda, al no seguir llevando al niño en el vientre. “La madre deja de sentir al niño como algo íntimamente unido a ella. Ahora su hijo es otra persona, y es además alguien que depende totalmente de sus cuidados”, afirma la especialista.

Otro aspecto que produce gran inseguridad es la nueva imagen corporal que la mujer tiene de sí misma. “Al verse todavía hinchadas o algo gordas, tienden a pensar que ya no resultan atractivas para sus maridos. Y eso las deprime aún más”.

La depresión post parto no suele prolongarse más allá de tres semanas o un mes. Durante este tiempo es necesario que el marido le dé todo su apoyo a la mujer, y que colabore con las tareas que requiere el niño. También es imprescindible que el médico entienda el proceso que está viviendo la nueva madre.

Generalmente se requieren un par de visitas de apoyo psicológico, donde la paciente expresa sus temores e inquietudes, y a las que es conveniente asistir en pareja. El tratamiento farmacológico se administra sólo en algunos casos. “Lo más recomendable es que la madre pueda descansar, y que tenga tiempo para dedicarse también a ella misma”.

Como una forma de prevenir que este trastorno se produzca, el ginecólogo y los familiares deberían evaluar los factores de riesgo de la futura madre. Dentro de ellos está el hecho de que sea el primer hijo. “Cuando no se tienen experiencias anteriores, es muy probable sentir temor ante las obligaciones que deberán comenzarse a afrontar. Esto sucede con frecuencia en adolescentes”. Otras variables necesarias a considerar son el haber tenido un embarazo difícil; manejar con dificultad las situaciones de estrés y ser una persona muy autoexigente.

Un aspecto que hay que recalcar es la diferencia de este tipo de depresión - que es más bien un estado de *desánimo temporal*- con otros trastornos más complejos, como es la *psicosis post parto*. En estos casos pueden observarse patologías *maníaco depresivas*, y en el cuadro clínico pueden presentarse sentimientos intensos de *tristeza, alucinaciones y agitación psicomotora*. Todo esto puede provocar un rechazo del bebe y en ocasiones, *sentimientos suicidas*. Por lo que se hace necesario un apoyo psiquiátrico prolongado y es inevitable recurrir a la terapia farmacológica.

2.1.3- Relación de Ansiedad y Depresión:

Los mecanismos de recompensa y de evitación se encuentran en equilibrio dinámico y que en las depresiones hay un fallo de los primeros mientras que en la neurosis se encuentra una hiperfunción de los segundos. Ambos sistemas se autorregulan por mecanismos cibernéticos y además, se influyen mutuamente. Esto desde luego, no es nada nuevo. Se considera a las depresiones, tanto exógenas como endógenas, como producidas por trastornos de los mecanismos de recompensa, postulado al mismo tiempo, un predominio relativo; es el que explica los temores, la ansiedad y los síntomas neuróticos de los deprimidos. En la neurosis hay un aumento primario de los mecanismos de evitación, se produce también una disminución “relativa” de las funciones de los sistemas de recompensa, lo que permite interpretar los síntomas depresivos o la anhedonia de los neuróticos.

Cualquier trastorno de uno de los sistemas puede repercutir en mayor o menor escala sobre el otro. En las depresiones están aumentados los temores y que en las neurosis hay ciertos elementos depresivos.

Se puede afirmar que la recompensa y evitación son motores y defensores del individuo y de la especie. El funcionamiento del sistema de recompensa, por retroalimentación mantiene la tendencia de seguir viviendo que tienen los seres vivos. En este sentido puede decirse metafóricamente que la Naturaleza se vale de este mecanismo para mantener la continuación de la vida.

2.1.4- Embarazo y Estrés:

Fatiga, ansiedad, sueño, alteraciones del apetito y fluctuaciones en el estado anímico son síntomas comunes en las embarazadas, de esa forma responden a los constantes cambios hormonales que se experimentan durante esta etapa.

Sin embargo, hay ocasiones en que estas mismas señales indican que un cierto grado de estrés está afectando a la futura madre. “El embarazo es una situación nueva, distinta y desconocida, por lo que es normal que produzca temor en la mujer. A esto hay que agregar el hecho de que usualmente se piensa que las embarazadas están felices todo el tiempo; entonces, si no nos sentimos así, lógicamente nos vamos a preocupar y angustiar más”. (9)

A juicio de los especialistas, son muchos los factores que inciden en la presentación de esta sobrecarga emocional, entre los cuales destaca la personalidad de la embarazada y la relación con su pareja. “Los cambios físicos pueden repercutir fuertemente en las mujeres con baja autoestima, y llevarlas a sentirse poco atractivas para el marido. Esto ocurre con frecuencia en personas muy autoexigentes y perfeccionistas. Por el contrario, hay mujeres que se siguen sintiendo fantásticas y regias durante todo el embarazo, y gozan con cada una de sus etapas –aun cuando les preocupa lo que están viviendo, y tienen inquietudes en relación al parto y a su desempeño como madre”. (10)

Respecto a este mismo punto, la influencia que ejercen los medios de comunicación y la publicidad, al instaurar una suerte de modelo a seguir. “Muchas veces las embarazadas tratan de cumplir con los patrones que la sociedad y las propagandas establecen, donde el ideal es la mujer que tiene una barriga mínima, y que se ve tan estupenda como antes. Pero esto no es así en la mayor parte de los casos, por lo que es común que se generen problemas de autoimagen. Fuera de esto, también está el tema de “cómo me veo yo con respecto a mis pares o a otras embarazadas, que puede transformarse en una nueva exigencia”. (11)

Algunos autores coinciden en que se puede evitar el estrés durante el embarazo:

- Si la gestante quiere estar bien informada respecto a lo que significa el embarazo, debe asesorarse con profesionales especializados, que le den seguridad.
- Debe realizar actividad física en forma constante: el ejercicio, además de ayudarla a mantener un peso adecuado, le servirá para distraerse.
- Practicar diariamente técnicas de relajación.
- Tratar de disfrutar cada etapa del embarazo, tomando conciencia de los cambios que está experimentando su hijo. Recuerde que ESE embarazo, es irrepetible.
- Fomentar una buena relación familiar, especialmente con su marido; una sana comunicación siempre facilita las cosas.
- En caso que su trabajo le demande mucho esfuerzo, intentar hacer las cosas con tiempo, sin ponerse metas que le serán imposible cumplir.

2.1.5- Embarazo en la Adolescencia:

En nuestra provincia se ha desatado una preocupante de consecuencia negativa que será mayor a largo plazo; el embarazo en la adolescencia, lo que constituye una preocupación a las autoridades educacionales y de salud, por los riesgos y consecuencias que ello genera en los adolescentes y el hijo que se avecina, por cuanto en la mayoría de los casos ese niño se convierte en un hijo no deseado por la insuficiente madurez física y emocional para enfrentarlo.

“Las consecuencias sociales desagradables que con mas frecuencias acompañan el embarazo en la adolescencia son; la interrupción de los estudios y de la preparación técnico-profesional, lo que aumenta a su vez la posibilidad de convertirse en madres solteras, posibles ama de casa, aspectos que se corroboran en investigaciones realizadas por especialistas del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de la Academia de Ciencias de Cuba, al afirmarse que existen, “Estrecha relación entre la paternidad temprana y la maternidad soltera.”(12)

2.1.6- Preparación Físico-Psicológica en las embarazadas:

El parto tradicional está plagado de una serie de contrariedades que lo convierten en una actividad desajustada y en las que hay que buscar el origen de los dolores ilegítimos que ensombrecen, con frecuencia, el parto de la mujer no preparada.

El papel de la psicoprofilaxis no es otro que la normalización de esa actividad disarmónica. Con ese fin, en su aspecto psicológico durante la preparación, la embarazada:

1. Se familiarizará con su propio organismo, conocerá los mecanismos del parto, diversas fases y sus manifestaciones subjetivas, sabrá cual es su conducta y la actividad diversa de quienes le prestan atención durante el parto.
2. Estos elementos informativos despojan a la embarazada de una serie de incógnitas inquietantes; la libera del temor a lo desconocido, de sus miedos absurdos, del factor sorpresa, factores estos que a la hora del parto habrían de convertirse en agentes perturbadores de la función nerviosa superior, de la buena marcha el parto y de la sensibilidad dolorosa.
3. Aprende cuales son los factores que provocan y aumentan los dolores en el parto tradicional.

A podido darse cuenta como el desanimo, las emociones negativas, la emociones concentradas en el dolor y la palabra de contenido malsano, disminuyen el tono y la actividad de la corteza, determinando la aparición o exacerbación de los dolores. Saben de los mecanismos reflejos condicionados que desatan el dolor, en el parto de la embarazada no preparada.

Con todos estos elementos de juicios en sus manos, la embarazada llegará fácilmente a la conclusión lógica de que: los dolores del parto tradicionales son las consecuencias de una mala adaptación de la parturienta. El parto no tiene

por qué ser fatalmente doloroso, los dolores de este son perfectamente soportables y que en sus manos esta el modo de evitarlos.

1. Conoce y disfruta de los beneficios de la atención perinatal; se adentra en el conocimiento del método, sus fundamentos, mecanismos fisiológicos, ventajas, eficacia; y esta plenamente conciente de todas las seguridades que, en el estado actual de la ciencia obstétrica rodean a su hijo y a ella.
2. Durante a la preparación a la embarazada se le enseña a luchar contra su mal ambiente, se le previene de que el parto es una prueba física dura; se le ha demostrado lo que ella puede y debe hacer en su parto para beneficio de ambos.

El resultado de todas estas medida educativas serán; una embarazada a termino emocionalmente equilibrada, con una buena disposición, con una corteza funcionalmente buena, que a la hora del parto habrá de reaccionar adecuadamente a las señales proveniente del área uterina; una embarazada con una actividad mental combativa y siempre orientada hacia sus objetivos:

- Mejorar la marcha del parto.
- Promover la indolorización de este.
- crear las mejores condiciones para el nacimiento de su hijo.

Una embarazada a término, con claro sentimiento de responsabilidad, muy conciente de que de ella depende el éxito del método y dentro d ciertos limites la buena marcha del parto y la seguridad de su hijo.

En la vertiente física de la preparación, por medio de una educación neuromuscular, la embarazada aprende la conducta armónica que habrá de realizar durante el parto; sabe como conservar su fuerza, como utilizarla inteligentemente, como acelerar el proceso del parto. Ha aprendido a imponérsele al tiempo y a la fatiga, mejorando el curso del parto y evitando la aparición o intensificación del dolor relacionado con estos factores.

Pero como lo físico tiene su acompañante psíquico, también la coordinación neuromuscular aporta al parto preparado, a través de relajamiento y de la adaptación respiratoria, un elemento normalizador de la función nerviosa superior y por activación de la corteza y por un aumento en la reacción de frenado mantiene toda la actividad perceptiva de la embarazada dentro de límites normales.

La preparación psicoprofiláctica es un proceso de adaptación psicosomático que convierte al parto anárquico de la mujer no preparada en una actividad verdaderamente fisiológica.

2.2- Metodología

2.2.1- Selección de la Muestra:

Este estudio se realizó en el Consejo Popular Covadonga perteneciente al área de salud número III, del municipio Aguada de Pasajeros, provincia Cienfuegos, durante el período entre los meses abril y mayo del año 2006. Como muestra fueron utilizadas 17 mujeres embarazadas de los distintos consultorios médicos de la comunidad, para un tamaño de la muestra de 100% de representatividad. Se subdividió el período de gestación en tres trimestres; primero desde 0-14 semanas, segundo desde 15- 28 semanas y el tercero desde 29- 42 semanas. Es nuestro interés descifrar las afectaciones que sufren nuestras gestantes en este período y para ello utilizamos el siguiente instrumento psicológico, Test de Cattell:

2.2.2- Fundamentación del Test de Cattell

La escala de Cattell (Anexo # 1) es un cuestionario valido en Cuba en el Hospital Psiquiátrico de la Habana en 1974. Conociéndose el valor y la utilidad de este método para la clínica. Se trata de un método de uso sencillo que permite conocer en pocos minutos la ansiedad y sus raíces y que nos deja impreso los elementos normales o patológicos de la prueba.

La escala de ansiedad esta basada en extensas investigaciones descritas en otras partes, y probablemente sea el más efectivo cuestionario breve, disponibles para suplementar el diagnostico clínico y dar una medida objetivas para fines investigativos cuando solo se dispone de un corto tiempo con cada sujeto. Es autoadministrable en el sentido que la persona puede revisar los 40 renglones en alrededor de 5 minutos.

Finalmente es de fácil puntuación por un técnico o empleado en alrededor de un minuto mediante una clave estándar pudiendo dicho técnico presentar una clave normativa. Es aplicable en ambos sexos, a todas las edades a partir de los 14 o 15 años y a casi todos los niveles educacionales. La puntuación principal o individual es una puntuación "Stem" estándar de ansiedad total que

la muestra la posición del paciente en una escala de 10 puntos relativa a la población general y grupos de pacientes en particulares. Pero pueden obtenerse puntuaciones adicionales en término de:

- El papel de la estructura de la personalidad en su contribución a la ansiedad.
- Un desglose en ansiedad sintomática (abierta) o ansiedad encubierta no manifestada conscientemente.

En nuestro país este cuestionario es utilizado también por la determinación del estrés, ya que la ansiedad es el indicador principal del mismo y es el uno que es valido para el MINSAP en cuba hasta el momento, aun cuando en algunas instalaciones se aplican el test de Seppo y otros. El departamento de psicología de Medicina Deportiva el que utiliza es la escala de Cattell.

En la presente investigación se utilizó un diseño no experimental transeccional descriptivo, basándose en la aplicación de entrevistas a nuestra población de gestantes para obtener los datos necesarios como:

- Edad cronológica
- Edad gestacional.
- Trimestres del embarazo
- Etapas del desarrollo
- Escolaridad.
- Ocupación
- Nivel de ingreso.
- Estado civil.
- Antecedentes del embarazo.
- Tipos del embarazo.
- Planificación del embarazo.
- Apoyo familiar y del padre.

2.2.3- Métodos y Procedimientos

En la presente investigación se aplicaron métodos teóricos para fundamentar los resultados confiables.

- ❖ Método teórico descriptivo: Permitió procesar toda la información bibliográfica y los datos obtenidos en la aplicación de instrumentos. Para arribar a la situación problemática y la fundamentación teórica.
- ❖ Método empírico: este se utilizó en la aplicación de los siguientes instrumentos.
 - Test de Cattell; para medir la ansiedad.
 - Entrevista a las embarazadas.
- ❖ Método porcentual: Se aplicaron habilidades manuales para la obtención de los resultados procesados. Así como el análisis porcentual y la media Aritmética.

2.3- Análisis he Interpretación de los Resultados

Tabla # 1

| N | MEDIA | | | | |
|----|------------------|------------------|-------------------------|---------|--------|
| | Edad cronológica | Edad gestacional | Trimestres del embarazo | | |
| | | | primero | segundo | tercer |
| 17 | 22,68 | 29,22 | 1 | 8 | 8 |

Se puede observar que el promedio de las embarazadas estudiadas tienen una edad cronológica de 22,68 años con una edad gestacional de 29, 22 semanas. Predominando una igualdad entre el 2do y 3er periodo de embarazo

Tabla # 2

| ETAPAS DEL DESARROLLO | | | | |
|-----------------------|-------------|-------|--------|-------|
| N | Adolescente | Joven | Adulto | Añosa |
| 17 | 8 | 7 | 2 | 0 |

El predominio de embarazadas, se encuentran en la etapa evolutiva de la adolescencia lo que trae consigo inmadurez para asumir el embarazo. Debido a las características propias de la edad.

Tabla # 3

| ESCOLARIDAD | | | | | | |
|--------------------|-------------------|--------------|-------------|-------------------|-----------------|--------------|
| N | Analfabeto | Prim. | Sec. | Pre-Univer | Téc- Med | Univ. |
| 17 | 0 | 3 | 11 | 3 | 0 | 0 |

Las embarazadas de nuestro estudio se encuentran en el intervalo de educación secundaria por lo que inferimos que todas no tienen la nivel suficiente para asumir un embarazo. Ya que no están preparadas intelectualmente para asumir la educación del futuro hijo, tampoco enfrentan los cambios que ocurren en el organismo en el período de gestación de la forma más correcta y adecuada, siendo esto una causa de posible ansiedad.

Tabla #4

| OCUPACIÓN | |
|------------------|--------------------|
| N | Ama de casa |
| 17 | 17 |

El total de las embarazadas de este estudio, se dedican al cuidado de la casa exclusivamente, de esta forma tronchando su desarrollo personal.

Tabla #5

| NIVEL DE INGRESOS | | | | |
|--------------------------|----------------|-------------|--------------|-------------|
| N | Ninguno | Bajo | Medio | Alto |
| 17 | 1 | 4 | 12 | 0 |

Aunque el nivel de ingresos sea medio, no justifica los niveles de ansiedad ya que por ser la mayoría de las gestantes dependientes de la familia o de la pareja.

Tabla #6

| ESTADO CIVIL | | | | | | |
|---------------------|----------------|---------------|-------------------|----------------------|--------------|--------------|
| N | Soltera | Casada | Divorciada | Unión estable | viuda | otros |
| 17 | 4 | 1 | 6 | 6 | 0 | 0 |

La mayoría de nuestras gestantes, se encuentran entre unión estable y divorciadas. Lo que demuestra los niveles de ansiedad presentados.

Tabla #7

| ANTECEDENTES DEL EMBARAZO | | | |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|
| N | Primíparas | Múltiparas | Intentos anteriores |
| 17 | 9 | 8 | 3 |

En nuestra muestra a pesar de la etapa del desarrollo en que se encuentran, existe una mayoría que se enfrentan a su primer embarazo

Tablas #8

| Tipo de Embarazo | | | | |
|-------------------------|---------------|--------------------|------------------------|-----------|
| N | Normal | Alto Riesgo | Muy Alto Riesgo | |
| 17 | 10 | 6 | 1 | EI |

Predominio de mujeres con embarazo normal por encima del Alto Riesgo,

Tablas #9

| Planificación del Embarazo | | |
|----------------------------|---------|------------|
| N | Deseado | No deseado |
| 17 | 5 | 12 |

El resultado de un embarazo no deseado, es una causa fundamental del síntoma de ansiedad durante la gestación, perjudicial para la salud de la madre y el futuro hijo.

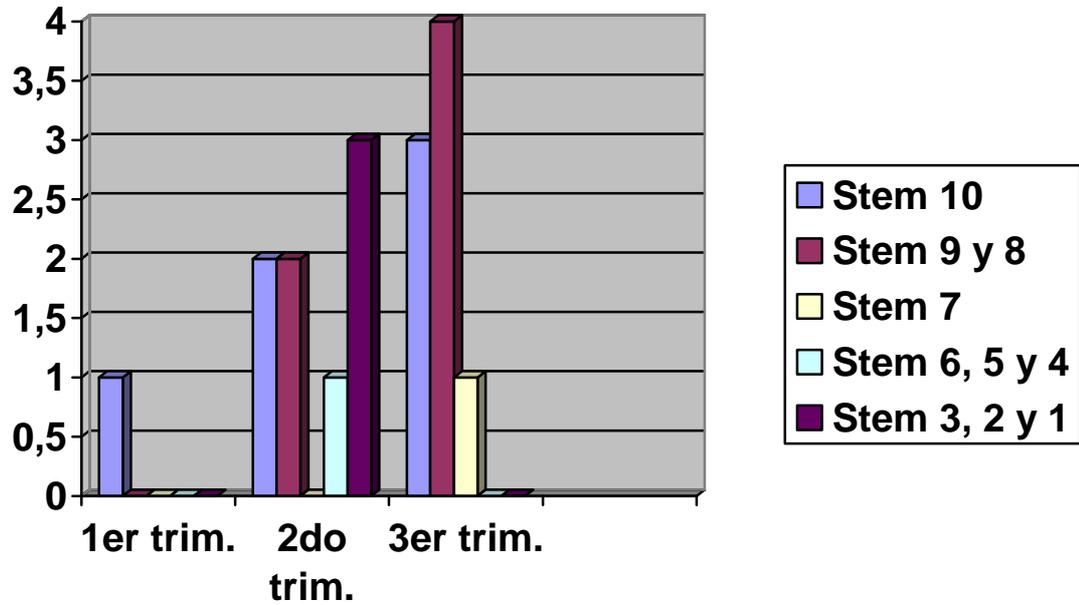
Tablas #10

| APOYO FAMILIAR | | | | |
|----------------|----|----|-----------------|----|
| N | Si | No | Apoyo del padre | |
| 17 | 16 | 1 | si | no |
| | | | 12 | 5 |

Un elevado número de embarazadas ha recibido apoyo familiar. Pero no de igual forma apoyo del padre. Lo que puede desencadenar serios problemas durante la gestación.

Tabla: 11

Resultados de Cattell



En los resultados que se muestran en esta gráfica se puede observar que existe una Alta y Muy alta Ansiedad con predominio de los Stem 10 y Stem 9 y 8 lo que justifica los siguientes resultados de la ansiedad en las gestantes de esta comunidad. De las 17 embarazadas evaluadas presentan niveles altos de ansiedad 12 las cuales se les aplicó otra entrevista y llegamos a los siguientes resultados.

Tabla: 12

| COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------|
| N | Hipertensión arterial | 3 |
| 17 | Bajo peso del la madre | 2 |
| | Bajo peso feta | 3 |
| | Tabaquismo | 1 |
| | prematuridad | 2 |
| | Obesidad | 1 |
| | | Total |
| | | 12 |

La ansiedad puede desencadenar infinitos comportamientos siempre perjudiciales para la salud. En la muestra utilizada estos son los riesgos por lo que se enfrentan las gestantes del Consejo Popular Covadonga.

III- CONCLUSIONES

3.1- Conclusiones

1. Existe una incidencia significativa de la ansiedad en las gestantes evaluadas en la comunidad Covadonga con predominio de un índice neurótico, necesidad de orientación y psicoterapia.
2. La ansiedad se encuentra presente en los tres trimestres del embarazo con predominio en el 2do y el 3er trimestre.
3. El comportamiento de este síntoma en la salud reproductiva se manifiesta de forma perjudicial apareciendo Bajo peso fetal y de la madre, Tabaquismo, Hipertensión arterial, Obesidad, Niños prematuros.

3.2- Recomendaciones

- Ampliar la información sobre los daños que pueden acarrear la ansiedad en la salud reproductiva.
- Lograr que las embarazadas comprendan que la psicoprofilaxis para el parto las ayudará a eliminar la ansiedad que la perjudica tanto a ellas como al futuro hijo.
- Recomendar que el personal de salud que atiende el embarazo en el municipio Aguada de Pasajeros estimule, programe y controle el programa priorizado tanto por el MINSAP y el INDER.
- Seguir investigando en esta línea tan rica y poco explorada.

V- ANEXOS.

CUESTIONARIO

Test de R. B. Catell

Ansiedad Latente y Ansiedad manifiesta a través de las escalas Q3, C (-), L, O y Q4

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PSICOLOGIA
MODELO DE AUTOANALISIS
R.B.CATTELL

Nombre: _____ Fecha: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
H.C. _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Dirección: _____
Telef. _____

En este folleto encontrara cuarenta preguntas en relación con las dificultades por las que pasan la mayoría de las personas en algún momento de sus vidas. Si usted maraca (si, no, etc.) con franqueza y sinceridad ayudara a comprender cualquier problema que usted tenga.

Comience con los dos ejemplos que están debajo para practicar. Marcando con una cruz en cualquiera de las casillas de abajo, permite conocer si la pregunta esta de acuerdo con su modo de ser, o no, en que forma etc. Lea ahora las preguntas y marque sus respuestas.

1. ¿Me agrada a mí caminar?
 Si A veces No
Una casilla adicional se ha puesto en el medio para cuando no pueda contestar si o no, pero úsela lo menos posible.
2. ¿como prefiero yo emplear una noche?
 Hablando con las personas dudoso En el cine
Casi en la mitad de las preguntas se puede hacer una selección como la de ejemplo, numero 2.
Recuerde usar la casilla de “A veces” o “Dudoso” solo si no se puede decidir entre las otras dos.

Ahora:

1. Llene los datos de identidad que aparecen en la parte superior de esta página.
2. No dejes sin contestar ninguna pregunta en su orden. Sus respuestas son enteramente reservadas.
3. No gaste tiempo en meditaciones. Conteste cada una inmediatamente del modo como piensa en este instante. Usted puede haberlas contestado antes, pero hágalo como piensa ahora. La mayoría de las personas terminan en cinco minutos; otras en diez. Tan pronto se le diga, dé la vuelta a esta página y comience

ESPERE EL AVISO.

1. ¿Tiende a caminar rápidamente mi interés por las personas y diversiones?
() Si () Dudoso () No
2. ¿Puedo yo mantenerme sereno aun cuando no se piense muy bien de mí?
() Si () Dudoso () No
3. Cuando voy a exponer mis argumentos ¿me gusta esperar hasta estar seguro de estar en lo cierto?
() Si () Dudoso () No
4. ¿Permito yo a veces que los celos influyan sobre mis acciones?
() Si () Dudoso () No
5. Si tuviera que vivir de nuevo mi vida:
() La planearía diferente () Dudoso () No
6. ¿Admiro yo la actuación de mis padres en todos los asuntos importantes?
() Si () Dudoso () No
7. ¿Encuentro duro que me digan que no, aun cuando yo sepa que lo que pido es imposible?
() Si () Dudoso () No
8. Cuando alguien se muestra conmigo mas amigable de lo que se podría esperar ¿dudo yo de su honradez
() Si () dudoso () No
9. ¿Como eran mis padres al exigir o imponer exigencia?
() Si () Dudoso () No
10. ¿Necesito yo a mis amigos más de lo que ellos aparentan necesitar de mí?
() Si () Dudoso () No
11. ¿Estoy yo segura de poderme controlar ante una emergencia?
() Siempre () A menudo () Casi nunca
- 12.. ¿Le tenia yo miedo ala oscuridad cuando era yo niño?
() A menudo () A veces () Nunca
13. ¿Me dicen algunas veces que demuestro demasiado nerviosismo en la voz y en los gestos
() Si () Dudoso () No
- 14 Cuando me han engañado, ¿he pensado que yo he tenido parte de la culpa?
() Si () Dudoso () No
1. El tipo de crítica personal que mucha gente hace. ¿Lejos de ayudarme me perturba?
() A menudo () A veces () Nunca
2. ¿Me da a mí de pronto ira con la gente?
() A menudo () A veces () Nunca
3. ¿Me siento yo intranquilo, como si quisiera algo pero no supiera qué?
() Casi nunca () A veces () A menudo
18. ¿Dudo yo a veces de que las personas estén realmente interesadas en lo que estoy diciendo?
() Si () Dudoso () No
19. ¿He tenido yo sentimientos vagos de mala salud, como dolores imprecisos o malas digestiones o palpitaciones u otras?
() Nunca () A veces () A menudo
20. ¿Me enojo tanto al discutir con algunas personas que casi no me atrevo a hablar?
() A veces () Casi nunca () Nunca

21. ¿Gasto yo mas energía preocupándome por algo que tengo que hacer, que la energía que gastan otros en hacerlo?
 Si Dudoso No
22. ¿Me preocupo mucho por mantenerme atento y recordar todos los detalles?
 Si Dudoso No
23. a pesar de que tropiece con obstáculos difíciles y desagradable, ¿siempre persevero e insisto en mis propósitos originales?
 Si Dudoso No
24. ¿Tiendo yo a estar nervioso o confundido ante las contrariedades?
 Si Dudoso No
25. ¿Tengo yo sueños muy vividos que perturban mi descanso?
 Si Dudoso No
26. ¿Tengo yo siempre suficiente energía cuando confronto dificultades?
 Si Dudoso No
27. ¿Me siento a veces como obligado a contar el número de cosas que veo, sin ningún propósito particular?
 Si Dudoso No
28. ¿La mayoría de las personas son un poco raras aunque no les guste admitirlo?
 Si Dudoso No
29. Cuando cometo un error social embarazoso, ¿puedo olvidarlo pronto?
 Si Dudoso No
30. ¿Me siento yo malhumorado y no deseo ver a nadie?
 Ocasionalmente Dudoso Mas bien a menudo
31. ¿Cuando mis cosas me salen mal casi lloro?
 Nunca Casi nunca A veces
32. A pesar de estar en una reunión social ¿me siento a veces agobiado por sentimientos de soledad e insignificancia?
33. Cuando despierto por las noches, ¿debido a las preocupaciones tengo dificultad en dormirme otra vez?
 A menudo A veces Nunca
34. ¿Se mantiene mi ánimo generalmente alto a pesar de cuantas dificultades afronte?
 Si Dudoso No
35. ¿Tengo yo a veces sentimientos de culpa o remordimiento por pequeños asuntos?
 Si Dudoso No
36. ¿se me ponen mis nervios tan de punta que ciertos sonidos, por ejemplo una bisagra chirriante, se me hace inaguantable y me da escalofríos?
 A menudo A veces nunca
37. ¿Cuando algo me saca de quicio, recobro la calma rápidamente?
 Si Dudoso No
38. ¿Cuando tengo por delante una labor difícil tengo tendencia a temblar o sudar?
 Si Dudoso No
39. ¿Habitualmente me duermo fácilmente?
 Si Dudoso No
40. ¿Me preocupo e inquieto a veces al pensar en mis asuntos e intereses inmediatos?
 Si dudoso No

ENCUESTA A EMBARAZADAS # 1

Si está usted de acuerdo en colaborar en la investigación debe responder todas las preguntas con sinceridad.

Nombres y apellidos: _____

Edad cronológica _____ Edad gestacional: _____

Primípara: _____ Multípara: _____ en caso positivo cuantos: _____

Nivel de escolaridad: _____

Ocupación: _____

Nivel de ingreso: Ninguno () Bajo () Medio () Muy alto ()

Estado civil: Casada () Soltera () Divorciada () Unión estable () Viuda ()
otros ()

Tipos del embarazo. Normal () Alto riesgo () Muy alto riesgo ()

Planificación del embarazo. Si () No ()

Apoyo familiar: Si () No ()

Apoyo del padre: Si () No ()

ENCUESTA A EMBARAZADAS # 2

Si está usted de acuerdo en colaborar en la investigación debe responder todas las preguntas con sinceridad

Nombres y apellidos: _____

¿Puede usted decirnos que ha comenzado a padecer en este embarazo?

¿Ha comenzado a correr algún riesgo para su embarazo? Cuales.

¿Usted ha adquirido algún hábito perjudicial para su salud y la del niño?

¿Ha comenzado a padecer alguna enfermedad oportunista en este período?

¿Esta en el peso más indicado para lograr el embarazo?

¿Otros?

Respuestas:
