



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**“PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MANEJO
DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO,
HOSPITALIZADAS EN GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA
LOJA, DURANTE JUNIO-DICIEMBRE 2013”**

Tesis previa a la obtención del
Título de Psicóloga Clínica

AUTORA:

Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

DIRECTORA:

Dra. Verónica Velez Mora.

*Loja - Ecuador
2014*

CERTIFICACIÓN

Dra. Verónica Vélez

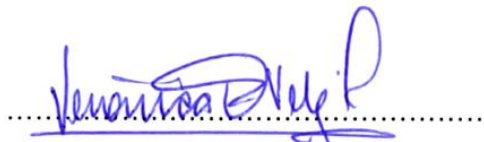
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que, el trabajo de investigación de tesis titulado, **“PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MANEJO DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO, HOSPITALIZADAS EN GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA, DURANTE JUNIO-DICIEMBRE 2013”**, realizado por la egresada **Cindy Estefanía Cuenca Sánchez**, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, 25 de marzo de 2014



Dra. Verónica Vélez

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, Cindy Estefanía Cuenca Sánchez declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional, Biblioteca virtual, de así considerarlo.

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Cindy Estefanía Cuenca Sánchez', written over a horizontal line.

Nro. de Cedula: 1105031262

Fecha: 21 de mayo de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

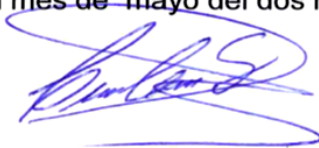
Yo, **Cindy Estefanía Cuenca Sánchez**, declaro ser autora de la tesis titulada **“PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MANEJO DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO, HOSPITALIZADAS EN GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA, DURANTE JUNIO-DICIEMBRE 2013”**, como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

La producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar los contenidos de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintiún días del mes de mayo del dos mil catorce, firma la autora.

Firma:



Autora: Cindy Estefanía Cuenca Sánchez.

Cedula: 1105031262

Dirección: La Pradera, calle Catamayo entre Acacias y Alisos

Correo Electrónico: c_tefy@hotmail.es

Teléfono: Domicilio: 072102239 **Celular:** 0992175192

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Verónica Vélez.

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

PRESIDENTA: Dra. Anabel Larriva Borrero

VOCAL: Dra. Lorena Celi Astudillo

VOCAL: Dra. Ana Puertas Azanza

DEDICATORIA

El esfuerzo, trabajo y desempeño puesto en el presente trabajo investigativo lo dedico:

A Dios, por darme la vida, la fortaleza, la sabiduría para enfrentar la vida y conseguir las metas que he trazado y seguiré trazando tanto en mi vida personal como académica.

A mi Madre Patricia, por ser una mujer fuerte, valiente que ha puesto todo su empeño por sacar adelante a sus hijas a pesar de las dificultades y desavenencias, por guiar nuestro camino y darnos ejemplo de vida.

A mi Papito Enrique, por su amor, su apoyo, por haber sido un padre excepcional e incondicional, porque a pesar de ya no tener su presencia física, sus bendiciones me acompañan siempre.

A mis Hermanos: Anita, Henry y Johanna, por apoyarme, guiar mis pasos, por alegrar mis días y estar siempre pendientes de mi bienestar alentándome a continuar y no dejarme vencer.

A Daniel, por estar conmigo siempre en aquellos momentos de dificultad y en mis grandes alegrías, por compartir mis metas y hacerlas tuyas.

A mis demás familiares y amigos que han estado presentes en mis logros y derrotas, que me han brindado su cariño, su apoyo, porque hacen de mí día a día una experiencia excepcional.

A todos Ustedes va dedicado el esfuerzo, la lucha por este logro, por ser motor y pilar para llevar a cabo mis sueños y seguir luchando por muchos más....Los Amo.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo investigativo y su consecución no hubiese sido posible sin la contribución y el apoyo de aquellas personas que con su cariño y sabiduría guiaron la ejecución del mismo.

Es por ello, que mi agradecimiento va dirigido:

A la Universidad Nacional de Loja, por ser una institución de excelencia en la que orgullosamente me formé como una profesional capaz y como un ente de beneficio para la sociedad.

A los Directivos del Área de la Salud Humana, por llevar adelante esta institución con gran ahínco, esfuerzo y dedicación y por sobre todo con gran profesionalismo.

A los docentes de la carrera de Psicología Clínica, por ser verdaderos Maestros conocedores de esta maravillosa ciencia, por desempeñarla con rectitud, sabiduría y amor, por brindarme esos conocimientos y siempre estar dispuestos a guiar a cada paso este proceso.

A mi Directora de Tesis, Dra. Verónica Vélez, por su tiempo, apoyo, su gran conocimiento y sus contribuciones tan valiosas para la ejecución de la misma.

Al Hospital Provincial General "Isidro Ayora", por abrirme sus puertas y brindarme todos los recursos necesarios para la elaboración y ejecución de la presente tesis.

A los miembros del Tribunal de Revisión y Sustentación, por su tiempo brindado a la revisión de la presente a pesar de sus múltiples ocupaciones y por sus aportaciones al trabajo final de la misma.

INDICE DE CONTENIDOS

Preliminares	N° Págs.
PORTADA	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
INDICE DE CONTENIDOS.....	VIII

Contenidos	N° Págs.
1. TITULO:.....	1
2. RESUMEN.....	2
3. ABSTRACT.....	3
4. INTRODUCCIÓN.....	4
5. REVISIÓN DE LA LITERATURA	8
6. MATERIALES Y METODOS.....	47
7. RESULTADOS	58
8. DISCUSIÓN.....	67
10. RECOMENDACIONES.....	75
11. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	77
12. BIBLIOGRAFIA.....	123
13. ANEXOS	126

1. TITULO:

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MANEJO DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO, HOSPITALIZADAS EN GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA, DURANTE JUNIO-DICIEMBRE 2013.

2. RESUMEN

La maternidad constituye un proceso adaptativo en la que intervienen un sinnúmero de factores interrelacionados bio-psico-sociales que pueden favorecer o no su sano desarrollo.

Ante ello, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores psicosociales o eventos de vida generadores de estrés, el nivel de ansiedad, las estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad en pacientes primerizas en puerperio, y elaborar un plan de intervención psicológico enfocado en la reducción y control de la sintomatología. Para el cumplimiento de los mismos se utilizó la Entrevista Psicológica Perinatal, Escala de Ansiedad de Hamilton, el Inventario de estrategias de afrontamiento y el Inventario de personalidad de Eysenck.

Se tomó como muestra un total de 50 pacientes primíparas en puerperio, atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Isidro Ayora durante el periodo Octubre-Noviembre 2013, que cumplían con los criterios de inclusión. Se obtuvo como resultado que el 90% de las púerperas manifestaron más de un factor de estrés psicosocial, siendo el principal, el Sociofamiliar (abandono de pareja y familia, violencia, bajo nivel de escolaridad, pobreza, embarazo adolescente). El 28% presentó ansiedad severa. La estrategia de afrontamiento más empleada fue la Retirada Social en un 30%. Los rasgos de personalidad inestables (alto nivel de neuroticismo) y de introversión son los que predominan en un 36% de las pacientes.

En base a los datos obtenidos y viendo la importancia que tiene el abordaje psicológico en la maternidad, se procedió a la elaboración de un plan de intervención en manejo de estrés que será de utilidad para los profesionales de la salud que laboran en esta área.

Palabras clave: Maternidad, puerperio, estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento.

3. ABSTRACT

Motherhood is an adaptive process in which a number of interrelated bio - psycho- social factors that can not promote their healthy development or involved.

In response, the present study was to determine the psychosocial factors or life events generating stress, anxiety level, coping strategies and personality traits in gilts in postpartum patients, and develop a plan of psychological intervention focused on reduction and control of symptoms. To fulfill these Perinatal Psychological Interview, Hamilton Anxiety Scale, the Inventory of coping strategies and the Eysenck Personality Inventory was used.

Was sampled a total of 50 primiparous postpartum patients , treated at the Gynecology and Obstetrics Service of the Provincial General Hospital Isidro Ayora during the period October-November 2013 , that met the inclusion criteria. The result was that 90 % of the postpartum I said more than a factor of psychosocial stress, the main, the social family (couple and family abandonment , violence, low educational attainment , poverty , teen pregnancy). 28 % had severe anxiety. The most frequently used coping strategy was the Social Withdrawal by 30%. Unstable personality traits (high neuroticism) and introversion are predominant in 36% of patients.

Based on the data obtained and seeing the importance of the psychological approach to motherhood, we proceeded to develop a plan of intervention in stress management that will be useful for health professionals who work in this area.

Keywords: Pregnancy, puerperium, psychosocial stress, coping strategies.

4. INTRODUCCIÓN

El puerperio y el proceso de maternidad en sí mismo, constituye un proceso adaptativo, el que, sin la oportuna intervención, puede generar gran estrés en las mujeres con consecuencias graves tanto para sí misma como para el neonato. En las madres primerizas, según estudios, “se aumenta el riesgo, puesto que refieren menor control de la situación y menor preparación para los controles obstétricos y el cuidado del bebé, y perciben el parto peor de lo que habían esperado.”¹

La intervención psicológica perinatal busca considerar a la maternidad en sí misma como un proceso que excede lo estrictamente biológico, constituyendo un suceso en la vida de la mujer de cualidad bio-psico-social.

La relación entre sucesos de vida, estado emocional de la madre, prematuridad, bajo peso y/o patología neonatal han sido objeto de algunas investigaciones. Se han realizado numerosos estudios prospectivos sobre la influencia de factores psicológicos en las complicaciones del embarazo, parto, puerperio y vínculo afectivo. Sin embargo, siguen siendo escasos aún los estudios en nuestro medio.

Se ha llegado a comprobar que el órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero. Esto incrementa el riesgo de abortos espontáneos, partos prematuros, preclamsia, eclamsia.

En el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 15 millones de bebés nacen demasiado pronto, en Ecuador el 5.1% de los nacimientos son prematuros. En nuestro país, el 19.07% de las

¹ Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga G. 2007. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. Madrid. p.p 14.

defunciones en niños menores de 1 año durante el año 2011, fueron a causa de la prematuridad².

Existe además, una asociación muy significativa entre el estrés materno y las alteraciones de conducta y problemas de salud mental en los niños como autismo y esquizofrenia, según estudios llevados a cabo en Alemania y Estados Unidos³.

En la mujer se incrementa hasta tres veces la posibilidad de tener síntomas depresivos intensos. Según un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, el 10% de las madres primerizas sufren ansiedad y estrés de forma independiente a la depresión durante el postparto, por lo que se considera que los profesionales clínicos deberían estar pendientes de los síntomas de ansiedad y estrés en los meses posteriores al parto⁴.

Las alteraciones del estado emocional de la madre durante el puerperio causado por factores externos psicosociales como pobreza, nivel de educación bajo problemas familiares, falta de apoyo de la pareja, embarazo adolescente, entre otros, se asocia a un decremento en la adaptación maternal postparto, una potencial interferencia en el vínculo con el hijo, además constituye un factor de riesgo para la negligencia, el abuso infantil y la carencia de habilidades maternas.

En vista de la importancia que tiene la asistencia psicológica tanto en el embarazo, parto y puerperio, y que además constituye un abordaje interdisciplinario, integral e integrador que favorece el sano desarrollo de todo el proceso de maternidad, he creído necesario realizar el presente trabajo investigativo titulado: "PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

² Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Anuario de nacimientos y defunciones 2011.

³ REV. PSIQUIATRÍA 2011. Europa Press. *El estrés durante el embarazo puede provocar trastornos mentales para toda la vida en los niños*. Disponible en www.psiquiatria.com.

⁴ REV. PSIQUIATRÍA 2006. *La ansiedad y el estrés postparto de las madres primerizas podrían ocurrir de forma autónoma a la depresión postnatal, según un estudio*. Vol.6. Disponible en www.psiquiatria.com.

EN MANEJO DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO, HOSPITALIZADAS EN GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA, DURANTE JUNIO-DICIEMBRE 2013”, que tiene por objetivo principal determinar los factores psicosociales o eventos de vida generadores de estrés, el nivel de ansiedad como respuesta a los eventos, las estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad, y en base a ello elaborar un plan de intervención psicológico enfocado en la reducción y control de la sintomatología, favoreciendo el adecuado desarrollo de la maternidad.

En la presente investigación se estructuró el marco teórico en tres capítulos: el primer capítulo contiene aspectos relacionados al proceso y desarrollo de la maternidad en cuanto al embarazo, parto y puerperio y el enfoque psicológico en cada una de estas etapas. El segundo capítulo contiene conceptos generales del estrés, causas, efectos y consecuencias en el embarazo y puerperio así como también en el neonato y en su futuro desarrollo, mecanismos de afrontamiento, la ansiedad como consecuencia del estrés y la personalidad como factor influyente.

La presente investigación es de tipo descriptivo y analítico de corte transversal, se tomó una muestra de 50 pacientes primerizas en puerperio atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Provincial Isidro Ayora, a quienes se les aplicó la Entrevista Psicológica Perinatal, seguido de la aplicación del test de Ansiedad de Hamilton, el inventario de Estrategias de Afrontamiento y el inventario de Personalidad de Eysenck.

Obteniendo de esta manera los siguientes resultados: en el 90% de los casos existieron factores psicosociales de riesgo, siendo el Sociofamiliar (problemas de pareja, abandono, violencia familiar, mudanzas, nivel bajo de escolaridad, embarazo adolescente) el más prevalente en un 90% de los casos. La Ansiedad se manifestó en el 74% de los casos, presentando el 28% ansiedad severa. La estrategia de afrontamiento empleada

mayormente por las puérperas fue la Retirada social con el 30% y la Autocrítica con el 24%. En cuanto a la personalidad, el 36% manifestó rasgos inestables (alto nivel de neuroticismo) e introversión.

Es por esto que se procedió a la elaboración de un plan de intervención en manejo de estrés individual, familiar y grupal, con la finalidad de reducir los niveles de ansiedad en las pacientes mediante el empleo de estrategias de afrontamiento eficaces y modificando ciertos patrones de conducta y pensamiento. Además, proveer a las madres apoyo emocional, información y entrenamiento en el cuidado infantil, con el propósito de fomentar el adecuado vínculo madre-hijo, prevenir conductas de abuso y/o negligencia y de incrementar la competencia maternal en las mujeres e incidir indirectamente en el bienestar de sus hijos.

Se concluye de esta manera, que la atención Psicológica Perinatal constituye un campo de la psicología de suma importancia, aunque escasamente estudiado y aplicado en nuestro medio. La intervención psicológica perinatal permite determinar y actuar sobre aquellos factores de riesgo a los que se ven expuestas las mujeres durante esta etapa vital, de cambios, crisis, de adaptación, como lo es la maternidad.

La contribución de este estudio fue determinar los diversos factores psicosociales generadores de estrés a los que se ven expuestas las mujeres en puerperio y de qué manera afrontan la maternidad, además de elaborar un plan de manejo de estrés, que será de utilidad para los Psicólogos clínicos y demás profesionales de la salud mental que laboran en instituciones de salud en las áreas de maternidad y Gineco-obstetricia, ya sea ejecutando el mismo o para dejar una brecha a futuras investigaciones referentes a esta temática.

5. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I

ENFOQUE PSICOLÓGICO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

1.1. Aspectos biopsicosociales del embarazo

Los aspectos biopsicosociales nos permiten comprender lo que representa y significa el embarazo para una mujer gestante. Por ello, se hace relevante revisar los aspectos sociales, biológicos y psicológicos que enmarcan este estado.

En primer término los aspectos biológicos del embarazo implican todos aquellos cambios físicos, alteraciones hormonales y circulatorias derivadas de este estado (Salvatierra, 1989).

“Las alteraciones hormonales que ocurren durante el embarazo son las más prominentes que existen en la fisiología humana. En el embarazo, la madre está sometida a la acción de las hormonas y otras sustancias producidas por la placenta. La placenta asume una acción importante para el mantenimiento del embarazo, ésta produce hormonas hipofisiotróficas lo que sugiere que hay un mecanismo intraplacentario de control similar al del eje hipotálamo-hipófisis-órganos blanco⁵. “Es así que los mecanismos neuroendócrinos que implican el cerebro interno, el sistema hipotálamo-hipofisiario, los ovarios y los órganos periféricos, influidos además por las condiciones ambientales (entre ellas el estrés), desencadenan cambios emocionales y afectivos en la embarazada”. (Salvatierra, 1989)

El estado emocional de la embarazada se encuentra a menudo alterado, se queja de depresión, fatiga, ansiedad, la cual desencadena

⁵ Botero J.; Júbiz A.; Henao G. 2004. Obstetricia y Ginecología. Séptima edición. Universidad de Antioquia. Colombia. pp. 87,103.

aumento del apetito. Una queja frecuente es el aumento de sueño. En algunas gestantes se puede apreciar un leve desequilibrio mental que fácilmente la predispone a presentar algún tipo de patología psicológica”⁶, sobre todo cuando el ambiente social y la red de apoyo es escasa, además la personalidad previa y las formas de afrontamiento juegan un papel muy importante.

El comportamiento reproductivo, además se enmarca en un contexto social y cultural. Cada cultura posee creencias establecidas de cuales son las conductas apropiadas en el embarazo, el parto y el puerperio. Las expectativas y comportamientos de las gestantes y futuras madres se deben acomodar a dichas creencias y están condicionadas por estas.

La eventual maternidad, desde el punto de vista sociológico, constituye una preparación para un rol socialmente esperado, una etapa de crucial importancia en la vida de la mujer que la “definirán” como tal, creando una conflictiva entre el hecho de cumplir ambos roles, el de mujer, y, el de ser madre.

De acuerdo al imaginario social, la madre debe querer a sus hijos y soportarlo todo por ellos, sin embargo, al momento de evaluar el papel materno, no se puede dejar de lado que el amor maternal es ambivalente. Este amor maternal no nace cuando una mujer se anuncia de su embarazo, ni cuando el bebé llora por primera vez. Implica un proceso, el proceso de maternalización (conjunto de procesos psicoafectivo que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad, siendo éste un fenómeno psicobiológico. Recamier 1984). Este proceso nos habla del nacimiento gradual de una mujer como madre, que precede y

⁶ Botero J.; Júbiz A.; Henao G. 2004. Obstetricia y Ginecología. Séptima edición. Universidad de Antioquia. Colombia. pp. 87,103.

sigue al nacimiento del bebé y que por lo tanto no se traduce en un momento específico concreto.

Daniel Stern plantea que “el cambio en la vida mental de una mujer a partir de la llegada de un bebé, es para él, una actitud mental diferente de la que había tenido hasta ese momento, “esto no es meramente una reorganización de su vida mental sino una organización totalmente nueva que existirá durante el futuro e influirá muy probablemente en su vida anterior”⁷ y entonces durante un período de tiempo determinará

Sus vulnerabilidades y reacciones emocionales

Sus pensamientos y miedos y deseos

Sus sentimientos y acciones

Sus sistemas sensoriales (los cuales se potenciarán) y el procesamiento de la información

Sus preferencias y placeres

Sus valores

Su papel en la historia de su familia

1.1.2. El proceso de maternidad y la salud mental

Varios son los estudios que se han llevado a cabo sobre estado emocional de las mujeres durante y después del parto; el estrés, ansiedad, depresión y la psicosis puerperal son las patologías más frecuentes.

Los conflictos psicosociales, falta de apoyo, los sentimientos de culpa, especialmente en relación al feto, pueden estar exacerbados y generar un sufrimiento intenso, especialmente en aquellas madres más deseosas de proteger el bienestar de su hijo/a. La aparición de otro tipo de cuadros (especialmente si están marcados por alteraciones somáticas,

⁷ Stern, D.1999. “El nacimiento de una madre.” Paidós.

manifestaciones patológicamente regresivas o falta de apetito o sueño) resulta sumamente preocupante y requieren una intervención especializada.

Las problemáticas que más frecuentemente complican el tránsito emocional por el embarazo son las vinculadas a los conflictos psicosociales y neuróticos en torno a la autonomía y los problemas de pareja, así como a la sexualidad y el propio cuerpo, inevitablemente expuesto en los controles y el parto. Esta situación toca, sin duda, temas personales en cuanto a la femineidad, la identidad, la autonomía pero también está atravesado por circunstancias históricas y sociales que hacen que muchas mujeres (especialmente las que tienen un nivel superior de educación o poder adquisitivo) tengan un conflicto permanente entre su identidad como mujeres independientes y su identidad como madres.

“De acuerdo a un estudio, llevado a cabo en la Universidad de Aarhus en Dinamarca que se publica en la revista ‘Journal of the American Medical Association (JAMA), las mujeres que son madres por primera vez se encuentran bajo un riesgo hasta siete veces mayor de sufrir trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar en los tres meses siguientes al nacimiento de su primer hijo.

La depresión posterior al parto es un trastorno de salud mental grave para las mujeres y sus familias, con una prevalencia estimada de entre un 10 y un 15% entre las madres. Los trastornos posparto pueden también incluir trastornos mentales más graves con una prevalencia de 1 por cada 1.000 nacimientos”.⁸

⁸ Rev. psiquiatría 2006. Journal of the American Medical Association’ (JAMA). Vol.296 (21). p.p.2582-2589

1.1.3. El deseo de embarazo

Existen varias ideas en torno a lo que es el deseo o no del embarazo, como factor influyente para la salud mental de la madre y el desarrollo normal del neonato.

El embarazo es muchas veces, un elemento más de un destino que no se elige sino que se soporta. La idea de no-deseo (que se traduce en otros contextos como “rechazo”) tampoco corresponde a estas realidades, donde las madres no dan a estos niños el afecto e interés que precisan no porque se lo quieran negar sino porque directamente no lo tienen ni para ellas mismas.

“Desde un punto de vista obstétrico, es importante tener claro que no hay una correlación directa entre el hecho de haber “deseado” o no el embarazo y los llamados resultados perinatales, es decir, el grado de salud de la madre y el/la hijo/a en relación al embarazo, el parto y el puerperio.

Hay otras situaciones en que las fallas en el cuidado del embarazo o de sí mismas poco tienen que ver con la ambivalencia deseado/no deseada:

Mujeres que son víctimas de violencia doméstica justamente porque están embarazadas, junto a otras que son expulsadas de sus trabajos y/o sus casas por la misma causa.

Adolescentes (o no tanto) muy inmaduras y desorientadas en relación a los cuidados del embarazo y el/la hijo/a.

Personas muy signadas por creencias que significan riesgos reales para la salud propia o del hijo/a (tratar de que nazca a los 7 meses y no a los 8...).

Falta de confianza en el sistema de salud.

Falta de percepción de las necesidades reales de cuidado por falta absoluta de referentes y soporte social.

Estilos de vida casi incompatibles con el cuidado del embarazo (situación de calle, adicciones, desconocimiento de los recursos asistenciales y sociales a los que tienen acceso).

Gran aislamiento social y/o geográfico (por ejemplo, migración reciente).

Gran inhibición o inseguridad que impiden una comunicación adecuada con el personal de salud (por no tener dientes o estar sucia, por ej.).

Falta de percepción de los propios derechos en relación al cuidado de la salud (empleadas domésticas, rurales, etc.).

Anemia, desnutrición o desmoralización que impiden tomar una conducta activa.

Modelos identificatorios primarios de abandono.

Importante psicopatología previa que impide o dificulta no sólo el cuidado del embarazo sino de sí misma en general”.⁹

⁹ DEFEY, Denise Psic.(2009). El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud. Programa de las Naciones Unidas. Montevideo, Uruguay. p. 17

1.2. El Parto

El parto es una vivencia de gran intensidad tanto física como emocional. Es un momento instintivo, que pone a la mujer en contacto con su propio cuerpo.

“Dar a luz, especialmente por primera vez, es un acontecimiento trascendental en la vida de una mujer y se producen cambios masivos en su fisionomía, fisiología, mundo psicológico interior y roles domésticos, sociales y profesionales. El parto constituye un momento de vulnerabilidad tanto para la madre como para el hijo”¹⁰.

El parto es un acontecimiento, en ocasiones traumático para la mujer primípara que no imaginaba lo doloroso de la situación, y no se encontraba preparada para la eventualidad de que su bebé nazca prematuramente, con un defecto congénito, o muera al momento del parto.

Posibles factores de riesgo durante el parto según Gayle Peterson y Lewis Melh¹¹:

Parto de alto riesgo	Parto de bajo riesgo
Pasividad	Actividad
Dependencia	Independencia
Inseguridad y falta de confianza	Seguridad
Incapacidad para aceptar apoyo de los demás	Capacidad de aceptar el apoyo de los demás
Sexualidad reprimida	Sexualidad sana
Actitud infantil	Actitud adulta

¹⁰ Barron, W; Marshall D; Heimer L.2002. Trastornos médicos durante el embarazo. Editorial Hacourt.p.p: 611.

¹¹ Jart Povea, Sara. 2006. Parto y Puerperio, un enfoque psicológico. Universidad Politécnica de Valencia. España.

Negación de la realidad del dolor de parto	Aceptación de la realidad del dolor de parto
Creencias espirituales	Creencias espirituales favorecedoras del parto
Imagen de sí misma como persona débil	Imagen fuerte de sí misma
Estilo de vida sedentario	Físicamente activa
Resistencia al cambio	Flexible adaptación al cambio
Control exterior de su vida	Control interno de su vida

1.2.2. El hijo/a prematuro

En el parto pretérmino (antes de las 37 semanas de gestación), es importante tener en cuenta que lo prematuro de la situación afecta también a la madre y que necesita un tiempo no sólo para adaptarse a su condición de tal sino para renunciar a su “bebé imaginario”, de término y sano, para hacerse cargo de un/a recién nacido/a muy diferente de un recién nacido ideal y muchas veces muy frustrante por su limitada capacidad de vínculo. (Recordemos que 40% de las madres normales con hijos/as normales demoran una semana luego del parto en realmente encontrarse con su hijo/a.) Hay pocas investigaciones sobre este tema, pero parecen mostrar que la madre duda en un principio entre apegarse o no, y es cuando se convence de que su hijo/a va a vivir que se involucra afectivamente, con una intensidad incluso mayor de la que se ve en los partos a término¹².

¹² DEFEY, Denise Psic.(2009). El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud. Programa de las Naciones Unidas. Montevideo, Uruguay. p. 17

1.2.3. La pérdida perinatal

Tanto por aborto espontáneo, prematuridad extrema, parto inmaduro (antes de la viabilidad fetal, actualmente fijada en las 23-24 semanas), u óbito fetal (muerte intrauterina o intraparto), la pérdida perinatal constituye un evento sumamente relevante en la vida de una mujer y una familia en la cual es necesario, al menos, una evaluación y acompañamiento psicológico.

“El manejo obstétrico tradicional (obturar toda información y contacto con el hijo, medicar y suprimir las manifestaciones de dolor, frecuentemente acompañando esto con la indicación en un embarazo inmediato) produjo resultados catastróficos, con un aumento escandaloso de la tasa de suicidios, de patología psiquiátrica y de repercusiones psicopatológicas en el/la niño/a nacido/a con posterioridad (síndrome de Niño/a de Reemplazo y síndrome de Niño/a Vulnerable)”¹³.

La intervención psicosocial más relevante se centra en asegurarse que se maneje adecuadamente la situación por parte del personal obstétrico. En la mayoría de los casos, es suficiente un acompañamiento psicológico que proteja el proceso de duelo (orientado a la familia para no obstruirlo, desculpabilizando a la madre, favoreciendo que se llame al hijo/a por su nombre, etc.).

¹³ DEFEY, Denise Psic.(2009). El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud. Programa de las Naciones Unidas. Montevideo, Uruguay. p. 17

1.2.4. Asistencia psicológica en el parto

1.2.4.1. Parto preparado

El término parto preparado se refiere a la preparación física, social, intelectual y emocional para el nacimiento del bebé. La preparación social del hogar y la familia brinda un ambiente seguro en el que pueda crecer el niño. La preparación intelectual asegura la instrucción adecuada y la comprensión del proceso de nacimiento, la hospitalización prenatal y posnatal y el cuidado del niño (Hicks y Williams, 1981). La preparación emocional minimiza el miedo y la tensión, de modo que el nacimiento puede ser tan placentero e indoloro como sea posible¹⁴.

1.2.4.2. El método de Dick-Read

El doctor Grantley Dick-Read (1953), un obstetra inglés, inició el concepto de parto preparado. Él creía que el temor ocasiona tensión que inhibe el proceso del nacimiento, por lo que consideraba que si las mujeres fueran educadas para comprender lo que sucedía en su cuerpo podrían eliminar tensión y temor. Si además eran condicionadas para la experiencia, sería factible eliminar el dolor durante el parto sin necesidad de medicamentos en casi todos los casos, salvo algunas excepciones.

Tres elementos importantes del método Dick-Read son:

1. La educación acerca del nacimiento, que incluye la extinción de antiguos temores, mitos y concepciones erróneas.
2. Condicionamiento y ejercicios físicos, relajación muscular voluntaria y respiración apropiada.

¹⁴ RICE, Philip. (1997). Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. Segunda edición. México. Editorial Pearson. p. 98.

3. Apoyo emocional del compañero, la familia, enfermeras y médico durante el embarazo y parto.

La aproximación de Dick-Read es un método bastante pasivo, que enfatiza la relajación y la respiración adecuada en cada contracción.

1.2.4.3. El método de Lamaze

El método de Lamaze, por el doctor Fernand Lamaze (1970), un obstetra francés, consiste en los siguientes son elementos:

1. Educación acerca del nacimiento
2. Condicionamiento físico por medio de ejercicios.
3. Respiración controlada y la técnica psicológica para la prevención del dolor y la capacidad de liberar la tensión muscular “dejándose ir”.
4. Apoyo emocional durante el trabajo de parto, principalmente mediante la instrucción del compañero para que aprenda técnicas de apoyo y soporte.

El método de Lamaze hace hincapié en la relación y comunicación de la pareja. El rasgo que distingue este método es su insistencia en enseñar a la mujer que puede tener el control durante la experiencia (Felton y Segelman, 1978).

1.3. Posparto

1.3.2. Método Leboyer

El obstetra francés, Frederick Leboyer (1975), subrayaba la importancia del tratamiento gentil y cariñoso al recién nacido. Sus ideas, que forman el método Leboyer, incluyen el uso de luces tenues, voces suaves y demorar el corte del cordón hasta que el recién nacido desnudo

es tranquilizado, masajeador y acariciado mientras descansa sobre el abdomen de la madre. La teoría que subyace al método Leboyer es que traer al recién nacido a un mundo de luces eneguedoras y voces altas donde lo jalan, lo nalguean, lo tratan con rudeza y lo separan inmediatamente de la madre, es una experiencia traumática y aterradora después del mundo cálido y seguro del vientre¹⁵.

Se considera necesario el acompañamiento psicológico de forma especial en el nacimiento de un/a niño/a con defecto congénito, a fin de colaborar en la decisión de conocerlo o no, en la permeabilización de las informaciones, en evitar términos traumáticos como “polimalformado”, etc.

1.4. El puerperio

“La palabra puerperio procede etiológicamente de los vocablos latinos puer (niño) y peri (alrededor de). De este modo, la expresión hace referencia al momento biológico que sucede tras el nacimiento y que presenta una serie de características propias que diferencian a esta etapa del resto del proceso reproductivo”.

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado de normalidad tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, finaliza tras la aparición de la primera menstruación.

Abarca, aproximadamente, un periodo de 6 semanas caracterizado no sólo por cambios físicos, sino también psicológicos y familiares. Estos cambios suponen un proceso de adaptación a la involución de todas las modificaciones anatomofisiológicas, del sistema reproductor y de los sistemas corporales más implicados en el embarazo y en el parto, así como la instauración de la lactancia materna.

¹⁵ RICE, Philip. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. Segunda edición. México. Editorial Pearson. p. 106-106.

“La inestabilidad emocional, que ocurre en la mayoría de las mujeres en la primera semana del periodo posparto, puede considerarse como un proceso natural relacionado con las tensiones del parto y las alteraciones fisiológicas y bioquímicas subsecuentes. La función de la maternidad requiere tiempo para establecerse y es de vital importancia ofrecer a la madre todo el apoyo emocional, la información, la orientación y los cuidados físicos que requiera. Las mujeres que requieren más atención son aquellas que tienen poco apoyo social, problemas de salud física o emocional y niveles bajos de crianza. Antes de que la madre salga del hospital con su hijo, el equipo obstétrico debe estar totalmente convencido de que cuenta con la información necesaria en cuanto a los cuidados propios y los de su hijo y con el apoyo necesario para las semanas difíciles que le avecinan”¹⁶.

El puerperio se divide en tres etapas, diferenciadas entre sí por los acontecimientos fisiológicos y psicológicos que albergan, los riesgos de salud que pueden aparecer, así como los cuidados de salud determinados que requiere cada fase. Éstas son:

Primera fase o puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas postparto

Segunda fase o puerperio precoz: se sitúa entre el segundo y el décimo día.

Tercera fase o puerperio tardío: comprende el periodo de tiempo que va desde el décimo día hasta los 45 días.¹⁷

El puerperio en la mujer primeriza engloba una serie de situaciones y de cambios a las cuales debe hacer frente y adaptarse. Es una etapa en

¹⁶ Mackay, Beischer. 2000. Obstetricia y neonatología. Tercera edición. Mcgraw-Hill Interamericana S.A. México.p.p. 605

¹⁷ Donat F, Maestre MS. 2000. Cuidados de salud en el puerperio normal. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona.pp.383-401.

la que experimentará diversos sentimientos y emociones, angustia, frustración, miedos, el cambio en sí de una situación o un estilo de vida diferente cargado de responsabilidades y de la transformación de la identidad de la misma.

En nuestro medio, es habitual que no exista una preparación psicológica o emocional antes del parto, y es frecuente además que la pareja y la familia no brinde el apoyo necesario a la puérpera.

Asimismo, el entorno asistencial de salud, tampoco le da el énfasis que merece el aspecto psicológico en esta etapa, puesto que la maternidad ha sido en su mayoría enfocada desde el punto médico, como un cambio hormonal, que no excede lo estrictamente biológico. Es por ello que un enfoque interdisciplinario ayudará a la madre a superar y desarrollar la etapa del embarazo, parto y puerperio de una forma adecuada brindando los medios necesarios para su adaptación.

“El puerperio, es uno de los períodos más difíciles de la vida, constituye una crisis y una fuerte amenaza para la salud mental de la madre. Winnicott hablaba de la *Preocupación Materna Primaria* como un fenómeno que se da en el último mes de embarazo y primero luego del parto, al cual llamo también Enfermedad Materna Primaria. Resulta enloquecedora la exigencia inagotable de un recién nacido, más la presión de un ambiente que muchas veces deja de apoyar y empieza a criticar o descalificar, en el entorno de una situación física nueva y desconcertante. Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer. Los primeros se relacionan con Psicosis puerperal y tristeza postparto, cuadro autolimitado, que dura 3 a 6 días. La mayoría de estas mujeres se recuperan con el soporte afectivo y efectivo que provea el entorno, pero para algunas todo el primer año será un período de extrema dificultad”.¹⁸

¹⁸ Drs. M. Evans Gregori, M. Vicuña Mcjohn., Marín Rodrigo (2013). Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. [en línea]. Santiago de Chile,.

1.5. Influencia de la relación afectiva madre – hijo

“La relación afectiva entre la madre y el hijo no empieza después del nacimiento, sino que se inicia ya durante el embarazo. Mientras el niño permanece en el vientre materno, no sólo tiene con la madre una relación física, sino que establece con ella una relación afectiva de gran importancia para el desarrollo de su personalidad”¹⁹.

La noticia del embarazo es recibida de muy distinta manera por la madre que desea tener un hijo, que por la madre, que por el motivo que sea (dificultad económica, problemas con su pareja, otros hijos...), no quería quedar embarazada. Esta aceptación o no de la gestación establecerá una primera relación con el niño que puede influir positivamente en el primer caso o negativamente en el segundo, si la madre no acepta plenamente su nuevo estado.

Es importante que durante el embarazo, la madre goce de una estabilidad psíquica, ya que las modificaciones hormonales que se deriven de los distintos cambios en el estado emocional afectarán al feto, alterando su ritmo cardíaco.

La madre, que por motivos externos o por tener una personalidad vulnerable, sufre cambios bruscos en su estado emocional, fácilmente se angustia y le cuesta aceptar los problemas o inconvenientes propios del embarazo. Todo ello puede tener posteriores repercusiones importantes en el niño: inquietud, dificultad de relajarse, dificultad en prestar atención a los estímulos, etc.

¹⁹ . BALDRICH, Pilar. GALBANY, Dolors. TREMOLEDA, Montserrat (2002). Manual para padres. Psicología y Educación.Tomo I: Embarazo y primer año. Barcelona, España. Editorial Edipresse. . p.p.22

La estabilidad emocional necesaria para la buena relación madre-hijo está directamente influenciada por la tranquilidad del ambiente en que vive. Los problemas económicos, la enfermedad o muerte de algún familiar próximo, los problemas con la pareja, pueden angustiar de tal manera a la madre que altere la tranquilidad del niño, a través del aporte sanguíneo²⁰.

La mujer que se sienta realizada con su estado de gestación, se sienta apoyada por su pareja y, por lo tanto, acepte con ilusión el hijo deseado, volcará su afectividad hacia él de tal manera, que desde su concepción, disfrutará de una tranquilidad muy positiva para desarrollarse felizmente.

“Al nacer, el niño se separa físicamente de su madre al cortarle el cordón umbilical. Pero esta separación física sólo implica una autonomía en cuanto que el organismo empieza a funcionar por sí mismo, pero no una independencia. Es decir, el bebé continúa estando íntimamente ligado a la madre, de quien depende totalmente: es la persona que lo alimenta, lo limpia y satisface todas sus necesidades. Todas estas atenciones que el bebé reclama son mejor o peor atendidas, según la relación afectiva establecida entre la madre y el hijo.

La relación que se establece entre la madre y el bebé es tan intensa y profunda que da lugar a una relación de posesión recíproca, que se conoce con el nombre de “egoísmo de dos”: el niño se siente parte integrante del cuerpo de la madre y ésta atiende las necesidades de su hijo por ser una persona totalmente dependiente de ella y, por lo tanto, de quien se siente responsable. Teniendo en cuenta esta estrecha relación

²⁰ . BALDRICH, Pilar. GALBANY, Dolors. TREMOLEDA, Montserrat (2002). Manual para padres. Psicología y Educación. Tomo I: Embarazo y primer año. Barcelona, España. Editorial Edipresse. . Pag. 23

entre estos dos seres es fácil entender que cualquier perturbación afectiva de la madre altere la estabilidad emocional del niño y con ella el desarrollo de su personalidad y su desarrollo intelectual. Del mismo modo que el comportamiento del bebé influirá en el estado emocional de la madre”²¹.

Muchas veces el rechazo está oculto tras una angustia desencadenada por el sentimiento de culpabilidad de la madre que no puede tolerar la no aceptación de su hijo. En tales casos, los niños suelen reaccionar, según Spitz, con una inestabilidad emocional.

Las madres muy intelectuales que rechazan subconsciente a su hijo, suelen compensarlo con un cuidado y una hiperprotección totalmente controlada. Es decir, las actitudes maternas espontáneas son sustituidas por conductas aprendidas y razonadas. Frecuentemente estos niños se manifiestan agresivos, hostiles y tímidos. La mayoría de las veces están más adelantados en su desarrollo motor, son más activos que los demás, pero su desarrollo afectivo queda perturbado y no consiguen establecer una relación normal con su madre. Los cambios de humor en la conducta de la madre y las contradicciones en las órdenes, crean inseguridad en el niño, un retraso en la coordinación de los movimientos y un exceso de actividad.

Es importante el clima familiar creado por una pareja, que disfrute de una relación armoniosa y que estén contentos e ilusionados con su hijo, esto favorecerá el desarrollo psicológico del mismo.

²¹. BALDRICH, Pilar. GALBANY, Dolors. TREMOLEDA, Montserrat (2002). Manual para padres. Psicología y Educación. Tomo I: Embarazo y primer año. Barcelona, España. Editorial Edipresse. p.p 24

CAPITULO II

ESTRÉS EN EL EMBARAZO Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO

2.1. El concepto de estrés²²

El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

De esta definición podemos destacar los siguientes aspectos:

- a) El estrés afecta a todos los recursos biopsicosociales de una persona para enfrentarse con los sucesos difíciles o circunstancias. Pero estos recursos son limitados.
- b) Cuando se habla de las demandas de la situación, se hace referencia a la cantidad de recursos que un estresor nos demanda.
- c) El estrés conlleva, entonces, la discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de una persona. Esta discrepancia puede ser real o percibida.
- d) Las evaluaciones de las discrepancias entre las demandas y los recursos ocurren a través de interacciones con el medio.

²². LATONE, P. José Miguel, BENEIT, M. Pedro José. (1981). Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lunen. p.57;

2.2. El estrés como evaluación de los eventos²³

Las interacciones se basan en un proceso que Lazarus y Folkman (1984) denominan evaluación cognitiva. Esta evaluación es un proceso mental en el cual se evalúan dos factores: la medida en que un estresor amenaza al sujeto y los recursos de éste que están disponibles para enfrentarse al suceso. Estos dos factores dan lugar a la distinción entre evaluación primaria y secundaria.

La *evaluación primaria* es la valoración que se hace del signo del estresor (positivo o negativo) y de cuáles pueden ser sus consecuencias, responde a la pregunta de: “¿Me perjudica o me beneficia, ahora o en el futuro, y de qué forma?”.

La *evaluación secundaria* es la apreciación que el sujeto hace de su capacidad, y disponibilidad de recursos, para afrontar el desafío, amenaza o cambio que impone el evento, responde a la cuestión de: “¿Puede hacerse algo al respecto?”.

Pearlin y Schooler (1978) señalaron que la función protectora de la conducta de afrontamiento puede ser ejercida de tres maneras: “eliminando o modificando las condiciones que originan los problemas; controlando perceptivamente el significado de la experiencia de forma que neutralice sus aspectos problemáticos o manteniendo las consecuencias emocionales de los problemas dentro de los límites controlables.

²³. LATONE, P. José Miguel, BENEIT, M. Pedro José. (1981). Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lunen, p.61

2.3. Fuentes de estrés

El estrés se refiere a cualquier exigencia ambiental que origina un estado de tensión o amenaza y que requiere un cambio o adaptación. Hemos de adaptarnos al estrés, no sólo a aquel que proviene de las crisis o de los golpes inesperados, sino también al que imponen las exigencias ordinarias.

Los grandes cambios de la vida, sean estos positivos o negativos, implican cierto grado de estrés. Esto se debe a que estos cambios normalmente causan fuerte emoción; alegría, gozo, tristeza, pueden activar el organismo y comenzar a mermar sus recursos²⁴.

El estrés no se limita a situaciones de vida o muerte, ni siquiera a las experiencias desagradables o tensas. Hasta las cosas buenas pueden ocasionarlo, pues nos exigen cambiar o adaptarnos a fin de atender nuestras necesidades (Morris, 1990, p.72).

Cambio

El ser humano en su mayoría prefiere mantener un cierto orden, la continuidad y lo predecible en su vida. Por eso percibe como estresante cualquier hecho bueno o malo que conlleve un cambio²⁵.

En embarazo puede producir una respuesta diferente de estrés según si este fue planeado, esperado y hubo el apoyo social, o se dio en situaciones inesperadas como un embarazo adolescente.

²⁴ Morris, Charles; Maisto, Albert.2001.Psicología de la Salud. Décima edición. México. p.p 478.

²⁵ Ibid, p.p478

Nimiedades

“Gran parte del estrés se debe a pequeños malestares, enojos y frustraciones” (Lazarus y otros, 1985; Rufin, 1993; Whisman y Kwon, 1993).

“Los grandes eventos dramáticos no son el factor decisivo”, observa Lazarus, “sino lo que ocurre día tras día, ya sea que se deba o no a hechos trascendentes”.

Presión

Sobreviene la presión cuando nos vemos obligados a apresurarnos, a intensificar o cambiar la dirección de nuestra conducta o cuando nos sentimos obligados a mejorar nuestro rendimiento (Morris, 1990).

El embarazo, parto y puerperio, exigen un cambio radical de vida, de actividad y de conducta, la presión de ejercer la maternidad de la mejor forma y brindar un excelente cuidado al neonato satisfaciendo sus necesidades, pueden generar frustración en la misma según como se sienta capaz de afrontar la nueva situación.

Frustración

La frustración favorece el estrés. Ocurre cuando una persona se le impide lograr una meta porque algo o alguien se interpone en su camino cinco causas de la frustración son los retrasos, la falta de recursos, las pérdidas, el fracaso y la discriminación²⁶.

Conflicto

El conflicto surge cuando nos hallamos ante dos o más exigencias, oportunidades, necesidades o metas incompatibles. Kurt Lewin analizó el conflicto en términos de aproximación y evitación. Cuando alguien se

²⁶ Morris, Charles; Maisto, Albert.2001.Psicología de la Salud. Décima edición. México. p.p 479.

siente simultáneamente atraído hacia dos metas incompatibles, experimenta un conflicto de aproximación/aproximación, en el cual deberá escoger entre las dos metas u oportunidades o bien modificarlas para aprovecharlas. Lo contrario de este dilema es el conflicto de evitación/evitación, en el cual afronta dos posibilidades indeseables o amenazadoras. También se encuentra el conflicto de aproximación/evitación, en el cual nos sentimos atraídos y repelidos por la misma meta u oportunidad²⁷.

Estrés Autoimpuesto

En ocasiones, nos sometemos al estrés “al interiorizar una serie de creencias irracionales y contraproducentes que aumenta de forma innecesaria el estrés que experimenta normalmente” (Ellis y Harper, 1975)

El estrés y las diferencias individuales

Algunos perciben como estresante una situación en particular, mientras que otros no le dan mucha importancia. Algunos individuos resistentes al estrés tal vez comparten el rasgo de fortaleza, tendencia a ver en las exigencias difíciles un reto más que una amenaza. Los que creen tener cierto control sobre un hecho serán mucho menos vulnerables al estrés que aquellos que se sienten impotentes ante la misma situación²⁸.

2.4. Modos y proceso de afrontamiento

Las consideraciones del afrontamiento se articulan en torno a una definición centrada sobre: aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son

²⁷ Morris, Charles; Maisto, Albert.2001.Psicología de la Salud. Décima edición. México. p.p 499.

²⁸ Ibid. p.p 499

evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo²⁹.

Otra óptica distinta, desde la que es posible analizar el proceso de afrontamiento, vendría determinada por las funciones u objetivos que el afrontamiento va a cumplir. Desde este punto de vista, se viene distinguiendo entre:

1. *Afrontamiento centrado en el problema*, dirigido a la modificación de la situación o acontecimientos percibidos como estresantes, y donde tendrían cabida todos aquellos intentos de manipulación o alteración de las condiciones del entorno, y
2. *Afrontamiento centrado en la emoción*, referido a la forma de combatir el estado emocional displacentero suscitado por la situación estresante.

El modo de afrontamiento del estrés va a quedar determinado por los recursos con los que cuenta el sujeto y por su habilidad para aplicarlos al caso. Habrá que considerar: a) los que se adscriben al propio sujeto, como la salud o la energía física, las creencias positivas de la persona o las técnicas sociales y de resolución de problemas que posea, y b) los recursos de afrontamiento de naturaleza ambiental, incluyendo aquí los que proporciona el entorno material y el entorno social en que se desenvuelve el sujeto.

Lazarus y Folkman mantienen que la consideración del afrontamiento como proceso dinámico, se desprende necesariamente la idea de que los modos de afrontamiento van a ir evolucionando a medida que el sujeto pasa por los sucesivos estadios de su desarrollo.

²⁹ Ridruejo, Pedro., (1996). Psicología Médica. Buenos Aires. Argentina. Editorial Descleé de Brouwer. p. 276; p.277; p.278.

Lazarus y Folkman consideran las siguientes categorías de afrontamiento:

Confrontación: acciones directas, y en cierto modo agresivas, para alterar la situación.

Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación.

Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

Búsqueda de apoyo: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.

Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad en el problema.

Huida-evitación: de la situación de estrés.

Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implica una aproximación analítica a esta.

Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal³⁰.

³⁰ Ridruejo, Pedro., (1996). Psicología Médica. Buenos Aires. Argentina. Editorial Descleé de Brouwer. p. 276; p.277; p.278.

2.5. Respuestas al estrés³¹

Las respuestas al estrés se pueden agrupar en fisiológicas, cognitivas y de conducta. Algunas de estas respuestas pueden ser consideradas como involuntarias, mientras que otras se inician voluntariamente en un esfuerzo consciente de afrontamiento.

Las *respuestas cognitivas* están relacionadas con el proceso de valoración (primaria o secundaria). La forma en que el sujeto percibe su medio o, en otros términos, filtra y procesa la información de éste y evalúa si las situaciones deben ser consideradas como relevantes o irrelevantes, aterradoras o inocuas, determinará en gran medida las posibilidades y las formas en que le afectará el estrés. De acuerdo con Meichenbaum y Turk (1982), se pueden considerar tres diferentes tipos característicos de enfrentamiento al estrés:

Uno de ellos sería el de los sujetos que, ante una situación de estrés, más que centrarse en las demandas de la situación, se centran en sí mismos. Son los denominados *autorreferentes*. Un segundo tipo, el *autoeficaz*, sería el de las personas que se centran en analizar las exigencias de la situación para poder dar una respuesta adecuada a las características específicas de ésta. Un tercer tipo es el de aquellas personas que *niegan* la existencia de problemas o demandas del medio.

En lo referente a las respuestas motoras (comportamientos observables), las básicas ante situaciones de estrés son: enfrentamiento (ataque), huida o evitación y menos frecuentemente pasividad (colapso).

³¹. LATONE, P. José Miguel, BENEIT, M. Pedro José. (1992). Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lunen. Pag. 70; p.71; p.72

2.6. Síndrome general de adaptación³²

Cuando un organismo se enfrenta a un estresor se moviliza a sí mismo para la acción. El esfuerzo de movilización es dirigido por las glándulas adrenales, las cuales promueven la actividad del sistema nervioso simpático. La respuesta es en sí misma inespecífica, en lo que respecta al estresor; esto es, sea cual sea la causa de la amenaza, el sujeto responde con el mismo patrón de reacciones (Taylor, 1986).

En 1956 y en ocasiones posteriores (1974, 1982), Selye definió el proceso de activación (Síndrome General de Adaptación o GAS) de acuerdo con tres fases (Selye, 1982): de alarma, de resistencia y de agotamiento o claudicación.

En la fase de *alarma*: el cuerpo dispara sus alarmas: aumenta el latido cardíaco y la presión sanguínea, la sangre se desvía hacia los músculos y huesos principalmente, se incrementa la sudoración, las glándulas endocrinas bombean hormonas que elevan los niveles de azúcar en sangre. Las emociones alcanzan gran intensidad. Estas alteraciones fisiológicas nos ayudan a movilizar los recursos de afrontamiento para recobrar el autocontrol. Si ninguna estrategia de afrontamiento atenúa es estrés, entramos en la segunda etapa.

En la fase de *resistencia*: Cuando el estrés es prolongado, surgen las tensiones musculares, los dolores de cabeza, mareos. Se lucha contra la creciente desorganización psicológica. Se emplean estrategias o técnicas de afrontamiento, si el estrés disminuye regresamos al estado normal; si es extremo y prolongado, la desesperación puede hacer que recurramos a técnicas inadecuadas de afrontamiento.

³². FARRÉ Martí, Josep "et al". (2008) Psicología para todos. Tomo 3, *Relaciones de grupo, estrés y dolor*. Barcelona, España. Editorial OCEANO. Primera edición. Pag.586.

La tercera fase, denominada *agotamiento*: en algún momento nuestros recursos llegan a agotarse y la resistencia cede. Si el estrés es físico, puede provocarse la muerte; si es psicológico, el agotamiento emocional. Algunos pierden contacto con la realidad y dan señales de trastorno emotivo o de enfermedad mental. Otros dan señales de “agotamiento”; incapacidad para concentrarse, irritabilidad, aplazamiento y la cínica idea de que nada vale la pena (Maslach y Leiter, 1997).

Cuando sobreviene el estrés, el corazón, los pulmones, el sistema nervioso y otros sistemas fisiológicos se ven obligados a trabajar en forma extenuante. El estrés ejerce un potente efecto negativo sobre el sistema inmunológico, de modo que si dura mucho destruye la capacidad del organismo para defenderse contra la enfermedad.

La psiconeuroinmunoendocrinología

Es una ciencia más o menos reciente que estudia la interacción del estrés con la actividad del sistema inmunológico, endócrino y nervioso (Ader y Cohen, 1993; Maier, Watkins y Fleshner, 1994). Los estudios en esta ciencia han demostrado que el estrés puede suprimir el funcionamiento del sistema inmunológico, con lo cual aumenta la vulnerabilidad a enfermedades virales y cáncer.

Los sistemas psicológico, neurológico, endocrinológico e inmunológico, son los responsables de las respuestas adaptativas e integrativas desde y hacia el medio.

Los factores estresantes influyen en el desarrollo y en la modelación de todas las respuestas psiconeuroinmunoendócrinas. El rol de las llamadas “situaciones traumáticas” sobre los procesos del neurodesarrollo han sido en los últimos años un tema con gran número de investigaciones, las cuales muestran la contundencia del papel determinante de las mismas tanto en la vida pre y posnatal.

Muchas regiones del cerebro continúan con neurogénesis en la vida posnatal dado que se encuentra en estados pre-mióticos; entre ellas el bulbo olfatorio, el hipocampo y el cerebelo. De igual forma se irá dando una permanente remodelación de las estructuras y las funciones del SNC. Es por ello que las experiencias vitales tempranas vividas como factores estresantes ya sean de carácter real u objetivable (afecciones sistémicas, mal nutrición, catástrofes, etc.) o vivencias menos objetivables (traumas psicológicos, conflictos fantaseados, etc) se objetivarán en alteraciones biológicas.

Sin importar el tipo, mientras estas experiencias sean evaluadas por el individuo como estresantes, mostrarán una interacción con otros factores concomitantes (genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos, socio-culturales). De esta forma el procesamiento individual ante los estímulos estará íntimamente relacionado con dichas trazas biológicas, dando como resultante diferentes patrones de afrontamiento al estrés”³³.

La importancia de los vínculos de apego en etapas tempranas son de vital importancia, la empatía de las figuras paternas se relaciona con la constitución de un psiquismo equilibrado. Resultado de las fallas empáticas, sobre todo por parte de la madre, proveedora externa de las necesidades infantiles, se producen los denominados trastornos por déficit vinculados a la falta de cohesión del self o de la integración. Al decir de Fonagy (1999), estos sujetos presentan carencias en la regulación afectiva y en la capacidad para responder a los estímulos adecuadamente. Margarita Dubourdieu recalca el valor del lenguaje en la expresión de las emociones y necesidades, permitiendo la descarga y

³³ Lopez Mato A. 2005. Psiconeuroinmunoendocrinología. Tratado de psiquiatría. Grupo guía. Buenos Aires. Argentina.

alivio de la tensión y posibilitando la búsqueda de estrategias que modifican los factores productores de malestar.³⁴

2.7. Consecuencias biológicas y psicológicas de la activación

El estrés se produce cuando el organismo se da una activación mayor de la que éste es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento (psicológicas y/o conductuales)³⁵.

La activación del organismo viene decidida, en primera instancia, por procesos nerviosos-centrales (el procesamiento de la información sensorial que hace el sujeto desde sus procesos psíquicos), y una consecuencia: la activación del organismo, generada a partir del sistema reticular. Éste activa el sistema simpático-adrenal que está compuesto por el sistema nervioso-simpático, emergente del hipotálamo y por la parte medular de las glándulas suprarrenales. Tanto la estimulación de los nervios simpáticos como las situaciones de estrés, aumentan la conversión de tirosina marcada en noradrenalina (NA), de manera proporcional a la intensidad de la estimulación. En cambio, la producción de adrenalina (A) sólo tiene lugar prácticamente en las suprarrenales merced a la acción de la PNMT (feniletanol-amin-N-metiltransferasa), enzima que oscila en su actividad dependiendo del nivel de glucocorticoides.

Las consecuencias biológicas de la activación se concretan en el aumento de la TA, la frecuencia cardíaca, la glucogenolisis y la lipolisis, la disminución en la secreción de insulina y el aumento de la secreción de ACTH, de hormona de crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticoides. Además, hay un decremento de la actividad intestinal, mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación

³⁴ Balarezo, Lucio.2010. Psicoterapia focalizada en la personalidad. Quito. Ecuador. p.p 38-41

muscular. Se trata de un estado biológico de predisposición al consumo de energía, desde la presunción de que será necesaria para la confrontación con el ambiente³⁶.

En la mujer embarazada que está expuesta a situaciones de estrés, la placenta es la que principalmente se ve afectada, traduciendo esa experiencia a su feto causando diversas complicaciones como: partos prematuros, pérdidas fetales, niños con hiperactividad y con diversos trastornos psicológicos en su desarrollo.

2.8. Estrés y embarazo

La mayoría de las preocupaciones y situaciones de tensión que viven las embarazadas no son generadas por su propia voluntad sino por sus condiciones de vida, sus conflictos personales no resueltos o por el cuidado de otras personas, especialmente sus padres, sus hijos o su pareja. El ser madre primeriza, además constituye un factor de riesgo para presentar estrés y ansiedad³⁷.

En el puerperio o posparto además las hormonas cambian dramáticamente. Después del parto o de un aborto la ausencia de hormonas podrá causar un episodio de sobre-estrés.

“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

³⁶. LATONE, P. José Miguel, BENEIT, M. Pedro José. (1981). Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen. Pag.69

³⁷ Sánchez, Jesús; Palacios, Graciela. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino. Los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y bajo peso”³⁸.

“La asociación entre el estrés durante el embarazo y el parto pretérmino ha sido reiteradamente demostrada, especialmente cuando ha ocurrido un hecho traumático en los días anteriores. Esta respuesta a la situación de estrés agudo puede explicarse por mecanismos biológicos: ante la percepción del peligro, el cuerpo se prepara para el ataque o la huida y “descarga” el peso que se lo impide. En este caso, el “peso” es el feto y, una vez desencadenado el mecanismo de parto, es muy difícil detenerlo. Dentro de lo que se denominan “embarazos de alto riesgo”, evidentemente el estrés tiene un lugar importante en generar descompensaciones en los casos en que la hipertensión o diabetes acompañan a la gestación. La intervención psicosocial más adecuada en estos casos es de tipo ambiental, buscando actuar directamente sobre las fuentes de tensión, disminuyéndolas”³⁹.

Según un estudio realizado por un grupo de investigadores de la Universidad de Pennsylvania (EE.UU.), si una madre está expuesta al estrés durante el embarazo, su placenta traduce esa experiencia a su feto mediante la alteración de los niveles de una proteína que afecta al desarrollo del cerebro masculino y femenino de manera diferente. Estos hallazgos, publicados en *The Proceedings of the National Academy of Sciences*, sugieren una vía en la que la exposición materna al estrés puede estar relacionada con enfermedades del neurodesarrollo como el autismo y la esquizofrenia, que afectan con más frecuencia o más severamente a los machos que a las hembras. «Casi todo lo que

³⁸ Fernandez Olsa Ibone. La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

³⁹ Defey, Denise Psic.(2009). El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud. Programa de las Naciones Unidas. Montevideo, Uruguay. p. 15

experimenta una mujer durante el embarazo tiene que interactuar con la placenta con el fin de transmitirlo al feto», explica Tracy L. Bale, autora del artículo y profesor. Añade además que «tenemos un marcador que parece señalar al feto que su madre ha sufrido estrés»⁴⁰.

Así mismo, durante la apertura de la IV edición de las Jornadas Profesionales Suavinex, el psiquiatra Thomas R. Verny, fundador de la Pre-and Perinatal Psychology Association of North America, ha señalado que las perturbaciones mentales de la madre durante el embarazo como la ansiedad o la depresión aumentan directamente la producción de hormonas del estrés como el cortisol y la noradrenalina que afectan directamente al bebé, provocándole un impacto adverso en la estructura de su cerebro y disminuyendo en la habilidad futura del mismo para manejar el estrés. El doctor ha añadido que "Estas hormonas influyen en el futuro recién nacido, causando un daño y aumentando el desarrollo de numerosas enfermedades futuras".

“Verny ha apuntado que es necesario enviar mensajes positivos al feto desde el momento de la concepción para "moldear una personalidad sana, equilibrada y fuerte". "El bebé nonato puede ver, oír, experimentar, degustar e incluso, de manera primitiva, aprender dentro del útero de la madre", por todo ello, Verny, considera fundamental el papel de los padres desde el momento de la concepción".⁴¹

2.8.1 Estrés sobre el infante

El alumbramiento no sólo produce estrés en la madre, sino también en el bebé: los poderosos músculos del útero presionan su salida, por lo regular la cabeza primero, por el canal del nacimiento. Las contracciones pueden comprimir periódicamente la placenta y el cordón umbilical, ocasionando cierta privación de oxígeno durante esos momentos.

⁴⁰ Rev. psiquiatría 2013. Frontiers in behavioral neuroscience. Vol.3. p.1-4

⁴¹ .Rev. psiquiatría 2010. Europa Press. Vol 1. P.1-2.

Además el niño pasa de su ambiente oscuro, cálido y seguro a un mundo externo con luces brillantes, temperaturas frías y ruidos.

La investigación ha revelado que el estrés del nacimiento produce grandes cantidades de adrenalina y noradrenalina en la sangre del bebé. Éstas son hormonas que preparan al adulto para la lucha o el escape en situaciones de peligro o emergencia. Las hormonas en el infante tienen un efecto estimulante de la respiración, la acción del corazón y en todos los órganos y células del cuerpo. Como consecuencia, el bebé normalmente nace alerta. Los bebés que nacen por operación cesárea antes de que haya empezado el parto carecen de esos niveles elevados de hormonas, lo que explica por qué en ocasiones tienen problemas para respirar inmediatamente después del nacimiento (Lagercrantz y Slotkin, 1986)⁴².

2.9. Ansiedad y Estrés

La ansiedad como respuesta al estrés, podemos definirla como la reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual y potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, de displacer, producido por situaciones y acontecimientos que, de manera consciente o no, percibe como amenazadores. Aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados internos, se asocia generalmente con sucesos estresantes externos teniendo en cuenta que algunas personas pueden ser más vulnerables

⁴² RICE, Philip. (1997). Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. Segunda edición. México. Editorial Pearson. p. 103-105.

que otras. La ansiedad puede ser experimentada por cualquier persona, ya que esencialmente es una respuesta al estrés⁴³.

La ansiedad aunque nos incita a actuar y nos ayuda a enfrentarnos a las situaciones amenazadoras, puede llegar a ser patológica si es desproporcionada. La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo, de tal manera que deja de ser una reacción defensiva para convertirse en una amenaza que el individuo no puede controlar. La ansiedad patológica es una respuesta desproporcionada a un estímulo determinado. Como resultado de ello, el individuo se siente incapaz de enfrentarse a situaciones, lo que trastorna su diario vivir.

2.10. Enfoque de la personalidad sobre el estrés

El estrés está vinculado a la interacción entre el evento y la reacción de la persona a ese evento. Como dijo Lazarus (1990), el estrés “depende de la valoración que haga una persona acerca de su relación con el entorno en una determinada situación de daño, amenaza o desafío”. Las características de personalidad pueden hacer que los individuos tiendan a encuentros particularmente frecuentes o intensamente amenazantes. O ciertas características de personalidad pueden hacer que los individuos juzguen muchas situaciones como amenazantes. También existen aspectos de la personalidad que minimizan el estrés. La personalidad puede influir en las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas cuando se encuentran con situaciones estresantes.

⁴³ LATONE, P. José Miguel, BENEIT, M. Pedro José. (1992). Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lunen. Pag. 74

2.10.1. Neuroticismo: ansiedad y estrés

La tendencia a ser ansioso frente a la de ser calmado, es considerada generalmente como una dimensión fundamental de la individualidad (Almagor, Tellegen y Waller, 1995; Eysenck 1991).

El concepto de estrés per se no es tan fácil de separar de la personalidad. La tendencia a experimentar acontecimientos estresantes en la vida está influida por las puntuaciones en neuroticismo. Las personas que obtienen una puntuación alta en neuroticismo tienden a considerar que la mayoría de las situaciones pueden amenazar su bienestar, y las consideran estresantes en mayor grado que las personas con neuroticismo bajo (Aldwin, Levenson, Spiro y Bosse, 1989; Ben-Porath y Tellegen, 1990; Watson, 1990). Las disposiciones temperamentales son más poderosas que los factores ambientales a la hora de predecir el estrés psicológico.

El componente emocional clave del neuroticismo es la ansiedad. La ansiedad es un fenómeno complejo que implica respuestas cognitivas, de comportamiento, experienciales, expresivas y psicológicas. En estados de ansiedad agudos, el componente fisiológico es evidente: actividad elevada del sistema nervioso simpático (latidos rápidos del corazón, respiración poco profunda, cambios en la presión sanguínea, etc). A menudo la ansiedad, es más un sentimiento inoportuno de malestar, una sensación de que el bienestar de uno está siendo de algún modo amenazado, de que algo malo va a ocurrir. También el neuroticismo no es sólo ansiedad. Se asocia un amplio conjunto de sentimientos negativos, incluyendo una baja autoestima, propensión a la depresión, irritabilidad y otras manifestaciones (Watson y Clark, 1984).

2.10.2. La teoría del neuroticismo de Eysenck

Eysenck (1967) propuso una teoría plausible consistente en que la dimensión de neuroticismo refleja las diferencias en la facilidad con que las áreas del cerebro que favorecen la ansiedad son activadas por los estímulos, áreas que incluyen estructuras del sistema límbico y sus conexiones con otras áreas cerebrales, incluyendo las que interaccionan con el sistema nervioso simpático. La activación del sistema nervioso simpático se puede observar en respuestas psicofisiológicas como el incremento de los latidos del corazón, el incremento de la presión sanguínea, la vasoconstricción periférica (que produce la sensación de “manos frías”), el incremento de la sudoración y las respuestas electrodérmicas, y el incremento de la tensión muscular (especialmente alrededor de la frente). Si la dimensión de neuroticismo refleja la facilidad con la que las respuestas de la ansiedad se manifiestan, debería ser fácil encontrar diferencias entre las personas con un neuroticismo alto y bajo en estos indicadores psicofisiológicos de la ansiedad con sólo medirlos durante la exposición a estímulos estresantes.

Eysenck basa su teoría de la personalidad principalmente en la psicología y la genética. Consideraba que los hábitos aprendidos eran de gran importancia, consideró que las diferencias en la personalidad se desarrollan a partir de la herencia genética. Por lo tanto estuvo fundamentalmente interesado en el temperamento. El temperamento ese aspecto de nuestra personalidad que está basado en la genética, innato, desde nuestro nacimiento o incluso antes.

La estructura de la personalidad: modelo descriptivo o taxonómico.

Eysenck propone un modelo jerárquico de personalidad con diferentes niveles de creciente generalidad:

Primer nivel: Respuestas específicas que pueden observarse una vez y que pueden o no ser características del individuo.

Segundo nivel: Respuestas habituales que serían respuestas específicas que se repiten cuando las circunstancias son similares.

Tercer nivel: Rasgos que son constructos teóricos basados en las intercorrelaciones entre respuestas habituales que sí son observables.

Cuarto nivel: Tipos que surgen de las intercorrelaciones entre los diferentes rasgos, y serían factores de segundo orden. Son considerados dimensiones continuas, a lo largo de las cuales se puede posicionar el individuo, y no categorías separadas y puras.

Los tres tipos o superfactores (Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo) son suficientes para describir adecuadamente la personalidad.

Extraversión.

Los individuos extravertidos son sociables, comunicativos, desinhibidos, activos, habladores y dominantes. Además buscan excitación y estimulación. Eysenck ha planteado dos teorías para explicar el comportamiento diferenciado de introvertidos y extravertidos:

El modelo de excitación-inhibición: Utiliza procesos fisiológicos sin localizarlos específicamente. Propuso que las personas que están predispuestas a desarrollar pautas de comportamiento extravertido son las que tienen: potenciales excitatorios débiles e inhibición reactiva fuerte. Las personas que desarrollan patrones de conducta introvertida son las que poseen: potenciales excitatorios fuertes e inhibición reactiva débil. Por tanto, la inhibición fisiológica es inversamente proporcional a la inhibición conductual.

La teoría de la activación cortical: Aparece porque la anterior propuesta no permitía hacer predicciones empíricamente contrastables. Según esta teoría las personas que tienen, en condiciones de reposo, un nivel de

arousal crónicamente alto, se comportan de forma introvertida. Así, a mayor activación cortical, menor activación conductual y a la inversa. Propone el SARA (Sistema de activación reticular ascendente) como base neurológica responsable del nivel de activación.

Los introvertidos presentan mayor reactividad a la estimulación sensorial, introvertidos y extrovertidos no difieren en arousal en condiciones neutras o crónicamente. Por tanto, la sensibilidad de los introvertidos a la estimulación es elevada.

En estudios sobre rendimiento, los introvertidos rinden mejor en situaciones con niveles de estimulación moderados, y los extravertidos con niveles altos. Lo cual indica que difieren en el nivel de estimulación para rendir mejor.

Neuroticismo (Estabilidad-Inestabilidad Emocional).

Las personas con puntuaciones altas en esta dimensión tienen cambios de humor frecuentes, suelen estar preocupados, ansiosos, deprimidos y sentirse culpable. Reaccionan fuertemente ante los estímulos.

Las bases neurológicas se encuentran en el sistema límbico o cerebro visceral, que está relacionado con la activación de tipo neurovegetativa (sudoración, frecuencia cardíaca, tensión muscular, etc.). Para Eysenck, los sujetos más inestables presentan una mayor activación neurovegetativa. Este sistema y el SARA son sólo parcialmente independientes, debido a que a través de la activación visceral se puede producir arousal cortical.

Bases genéticas.

Aunque la teoría propone que las diferencias de funcionamiento de los distintos sistemas neurofisiológicos (responsables de las dimensiones propuestas) son de origen genético, Eysenck no cree que la conducta esté en los genes. Los genes no causan la conducta directamente, sino

que el ADN afecta a toda una serie de mecanismos biológicos intermediarios (fisiológicos, hormonales y neurológicos) que en interacción con factores sociales producen la conducta.

Propone, por tanto, que el individuo hereda ciertas características fisiológicas y neurológicas como el SARA, que influye en el nivel de arousal cortical, el cual determina las posibilidades de condicionamiento, los umbrales sensoriales y otros procesos básicos. Así los introvertidos se condicionan mejor y tienen umbrales sensoriales más bajos. La diferente interacción de los individuos con su ambiente produce los rasgos comportamentales que caracterizan a introvertidos y extravertidos.

6. MATERIALES Y METODOS

La presente investigación es de corte transversal, descriptivo y analítico, con un enfoque cuantitativo; él universo estuvo constituido por 513 pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Provincial Isidro Ayora, de las cuales se tomó como muestra un total de 50 pacientes primerizas en puerperio que reunían los criterios de inclusión para el presente estudio, durante el periodo Octubre - Noviembre del 2013.

Para realizar la presente investigación se utilizó técnicas psicológicas y métodos científicos como la Observación Clínica, la Entrevista Psicológica Perinatal, el Test de Ansiedad de Hamilton, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento y el Inventario de personalidad de Eysenck, encaminados a cumplir con las metas de este estudio.

6.1. El proceso investigativo se lo realizó en fases:

FASE 1:

El proceso investigativo se lo inició con la selección de aquellas pacientes primíparas en puerperio inmediato (primeras 24 horas postparto) que cumplían con los criterios de inclusión para el presente estudio.

Posteriormente, mediante la observación clínica, se pudo obtener una primera impresión del estado tanto físico como psíquico de las pacientes, y la presencia o no de signos y síntomas de estrés o ansiedad.

FASE 2:

Se realizó la entrevista psicológica perinatal a las pacientes seleccionadas con la finalidad de obtener datos concretos acerca de los acontecimientos significativos de vida (life events) a los que se enfrentan como: conflictos conyugales, de pareja, familiares y sociales, el impacto ante el nacimiento y la vinculación madre-recién nacido.

FASE 3:

Posteriormente se aplicaron los reactivos psicológicos: Ansiedad de Hamilton, Inventario de estrategias de afrontamiento y el inventario de personalidad de Eysenck, para determinar la sintomatología en las pacientes y llegar a un diagnóstico presuntivo.

A continuación se detalla cada uno de los materiales y métodos que se utilizaron en la presente investigación.

MATERIAL 1:

LA OBSERVACIÓN CLÍNICA

La observación constituye una de las técnicas de mayor aplicación en el trabajo de diagnóstico psicológico. “Generalmente se asocia al trabajo sensorceptivo y a las funciones superiores del investigador a través de cuyos mecanismos se puede hacer inferencias sobre el comportamiento del paciente o sujeto” (Balarezo & Mancheno 2003).

La observación es un elemento fundamental de todo proceso de investigación; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos.

El método clínico utiliza la observación como un primer paso para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que representa, lo que es y lo que manifiesta, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite que parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, de lo consciente a lo inconsciente (Anexo 1).

MÉTODO 1:

Directa, individual y analítica, cuya aplicación se realizó desde la primera entrevista con cada una de las pacientes, tomando en cuenta su condición física (de salud), su comportamiento, su actitud al primer contacto, su expresión facial y verbal.

MATERIAL 2:

LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA PERINATAL

La entrevista psicológica perinatal fue elaborada en 1999 por la Dra. Alicia Oiberman, coordinadora del programa de asistencia psicológica de atención al niño pequeño y su familia, y llevado a cabo en el Hospital Materno Infantil “Ana Gotilla” (Buenos Aires), con el objetivo de construir una herramienta que tomara en cuenta los sucesos significativos de vida (*life event*) que pueden influir durante el embarazo y parto y ser causales de estrés, a los efectos de introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades.

La Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) consiste en una entrevista psicológica semidirigida de sesión única que toma en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socioeconómica, la historia familiar, el impacto ante este nacimiento, los problemas físicos y psicológicos suscitados durante el embarazo y los sucesos significativos vividos por la madre durante el último año, que se resignifican en ocasión

del embarazo en curso o nacimiento. La EPP se administra entre las 24 y 72 horas de producido el nacimiento.

En el análisis particular de cada una de las situaciones evaluadas, se pudo distinguir diversos tipos de riesgo psicosocio-perinatal, a saber:

Riesgo socio-familiar: Entorno familiar y social de Riesgo.

Life-event sociales:

Pareja: separación durante el embarazo, abandono, violencia, conflictos.

Nivel de educación.

Consumo de sustancias en el entorno familiar.

Familiar preso, violencia familiar, abandono, violación-abuso, desarraigo, etc.

Problema actual:

Accidentes.

Enfermedades (entorno familiar).

Mudanzas (traslado durante el embarazo).

Otros.

Riesgo por duelo: Muertes de familiares, pareja, abortos etc. El parto puede ser vivido como un life-event en tanto miedo a morir. Puede haber dificultades de inicio de vinculación. Ambivalencia acentuada.

Riesgo por desocupación, problemas económicos, pobreza extrema

Riesgo por no anidación: Se trata de situaciones en donde la madre no otorga un lugar afectivo al bebé en gestación (se afecta la gestación psíquica). La madre no registra el embarazo: negación psíquica (no se da cuenta que está embarazada) y biológica (no registra movimientos del

bebé, aumento de vientre, etc.). Generalmente se trata de embarazos no planificados y/o embarazo sin control. Durante el embarazo la madre manifiesta no haber imaginado al bebé. No eligió nombre para el bebé. Aquí el embarazo es vivido como estresor (embarazo como life-event en sí mismo). Puede haber dificultades de inicio de vinculación. Ambivalencia acentuada. Generalmente está asociado a no tener pareja: madre sola.

Riesgo Psicológico: Temor por la salud del bebé, por la salud propia, presentimiento de parto prematuro, angustia, psicosis, otros.

Riesgo Físico: Problemas físicos de base, anteriores al embarazo que provoca riesgo en el embarazo y/o parto. Internaciones durante el embarazo, hipertensión arterial, HIV, sífilis, epilepsia, etc.

Riesgo en el parto: Si el parto fue por cesárea, nacimiento prematuro, etc.

Riesgo adolescente: Ambos padres muy jóvenes y con algún indicador de dificultad de inicio de vinculación.

Impacto ante este nacimiento: si existe dificultad para establecer un vínculo con el neonato, dificultades para dar la lactancia, situaciones de rechazo, angustia de separación, etc. (Anexo 3)

MÉTODO 2:

Antes de iniciar la entrevista se estableció un adecuado rapport, la explicación de la confidencialidad y el consentimiento informado (Anexo 2), y el objetivo del trabajo a realizar, todo esto con la finalidad de lograr un clima de trabajo, cálido y amable, donde las entrevistadas puedan expresarse libremente, de manera cómoda y confiada. Se utilizó un lenguaje sencillo, claro. La aplicación fue de manera individual con una duración de 30 a 45 minutos.

MATERIAL 3:

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La escala de Ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959. Inicialmente constaba de 15 ítems, quedando posteriormente, en el año de 1969, dividida en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada hasta la actualidad. La presente es la versión española realizada por Carrobes y cols en 1986.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener además dos puntuaciones que corresponden a: ansiedad psíquica y ansiedad somática

Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan los criterios de ansiedad o depresión. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad y una depresión ansiosa.

Fiabilidad: muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r=0.96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r=0.64$).

Validez: La puntuación total tiene una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r=0.63 - 0.75$) y con el inventario de ansiedad de Beck ($r=0.56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18.9 y 2.4)⁴⁴. (Anexo 4)

⁴⁴ HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J MedPsychol 1959; 32:50-55.

MÉTODO 3:

La aplicación se la realizó en forma individual con una duración de 10 a 15 minutos. Los datos obtenidos fueron interpretados a través del método analítico-sintético, lo que me permitió obtener estadísticamente el índice de ansiedad en cada una de las pacientes.

MATERIAL 4:

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), es un instrumento genérico de evaluación de estrategias de afrontamiento. Fue desarrollado por Tobin et al. en 1984 y adaptado en población general por Cano, Rodríguez y García en 2007.

Este inventario de 40 ítems, tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo

Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Este instrumento ha demostrado su viabilidad para comprender cómo las personas manejan los estresores que encuentran en su vida.

El CSI presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias.

Las ocho escalas primarias son las siguientes:

- 1. Resolución de problemas (REP):** estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

2. **Reestructuración cognitiva (REC):** estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
3. **Apoyo social (APS):** estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
4. **Expresión emocional (EEM):** estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen en el proceso de estrés.
5. **Evitación de problemas (EVP):** estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
6. **Pensamiento desiderativo (PSD):** estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
7. **Retirada social (RES):** estrategias de retirada de amigos, familiares y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.
8. **Autocrítica (AUC):** estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias:

1. **Manejo adecuado centrado en el problema:** incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado.
2. **Manejo adecuado centrado en la emoción:** incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.
3. **Manejo inadecuado centrado en el problema:** incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo,

indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.

4. **Manejo inadecuado centrado en la emoción:** incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias:

- A. **Manejo adecuado:** incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo Social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.
- B. **Manejo inadecuado:** incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada Social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

El CSI fue traducido y aplicado a una muestra de 337 personas adultas de características sociodemográficas diversas, recogida de forma incidental en actividades formativas en la provincia de Sevilla. Los resultados mostraron unas excelentes propiedades psicométricas superando incluso las del estudio original: ocho factores explicaron un 61% de la varianza con sólo 40 ítems (frente a los 72 que explicaban un 47% en el instrumento original) y obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89. La validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de

personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento⁴⁵. (Anexo 5)

MÉTODO 4:

El inventario CSI fue aplicado de forma individual con una duración de 15 a 20 minutos. Los datos fueron interpretados a través del método analítico-sintético y descriptivo con el fin de obtener estadísticamente los tipos de afrontamiento en cada caso y dar a conocer explícitamente las diversas formas de afrontamiento de las pacientes.

MATERIAL 5:

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK – FORMA B ADULTOS (EPI)

La teoría de la personalidad de Eysenck, destaca 'Sobre otras teorías científicas de la personalidad por estar basada no sólo en aspectos conductuales sino también en aspectos fisiológicos del individuo.

La teoría de Eysenck está basada principalmente en la psicología y la genética. Aunque es un conductista que considera a los hábitos aprendidos como algo de gran importancia, considera que nuestras diferencias en las personalidades surgen de nuestra herencia. Por tanto, está primariamente interesado en lo que usualmente se le conoce como temperamento. Eysenck es un psicólogo de investigación. Sus métodos comprenden una técnica estadística llamada análisis factorial. El análisis factorial extrae dimensiones (factores) tales como timidez-extraversión del monto de información. Luego, el investigador examina los datos y nombra al factor con un término como "introversión-extraversión".

⁴⁵ Cano García F.J; Rodríguez Franco L; García Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Españolas de Psiquiatría, Volume 35, Issue 1, 2007.p.29-39

El test fue elaborado en el año 1954, en la Universidad de Londres-Inglaterra. El inventario de Personalidad de Eysenck presente es la forma B, adaptación cubana por los psicólogos R. S. Rodríguez, C. C. Barroso, R. Alvisa y J Román. Se aplica sin límite de tiempo a partir de los 16 años de edad.

Su objetivo es evaluar de manera indirecta las dimensiones de la personalidad, (Extroversión y Neuroticismo)

Finalidad: El Inventario Eysenck de Personalidad (EPI) sirve para la medición de dos de las más importantes dimensiones de la personalidad: introversión- extroversión (E) y neuroticismo (estabilidad- inestabilidad) (N). Consiste en 57 ítems, a los cuales debe responderse SI o NO.

Aspectos que evalúa:

“E” Dimensión: Introversión – Extroversión.

“N” Dimensión: Estabilidad – Inestabilidad.

Escala de mentiras (veracidad) “L”

Permite conocer el grado de sinceridad del sujeto en la situación de la prueba. Los ítems de la escala de mentiras son:

6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 y 54,

Está distribuido de manera estructural y sistemática, un puntaje mayor de cuatro (4) en la escala, anula los resultados de la prueba, pudiendo inferir la presencia de rasgos tendientes a ocultar u ocultarse la autoimagen real.

Confiabilidad: Coeficiente de estabilidad: N=0.71, E=0.68,L= 0.61, siendo significativo para las tres escalas⁴⁶. (Anexo 6)

MÉTODO 5:

El test fue aplicado de forma individual con una duración de 10 a 15 minutos. Los datos obtenidos fueron interpretados a través del método analítico-sintético con la finalidad de obtener datos estadísticos del tipo de personalidad de las pacientes.

⁴⁶ García,L; “Fiabilidad y validez de la versión castellana del EPI”. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 11, núm. 3, pp. 393-402.

7. RESULTADOS

Objetivo 1:

Determinar los conflictos psicosociales y el nivel de estrés existente en pacientes primíparas.

TABLA N°1:

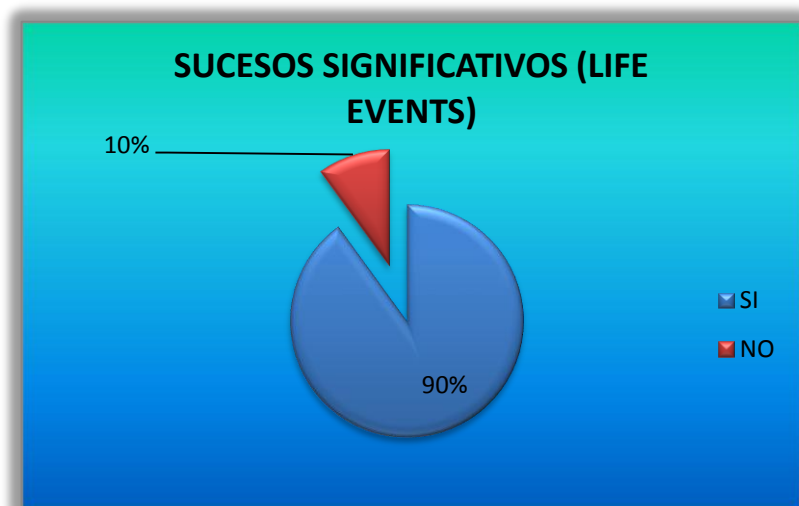
TÍTULO: PRESENCIA DE SUCESOS SIGNIFICATIVOS (LIVE EVENTS)

SUCESOS SIGNIFICATIVOS (LIFE EVENTS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	45	90%
No	5	10%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Entrevista Psicológica Perinatal

ELABORADO POR: Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

GRAFICO N°1



Análisis e Interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos, a través de la entrevista psicológica perinatal, se pudo determinar que el 90% de las pacientes ha presentado durante su embarazo y posterior al mismo, sucesos psicosociales de riesgo, mientras que en el 10% de los casos no se ha presentado ninguna situación o evento vital de riesgo.

TABLA N°2:

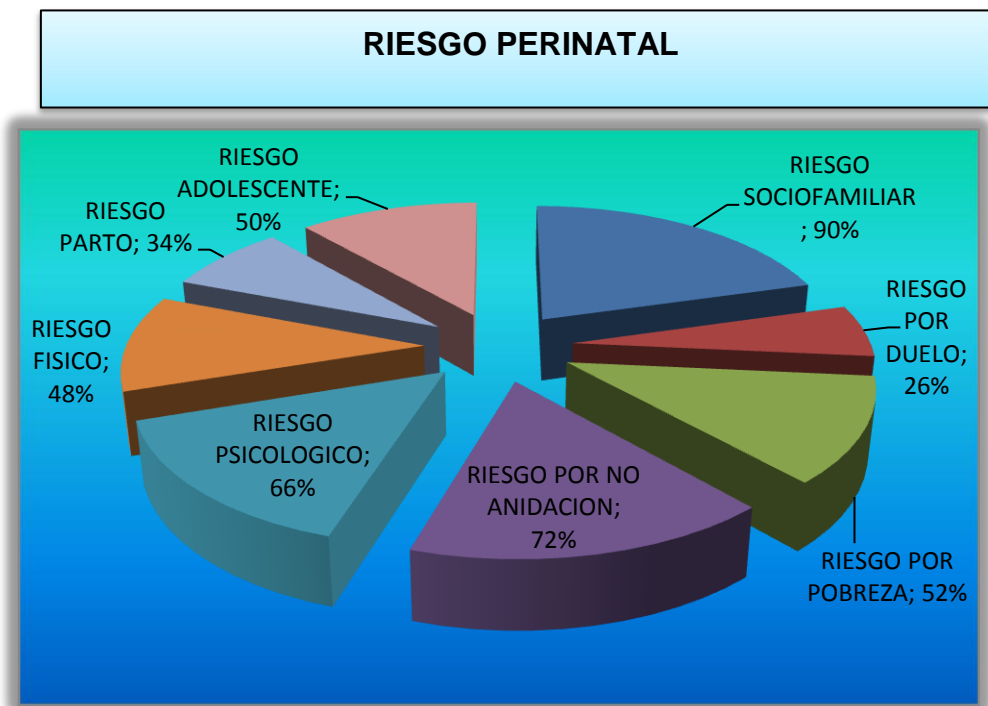
TÍTULO: DATOS GENERALES PRESENCIA DE RIESGO PERINATAL

TIPO DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RIESGO SOCIOFAMILIAR	45	90%
RIESGO POR DUELO	13	26%
RIESGO POR POBREZA	26	52%
RIESGO POR NO ANIDACION	36	72%
RIESGO PSICOLOGICO	33	66%
RIESGO FISICO	24	48%
RIESGO PARTO	17	34%
RIESGO ADOLESCENTE	25	50%

FUENTE: Entrevista Psicológica Perinatal

ELABORADO POR: Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

GRÁFICO N°2



Análisis e Interpretación

En forma general, de los datos obtenidos a través de la Entrevista Psicológica Perinatal tenemos que el Riesgo Sociofamiliar es el más prevalente entre las pacientes en puerperio con un 90%, seguido del Riesgo por no anidación con un 72%, Riesgo psicológico con el 66%; el Riesgo por pobreza se da en un 52% de la muestra; el 50% de las pacientes se encuentran en Riesgo por embarazo Adolescente, el 48% ha presentado algún tipo de Riesgo físico, el 34% presentó complicaciones con el parto (prematuro, cesárea), mientras que el 26% se encontró en Riesgo por situaciones de duelo (abortos, fallecimiento de familiares).

TABLA N°3:

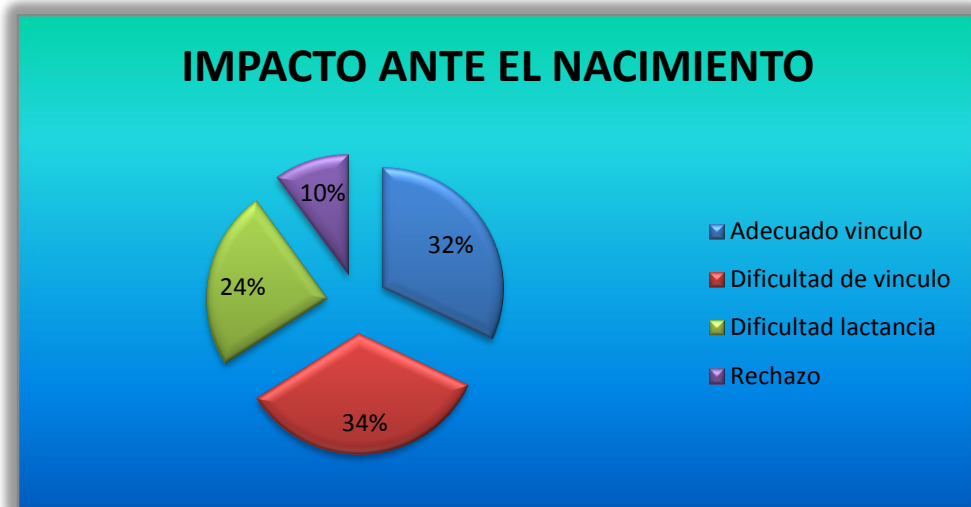
TÍTULO: IMPACTO ANTE EL NACIMIENTO

IMPACTO ANTE EL NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adecuado vinculo	16	32%
Dificultad de vinculo	17	34%
Dificultad lactancia	12	24%
Rechazo	5	10%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Entrevista Psicológica Perinatal

ELABORADO POR: Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

GRÁFICO N°3



Análisis e interpretación

En cuanto al impacto ante el nacimiento, el 34% presenta dificultad en establecer el vínculo afectivo, el 32% ha establecido un adecuado vínculo, el 24% refiere tener problemas con la lactancia y el 5% de las pacientes manifestó sentir cierto rechazo hacia el bebé sobre todo en situaciones en

las que el embarazo fue considerado un “error” o un “problema” y en el que el soporte familiar y social fue escaso.

TABLA N° 4:

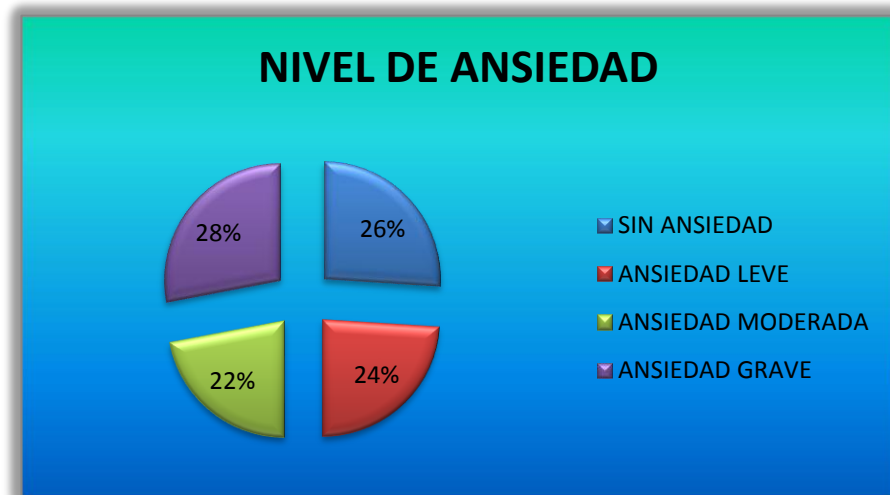
TÍTULO: NIVEL DE ANSIEDAD

ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin ansiedad	13	26%
Ansiedad leve	12	24%
Ansiedad moderada	11	22%
Ansiedad grave	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente: Test Ansiedad de Hamilton

Elaborado por: Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

GRÁFICO N°4



Análisis e Interpretación

Por medio de la aplicación del Test de Ansiedad de Hamilton, se pudo determinar que el 28% presenta un nivel de ansiedad grave, el 26% de las pacientes no presentó sintomatología ansiosa, el 24% presentó ansiedad leve y el 22% ansiedad moderada; siendo la ansiedad grave la de mayor prevalencia entre las pacientes.

Objetivo 2:

Investigar las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes primíparas.

TABLA N° 5:

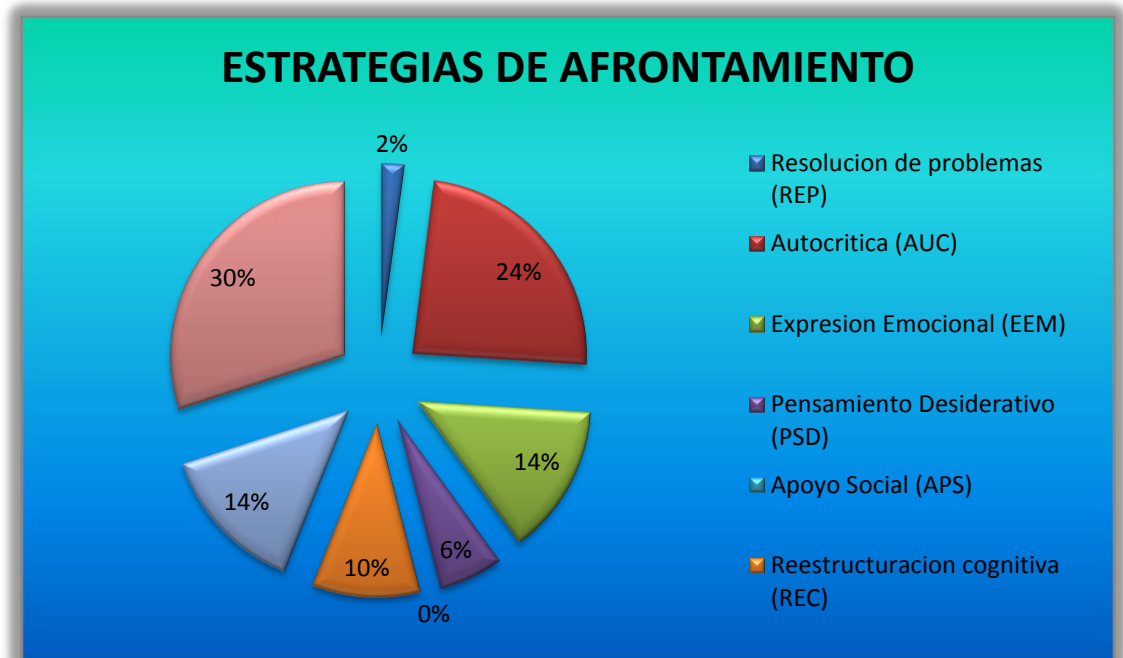
TÍTULO: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Resolución de problemas (REP)	1	2%
Autocritica (AUC)	12	24%
Expresión Emocional (EEM)	7	14%
Pensamiento Desiderativo (PSD)	3	6%
Apoyo Social (APS)	0	0%
Reestructuración cognitiva (REC)	5	10%
Evitación de Problemas (EVP)	7	14%
Retirada Social (RES)	15	30%
TOTAL	50	100%

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Elaborado por: Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

GRÁFICO N°5



Análisis e Interpretación

De las puntuaciones obtenidas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento tenemos que, la estrategia más empleada por las pacientes es la Retirada social con un 30%, seguida de la Autocrítica con el 24%, la Expresión emocional y la Evitación de problemas la emplea el 14% de las pacientes; el 10% utiliza la Reestructuración cognitiva, el 6% el Pensamiento desiderativo, el 2% la Resolución de problemas, y por último el Apoyo social no forma parte de las estrategias de afrontamiento empleadas por las púerperas.

Objetivo 3:

Conocer el tipo de personalidad de las pacientes primigestas.

TABLA N° 6:

TÍTULO: TIPOS DE PERSONALIDAD

PERSONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Introverso-estable	8	16%
Introverso-Inestable	18	36%
Extroverso-Inestable	9	18%
Extroverso-estable	15	30%
TOTAL	50	100%

Fuente: Inventario de Personalidad de Eysenck

Elaborado por: Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

GRÁFICO N°6



Análisis e Interpretación

En lo que respecta al tipo de personalidad de las pacientes, tenemos que el 36% presenta una personalidad Introverso-Inestable; el 30% Extroverso-Estable; el 18% un tipo de personalidad Extroverso-Inestable y el 16% presenta una personalidad Introverso-Estable.

8. DISCUSIÓN

El embarazo y la maternidad constituyen una etapa de crucial importancia en la vida de la mujer y del futuro infante, de ahí la importancia de detectar y controlar los diversos factores bio-psico-sociales que dificultan dicho proceso, generando así gran estrés en las puérperas con consecuencias muy perjudiciales tanto para sí misma como para el desarrollo del bebé, y va a depender de las estrategias de afrontamiento que emplee y de sus características de personalidad, la forma en la que supere esta crisis vital.

En nuestro medio, el estudio de la Psicología Perinatal es un campo escasamente abordado, más aún el estrés y su relación con el género femenino puesto que no se vincula a éste, en la mayoría de los casos, con la salud reproductiva sino con las condiciones de trabajo y salud entre otras, lo que induce a pensar en un área aún no explorada del estrés; es por ello que me propuse llevar a cabo la presente investigación en el Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja obteniendo como resultado un alto índice de ansiedad y de estresores psicosociales, así como estrategias de afrontamiento inadecuadas en las pacientes primíparas en puerperio.

El presente trabajo investigativo se constituye en el primer estudio de la problemática existente en este tema siendo así un trabajo innovador con interesantes resultados.

Este estudio presenta evidencias de que los factores psicosociales adversos durante y después del embarazo producen estrés y elevados niveles de ansiedad, alterando el estado emocional, la percepción de la capacidad de afrontamiento y la vinculación madre-hijo.

A continuación se presentan trabajos investigativos encontrados en

artículos de internet que corroboran y que mantienen relación con la temática investigada:

Según un estudio de la Universidad de Aarhus en Dinamarca, las tres semanas posteriores al parto son el periodo más crítico en lo que se refiere a estos riesgos para la salud mental de las madres primerizas. Los investigadores examinaron en su estudio el riesgo de trastornos mentales posparto que requerían admisión hospitalaria o consultas externas para las madres y padres primerizos hasta doce meses después del parto⁴⁷.

Ser madre primeriza, además, según estudios, “aumenta el riesgo de presentar niveles elevados de estrés y ansiedad puesto que refieren menor control de la situación, menor preparación para los controles obstétricos y el cuidado del bebé, y perciben el parto peor de lo que habían esperado.”⁴⁸

Oiberman, A.; Santos, S.; Galli, M.; Mansilla, M.; Fernández, M.; Cicala, T; Nieri, L realizaron una investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar de Plata en Argentina cuya temática fue la “*Detección de múltiples factores interrelacionados, bio-psico-sociales, en el proceso de Maternidad y Nacimiento que pueden dificultar su desarrollo*”. Los resultados del análisis de este trabajo revelaron la existencia de situaciones de riesgo psico-socio-perinatal vivido durante el embarazo, nacimiento y puerperio, las más prevalentes fueron: Riesgo Socio familiar, Riesgo por no anidación y Riesgo por duelo, generando así niveles de

⁴⁷ REV. PSIQUIATRÍA 2006. Journal of the American Medical Association' (JAMA). Vol.296 (21). p.p.2582-2589

⁴⁸ Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga G. 2007. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. Madrid. p.p 14.

estrés elevados en las pacientes y dificultando la díada madre-hijo⁴⁹. Existe de esta manera, una elevada correlación con los datos que se obtuvieron a través de la aplicación de la entrevista perinatal, puesto que el Riesgo Sociofamiliar y el Riesgo por no anidación se presentan con un alto índice entre las pacientes evaluadas (90%), destacando además el Riesgo psicológico dado por estados de ánimo disfuncionales que han dado paso a la presencia de dificultades a establecer un vínculo adecuado entre madre e hijo tal como lo indican los datos obtenidos.

La investigación titulada *“Relación entre Estrés Psicosocial y Parto Prematuro”*. realizada por el Dr. Carlos Grandia, Lic. María Aurelia Gonzálezb, Lic. Silvana Naddeob, Dra. M. Natalia Basualdoc y Lic. María Paula Salgadob, abalizado por el Ministerio de Salud de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través del Consejo de Investigación en Salud, determinó que dentro del modelo multifactorial del parto Prematuro, la perspectiva social y psicológica del estrés podría contribuir sustancialmente a este desenlace. El hecho de “encontrarse nerviosa” fue uno de los factores que más señalaron las mujeres que presentaron un parto pretérmino, además mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como: ‘abandono de la pareja”, “mudanza”, “episodios de violencia en casa” y “mala relación familiar”⁵⁰.

En el presente trabajo de investigación, la cifra de pacientes que presentaron parto prematuro fue del 14% del total de casos, siendo un porcentaje significativo y que en su mayoría presentó algún tipo de evento significativo (live event) generador de estrés. Cabe destacar que este estudio no solo fue hecho en base a los partos prematuros, se incluyó

⁴⁹ Oiberman, A; Santos, S; Galli, M.;Mansilla, M.; Fernandez, M.; et al. *“Detección de situaciones de riesgo psicosocio-perinatal”*. V Congreso Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología UBA; 2011. P 2-4.

⁵⁰ Dr. Grandia, Carlos; Lic. González, María Aurelia; et al. *“Relación entre estrés psicosocial Y parto prematuro. Una investigación interdisciplinariaEn el área urbana de buenos aires”*.Ministerio de Salud Pública. Buenos Aires. Argentina; 2007.p 13-14.

dentro de la muestra, por lo que la cifra es corta en relación al estudio antes señalado, siendo una limitación, en este aspecto, el dar a conocer con exactitud la relación entre estrés psicosocial y parto prematuro en nuestro medio, pero que deja abierta esta brecha para futuras investigaciones.

Otro estudio asociado al presente fue el realizado por Claudia Navarro, Laura Navarrete y María Asunción Lara sobre Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. El estudio incluyó una muestra de mujeres que asistían a atención prenatal en tres instituciones de salud de la Ciudad de México. Fueron entrevistadas a las seis semanas (N=149) y entre los cuatro y seis meses posparto (N=156). Dicho análisis mostró que no tener pareja y presentar sintomatología depresiva y sucesos estresantes, así como pertenecer al grupo control, se relacionaron con baja percepción de eficacia materna. En el periodo de cuatro a seis meses posparto, no tener pareja, una menor escolaridad y sintomatología depresiva fueron las que se relacionaron con dicha variable.

Existiendo de este modo correlación con el presente estudio, en donde el Riesgo Sociofamiliar vinculado a la pareja (abandono, separación, violencia...) fue el de mayor índice entre las puérperas. El hecho de no tener pareja, provoca un efecto adverso ya que, en esta etapa de la vida, uno de los apoyos más importantes para la adaptación de la mujer a la maternidad. Las madres que cuentan con el apoyo de su compañero están más satisfechas con su papel y desempeño, con el infante y con su vida en general. Con base en observaciones clínicas, Stern hace hincapié en que en esta etapa de la vida la madre se ve sometida a enormes demandas, por lo cual necesita sentirse apoyada por las personas

cercanas⁵¹.

Asimismo, los eventos estresantes (Sociofamiliar, duelos, pobreza,...) se presentaron en el 90% de los casos. Según estudios, como el antes citado, los altos niveles de estrés vuelven a la madre ineficiente en el cuidado del infante, cuando éste es más pequeño y, por lo tanto, requiere de mayor atención de ella.

En cuanto al nivel de escolaridad, la mayor parte de la muestra que se investigó se encuentra entre los niveles de educación secundaria incompleta y un menor número presenta un nivel primario de educación, constituyéndose en un factor psicosocial de riesgo. La escolaridad es una condición primordial que, cuando es limitada, tiene un impacto muy grande en la salud mental, reduce las habilidades para manejar el estrés, dificulta la búsqueda de atención en salud y deteriora la autoestima. En este sentido, la madre que tiene menor escolaridad puede no contar con suficientes conocimientos y confianza en ella misma para desempeñarse en su papel, lo cual es más necesario conforme crece su hijo/hija y debe tomar mayor número de decisiones.

La percepción de afrontamiento, y las estrategias empleadas por las pacientes fueron en su mayoría (62%) inadecuadas, dato que se puede correlacionar de cierta forma con la baja percepción de eficacia materna señalada en el estudio anterior.

En conclusión, la valoración de estos riesgos a partir de la detección de los sucesos significativos nos lleva a tener en cuenta que el sentido del embarazo, parto, puerperio no se puede pensar solo desde el acto médico. Los fenómenos psicosociales son significantes, de alto impacto,

⁵¹Navarro, Claudia; Navarrete, Laura; Lara, Ma. Asunción. *“Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto”*. Mexico D.F .Revista Salud Mental. 2011;34:37-43.

en la situación de embarazo, nacimiento y puerperio y por lo tanto en la vinculación de la díada madre-bebé.

La información obtenida a través de este estudio ayudará al diseño apropiado de intervenciones institucionales: capacitación al personal y de consultorios externos para detectar eventos estresantes que puedan estar afectando a la embarazada y ofertar un servicio de asistencia por parte de un equipo interdisciplinario (obstetra, neonatólogo, psicólogo y trabajador social) orientado al tratamiento precoz de las embarazadas detectadas por el indicador estrés prenatal, cuyo último objetivo es la prevención tanto a nivel primario como secundario, de estados emocionales disfuncionales que dificulten la díada madre e hijo, a través de un manejo adecuado del estrés y del aprendizaje de estrategias y formas de afrontamiento más adecuadas, asimismo por el hecho de que el estrés es un factor de riesgo para el parto prematuro y las complicaciones obstétricas en general, ya que se ha comprobado que el órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero. La contractilidad uterina y el flujo sanguíneo, a su vez, están completamente bajo control neurohumoral: Los estrógenos, la progesterona, la acetilcolina, la noradrenalina y la adrenalina tienen importantes efectos orgánicos. Se sabe que la ansiedad aumenta la adrenalina, mientras que la 'tensión' se asocia con descarga de noradrenalina (Salvatierra, 1990).

Es por esto la importancia del presente estudio, que en sí constituye una pequeña parte de esta gran temática como es la Psicología Perinatal, un campo nuevo de gran importancia puesto que aborda problemáticas que no se han tratado con profundidad y que son de gran relevancia, en este caso el proceso de la maternidad -incluyendo en él al embarazo, parto y puerperio, el mismo que representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar y social.

9. CONCLUSIONES

A través del trabajo de investigación denominado “PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MANEJO DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO, HOSPITALIZADAS EN GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA – LOJA. DURANTE JUNIO - DICIEMBRE DE 2013”, se concluye:

1. Que, los conflictos psicosociales de mayor prevalencia entre las pacientes primerizas en puerperio son: Sociofamiliar 90% destacando los problemas de pareja, entre estos la separación durante el embarazo, abandono familiar, violencia. El nivel de escolaridad más prevalente fue secundaria incompleta 36%. En cuanto al estado civil, cabe mencionar que el 44% de las pacientes se encuentran en unión libre, el 38% son solteras y el 18% son casadas. En relación a la actividad que desempeñan, el 50% son amas de casa, el 28% trabaja y el 22% aún estudia.; el Riesgo por no anidación se dio en el 72%, dado por la conflictiva de embarazos no planificados, la vivencia del embarazo en sí como agente estresor, la no gestación psíquica; el Riesgo Psicológico presente en el 66% de las pacientes y dado por estados de ánimo ansiosos, depresivos, el temor al parto, a la salud del bebé entre otros; Riesgo por pobreza 52%; así mismo se encontró un alto índice de embarazo adolescente 50% (Riesgo adolescente); el 48% presentó algún tipo de Riesgo Físico dado por situaciones como falta de controles prenatales, presión alta, diabetes, etc.; el 34% de los casos presentó complicaciones con el parto (parto prematuro, preclamsia, cesárea); el 26% de las pacientes atravesó por situaciones de duelo dado por abortos y pérdidas de familiares cercanos. El impacto ante el nacimiento generó en un 34% de los casos dificultad en establecer el vínculo madre-recién nacido, el 32% estableció un adecuado vínculo; la dificultad en la lactancia se

presentó en el 24% de las pacientes, mientras que el 10% manifestó una reacción de rechazo al neonato.

Se pudo determinar además el nivel de ansiedad en las puérperas como respuesta al estrés en relación con la conflictiva psicosocial, concluyendo así que: Ansiedad grave presentó en el 28% de las pacientes; Ansiedad leve el 24%; Ansiedad Moderada el 22%, en el 26% de los casos no se encontraron síntomas ansiosos.

2. Que, las estrategias de afrontamiento mayormente empleadas por las pacientes fueron: Retirada Social 30%; Autocrítica el 24%, Evitación de problemas y Expresión emocional un 14%; Reestructuración cognitiva el 10%; Pensamiento desiderativo el 6%; y el 2% Resolución de problemas.
3. Que, los rasgos de personalidad predominantes entre las puérperas son: Introverso-Inestable 36%; Extroverso-Estable 30%; Extroverso-Inestable 18% e Introverso-Estable el 16%. Cabe señalar que se da una interrelación entre el alto nivel de estrés evaluado en las pacientes y la presencia de tipos de personalidad con alto nivel de neuroticismo.
4. En base a los resultados obtenidos se elaboró una propuesta de intervención psicológica encaminada a proporcionar a la paciente en puerperio, las herramientas necesarias para que atraviese por esta etapa vital de forma adecuada, superando las diversas conflictivas psicosociales que pueden dar paso a complicaciones en el desarrollo de la maternidad, fomentando además, en ellas, el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas que faciliten la resolución de conflictos.

10. RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal médico hospitalario de admisión y de atención ginecológica, sobre la detección de eventos estresantes que puedan llevar al *estrés* en la embarazada y ofertar un servicio de asistencia por parte de un *equipo interdisciplinario* (obstetra, neonatólogo, psicólogo y trabajador social) orientado al tratamiento precoz de las embarazadas detectadas por el indicador *estrés prenatal*.
2. Fortalecer en las pacientes estrategias eficaces de afrontamiento a los problemas cotidianos, puesto que permiten el desarrollo de habilidades de comunicación, autocontrol emocional y solución de problemas, cualidades deseables en el rol materno.
3. Evaluar la personalidad de las pacientes como factor influyente dentro del desarrollo del embarazo y puerperio y como determinante en el afrontamiento del rol materno.
4. Que se ejecute la propuesta de intervención psicológica en manejo de estrés en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Isidro Ayora, con la finalidad de ofrecer un tratamiento oportuno y necesario a las pacientes que atraviesan diversas problemáticas psicosociales, dándoles herramientas eficaces para que puedan afrontar y llevar su maternidad sin ninguna conflictiva que ponga en riesgo la salud mental de la madre y por ende el cuidado del recién nacido.

Involucrando además a la familia, eje fundamental y fuente de apoyo necesario en el proceso de la maternidad,

proporcionando charlas psicoeducativas sobre factores y manejo de riesgos psicosociales generadores de estrés en las embarazadas o puérperas.

5. Profundizar en el estudio de este campo poco estudiado como es el de la Psicología Perinatal que permite una visión más amplia del proceso de maternidad, no solo visto desde el punto meramente biológico, sino que ofrece un enfoque más integrador, es decir, un enfoque bio-psico-social de este suceso, que en sí, representa una crisis vital y evolutiva en la vida de la mujer.

11. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MANEJO DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO

Fases del plan de intervención psicoterapéutico con enfoque integrativo

La Psicoterapia es una forma de tratamiento biopsicoemocional y social en la que un profesional idóneo establece una relación con uno o varios sujetos con el propósito de modificar síntomas o promover la salud en los niveles biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. (Dubourdieu, 2008).

El término "integrativa" de la Psicoterapia Integrativa tiene varios significados. Se refiere al proceso de integrar la personalidad: asimilar aspectos repudiados, no conscientes o no resueltos de uno mismo y hacerlos parte de una personalidad cohesionada, reduciendo el uso de mecanismos de defensa que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud, y en las relaciones con las personas, con el fin de reincorporarse al mundo con plena capacidad de contacto.

La Psicoterapia Integrativa se refiere también a la unión de los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico de una persona, con una consciencia de los aspectos sociales y transpersonales de los sistemas que rodean a la persona. Estos conceptos se utilizan dentro de una perspectiva evolutiva del ser humano en la que cada fase vital presenta tareas propias del desarrollo, necesidades, sensibilidades, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

Al ser la maternidad una etapa de vital importancia que conlleva una serie de cambios, los mismos que exigen un ajuste o adaptación, y en el que se encuentran involucrados factores bio-psico-sociales, el modelo de intervención psicoterapéutico con enfoque integrativo, es el que va a permitir un abordaje global de la patología o padecimiento de las

pacientes expuestas a un gran estrés psicosocial y con niveles de ansiedad que pueden dificultar el desarrollo y proceso de maternidad.

Los componentes estructurales del modelo integrativo son los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, todos ellos integrados por el sistema SELF.⁵²

Etapas del plan de intervención psicoterapéutico⁵³

Para la elaboración del Plan de Intervención Psicoterapéutico se seguirán las siguientes etapas:

1. Encuadre
2. Investigación del problema, trastorno y la personalidad
3. Planificación del proceso
4. Ejecución y aplicación técnica
5. Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados

Primera etapa: Encuadre

En esta primera fase, es fundamental el papel de la relación entre el paciente y el terapeuta.

La habilidad del terapeuta para crear una atmósfera de simpatía, transmitir la sensación de que está al lado del paciente dispuesto a ayudarlo al máximo y establecer una relación de trabajo en colaboración, son factores que facilitan el cambio.

En esta etapa del proceso terapéutico, además, se establece un convenio con el paciente sobre el tipo de terapia, número de sesiones, así como también se hace referencia a los límites de terapeuta-paciente, los logros que se pretende alcanzar, el sentido de la confidencialidad además

⁵² Balarezo, Lucio. 2010. Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad. Quito. Ecuador. p.p 30-31

⁵³ Balarezo, Lucio. 2009. La primera entrevista y el establecimiento de la relación terapéutica. Revista de la Sociedad Ecuatoriana de asesoramiento y Psicoterapia Integrativa. Quito. Ecuador. p.p 10-11.

de establecerse los objetivos de las terapias y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.

Segunda etapa: Investigación del problema, trastorno y la personalidad

El estudio transversal y longitudinal del individuo y su problemática, mediante la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, se orienta hacia el diagnóstico de la demanda, el problema, la patología, el entorno del paciente y las características de premorbididad de la personalidad como precursora del trastorno.

Tercera etapa: Planificación del proceso

Los criterios diagnósticos obtenidos en la etapa anterior movilizan un plan terapéutico cuyos componentes son:

- ✚ Formulación dinámica del problema o trastorno
- ✚ Formulación dinámica de la personalidad
- ✚ Señalamiento de objetivos
- ✚ Señalamiento de técnicas

Cuarta etapa: Ejecución y aplicación técnica

Las estrategias anotadas en la planificación se aplican durante el proceso con adaptaciones específicas para cada uno de los casos.

Quinta etapa: 5. Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados

Se refiere al examen crítico de todo lo ocurrido desde la primera a la última sesión. Resultados positivos, negativos, lo que hace falta reforzar, prevención de la recaída y seguimiento.

Objetivos del plan terapéutico

Los objetivos se centran usualmente en la búsqueda de alivio sintomático, modificación de rasgos de personalidad, cambio de estructuras cognitivas patológicas y conductas desadaptativas, apoyo emocional, adquisición de nuevas formas de conducta, resolución de conflictos.

El plan terapéutico ha sido elaborado tanto para el trabajo individual, familiar y grupal, enfatizando así el abordaje integral de todos los ámbitos de la vida la madre en puerperio.

Para el presente estudio, los objetivos para la intervención psicoterapéutica individual para pacientes en puerperio son:

Objetivo general:

- ✚ Promover en las pacientes el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés.

Objetivos específicos

- ✚ Psicoeducar a las pacientes sobre la naturaleza transaccional del estrés, vinculado al proceso de maternidad.
- ✚ Modificar patrones cognitivos y comportamentales desadaptativos en las pacientes primerizas en puerperio.
- ✚ Reducir niveles de ansiedad manifiestos en las pacientes.
- ✚ Proveer a las madres información y entrenamiento en el cuidado infantil, con el propósito de fomentar el adecuado vínculo madre-hijo.

- ✚ Concienciar a la familia de las pacientes, sobre la necesidad de apoyo que las mismas requieren para sobrellevar las vicisitudes que la maternidad conlleva.

Selección de estrategias terapéuticas

El terapeuta, guiado por las evaluaciones previas del problema, debe establecer las estrategias que reflejen la naturaleza de las conductas problemáticas. En este caso, el objetivo es la reducción de respuestas al estrés o reestructuración de tales respuestas, así como cambio de cogniciones y conductas desadaptativas. Por lo que, el empleo de las técnicas en Inoculación al estrés son las más apropiadas en este proceso. Sin embargo el empleo de otras estrategias terapéuticas son útiles y necesarias, puesto que los pacientes raramente presentan un único problema que pueda tratarse con una única estrategia. Es por ello que el enfoque integrativo permite el manejo de diversas corrientes y técnicas que permiten un mejor abordaje del cuadro sintomático.

Señalamiento de técnicas

Psicoeducación

La Psicoeducación hace referencia a la educación y/o información que se ofrece a las personas que sufren de una alteración o trastorno psicológico. El objetivo es informar al paciente y a sus familiares sobre el proceso de enfermar para que comprenda los síntomas presentes y los pueda manejar. De esta forma se puede eliminar prejuicios, mejorar el cumplimiento del tratamiento, reducir el riesgo de recaídas y aliviar la carga emocional.

Se le posibilita a la paciente comprender de su sintomatología desde una comprensión integrativa y discernir las estrategias desde esta visión.

La Psicoeducación será la piedra angular de la primera fase del entrenamiento en inoculación al estrés, la conceptualización, puesto que se dará a la paciente información sobre la naturaleza de una reacción al estrés y las posibles estrategias de manejo que puedan emplearse.

A la paciente se le debe proporcionar información sobre los siguientes aspectos: un marco de referencia para la reacción emocional, información sobre las fases de reacción al estrés y los ejemplos de las clases de destrezas y estrategias de manejo. Así mismo darle a conocer, desde el área biológica, los efectos del estrés en su organismo, los cambios o variaciones hormonales dados por la etapa de maternidad que pueden acrecentar la sintomatología.

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva se centra en la identificación y alteración de las ideas irracionales y autoenunciados o pensamientos punitivos de la paciente. Las pacientes con niveles de ansiedad altos se centran en los detalles o características “negativas” de la situación problemática.

El objetivo de la reestructuración cognitiva es mostrar a la paciente que los pensamientos autopunitivos o autoenunciados negativos son improductivos y pueden influir sobre la conducta y las emociones. En muchas ocasiones los pensamientos han sido tan bien aprendidos que son automáticos

La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales. A medida que los

pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para provocar estrés o ansiedad se debilita.⁵⁴

Entrenamiento en relajación

La relajación es un mecanismo protector y facilitador de la salud, en tanto regula las respuestas de activación del organismo. El exceso de activación en las funciones biológicas del organismo- sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, etc., podría constituir el mecanismo que relaciona al estrés psicológico y los estados emocionales con el mayor riesgo de trastornos orgánicos específicos.

Desde que se iniciaron los primeros trabajos sobre la aplicación de la relajación, estos estuvieron vinculados a los problemas relacionados con la tensión y la ansiedad.

La práctica de la relajación necesita factores como:

1. Una cuidadosa selección del lugar, la hora y el día en que se va a realizar.
2. Evitar en lo posible las fuentes de interrupción o distracción durante su realización.
3. Evitar las presiones que provienen de actividades que compiten con la relajación y que están previstas en horarios muy cercanos o inmediatos a la ejercitación.

El método de relajación empleado consiste en una integración de varias técnicas, considerando algunos elementos de las estrategias propuestas por Schultz y Jacobson y a las que denomino Estrategia Combinada (FRI) de relajación: (F) focalización, (R) respiración, (I) imaginación.

⁵⁴ Cormier, W; Cormier S. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. España. pp 475-479

Debe practicarse de manera sistemática (15 a 20 minutos diariamente) posteriormente pueden ser realizadas de manera más espaciada (dos veces por semana).

Procedimiento: se adopta una posición en decúbito supina (boca arriba), o sentado en la siguiente postura: piernas abiertas al ancho de los hombros, los antebrazos descansando sobre los muslos y la cabeza ligeramente inclinada sobre el pecho. Se debe cerrar los ojos, focalizar la atención en los ruidos y sonidos, “deje que los mismos lleguen a usted”. Transcurridos unos minutos, debe pasar la focalización al propio cuerpo, “sienta sus distintas partes”; ahora debe prestar atención al funcionamiento de su corazón, pidiéndole que repita para sí misma: *mi corazón late rítmicamente y fuertemente*. Luego debe pasar el foco de atención a su respiración, cómo funciona, siguiendo su corrido, luego debe respirar de la manera siguiente: tome el aire lentamente por la nariz hasta sentirse llena, mientras lo hace repítase para sí misma la palabra *tranquilidad*, contenga la respiración por unos segundos (contar hasta siete) y deje salir el aire lentamente mientras repite para sí *relajación*.

Posteriormente se inicia la focalización sobre las diferentes partes de la musculatura, comenzando por el rostro, ojos, boca, mandíbula: *“tense, relaje”*. Pasar luego al cuello, hombros, brazo derecho e izquierdo (hasta los dedos); pecho abdomen y cintura. Relajar las caderas, pierna derecha e izquierda: muslo, rodilla, pie, dedos y planta del pie con la misma consigna: *“tense y relaje”*.

Cumplido los pasos anteriores disfrute por unos minutos de este estado de bienestar que le proporciona la relajación.

A continuación imaginar que está escuchando música de su preferencia, vinculada a momentos gratos de su vida. Imagine estar en un lugar tranquilo, lleno de paz, de imágenes positivas. Pasados varios minutos (tres a cinco) comience a contar del uno al cinco, mientras cuenta

las distintas partes de su cuerpo, al llegar a cinco, realice tres respiraciones profundas, mueva fuertemente sus brazos y piernas, abra sus ojos... el ejercicio ha concluido⁵⁵.

Autodiálogo dirigido:

Esta técnica conforma habilidades cognoscitivas de enfrentamiento. La desarrollo Meichenbaum (1974), junto con su entrenamiento para la inoculación del estrés. Cuando se enseña el autodiálogo dirigido como estrategia de enfrentamiento, el terapeuta primero ayuda al paciente a centrarse en el diálogo interno, o en autoafirmaciones en las que piensa en situaciones problemas. El paciente y terapeuta identifican autoafirmaciones derrotistas, irracionales, defectuosas (nunca podré resolver este problema), y se generan expresiones que enriquezcan las tareas para reemplazar el autodiálogo negativo. Cuando se prepara para una situación problema, el paciente pregunta y responde preguntas que ayudan a analizar la situación en forma más racional (¿qué es lo tengo que hacer aquí?).

Cuando enfrenta el problema, el paciente genera disimuladamente autoafirmaciones de enfrentamiento tratado como “tome un paso a la vez”; “puedo hacerlo, he tratado problemas similares antes”.⁵⁶

Entrenamiento en solución de problemas

La terapia en solución de problemas permite el desarrollo de estrategias de prevención e intervención para fortalecer la competencia en situaciones específicas. D’Zurilla (1988) define la resolución de problemas como un “proceso cognitivo-afectivo-conductual” a través del cual un individuo (o grupo) trata de identificar, descubrir o inventar medios efectivos para manejar los problemas que encuentra en su vida diaria.

⁵⁵ Zaldívar, D., (2007). La Intervención Psicológica. La Habana. Cuba. Pp.95-96

⁵⁶ Huici, T. (2011) Técnicas de intervención psicológica. Universidad Pontificia Católica de Chile. pp 11-12

Procedimiento:

1. Identificación del problema
2. Precisar la forma en que él mismo está contribuyendo a la existencia del problema, a su perpetuidad.
3. Generar alternativas posibles de solución.
4. Evaluar las alternativas.
5. La instrumentación y aplicación de la alternativa seleccionada.
6. La evaluación de los resultados

Entrenamiento en asertividad:

El entrenamiento asertivo (Zaldívar, 1994) constituye una de las formas existentes para manejar las dificultades que se presentan en la comunicación interpersonal por la falta de habilidades para expresar los sentimientos con respecto a sí mismo y a los demás. A través del entrenamiento la persona adquiere la habilidad para expresar de manera más eficaz sus opiniones, sentimientos y deseos personales directa, honrada y adecuadamente.

Procedimiento:

1. Evaluación de los problemas asertivos de la paciente.
2. Instruir a la paciente sobre la teoría y filosofía de la auto-afirmación y defensa de sus derechos, para lo cual se puede hacer uso de pruebas discriminatorias de conductas asertivas, no asertivas y agresivas.
3. Entrenamiento en habilidades, empleándose juego de roles, retroalimentación, reforzamiento, ensayo conductual y asignación de tareas.⁵⁷

⁵⁷ Zaldívar, D., (2007). La Intervención Psicológica. La Habana. Cuba. Pp.85-87

Modelado:

El modelado es un procedimiento mediante el cual una persona puede aprender observando la conducta de otra persona. El modelado se aplica como estrategia para ayudar a la paciente a adquirir respuestas o extinguir temores. El terapeuta proporciona muestras de las conductas meta. Los modelos pueden ser reales o simbólicos. Los modelos reales son personas: el terapeuta, un profesor, amigo. Los simbólicos se presentan mediante materiales escritos como libros, películas, fotografías, etc. El modelado también puede realizarse haciendo que la paciente imagine la conducta meta cuando le ejecuta otra persona, del mismo modo que en el modelado vicario⁵⁸.

Implosión:

Stampfel (1966), fue el primero en desarrollar la implosión, y pertenece a la categoría de las técnicas de reducción de la ansiedad. Se basa en el supuesto de que cualquier angustia puede extinguirse al proporcionar al paciente la experiencia de que no ocurra un resultado que se espera altamente angustiante. Por consiguiente, la labor fundamental del terapeuta es representar, reinstalar, repetidas veces, o simbólicamente reproducir aquellas situaciones a las que la respuesta de ansiedad se ha condicionado. Cuando se crea una situación que produce ansiedad, en vivo o en la imaginación del paciente, el terapeuta intenta lograr un nivel máximo de ansiedad. Cuando se experimenta un nivel de ansiedad alto, el paciente se sostiene en este nivel hasta que ocurra la disminución del valor que produjo la ansiedad de la situación. La misma situación se presenta una y otra vez hasta que cese de producir ansiedad.

⁵⁸ Cormier, W; Cormier S. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. España . pp 386-387

Juego de Roles (Role play):

El role playing tiene dos significados en psicoterapia: uno, actuar la réplica de una situación del pasado del paciente; dos, actuar un grupo de conductas diferentes a las conductas comunes del paciente. Sin embargo, estas dos variables del role playing se relacionan. Con frecuencia la actuación de una situación problemática sirve como punto de partida para enseñar al paciente nuevas formas de enfrentar esta situación. El role playing puede emplearse como técnica de evaluación para obtener información más allá de la descripción verbal del paciente (como evaluar sus habilidades sociales), y enseñar conductas nuevas.

El role playing es el principal ingrediente en diversos programas para la conformación de habilidades tanto para paciente como terapeutas; para estos últimos constituye la principal herramienta de entrenamiento de habilidades y destrezas psicoterapéuticas. (K. Slaikeu, 1993)

Control y expresión de enojo:

El manejo del enojo que practicó Novaco (1994). Novaco considera que el enojo puede tener funciones positivas y por lo tanto, no enseña su supresión. Por el contrario, el propósito del entrenamiento es aprender a reconocerlo y expresarlo adaptativamente. La primera fase, preparación, consiste en la educación sobre la excitación del enojo y sus determinantes, identificación de las situaciones que lo provocaron, discriminación de los acontecimientos adaptativos vs. los inadaptativos del enojo, e introducción a las técnicas del manejo del enojo como estrategia de enfrentamiento para el tratamiento del conflicto y del estrés. La segunda fase, adquisición de habilidades, implica el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento cognoscitivas y conductuales. En el nivel cognoscitivo, se enseña al paciente a modificar la valoración de la situación en la que aparece el enojo. El paciente aprende afirmaciones autoinstruccionales que sirven como una orientación interna de la conducta.

Además, se acentúa la solución del problema. El componente conductual incluye el entrenamiento para la relación, demora del impulso y entrenamiento en comunicación verbal. Las diversas técnicas de enfrentamiento se enseñan por instrucción, modelamiento y ensayo conductual. En la tercera fase, aplicación, el terapeuta induce el enojo y se utilizan estas provocaciones, simuladora para el conocimiento de las nuevas habilidades adquiridas. (K. Slaikeu, 1993)

Reevaluación de la intervención psicoterapéutica

El objetivo de esta etapa es el de concluir la valoración de la efectividad de la psicoterapia. Se ha de comenzar una evaluación sistemática de los objetivos terapéuticos trazados; es decir el grado en que estos se han alcanzado.

Las principales acciones emprendidas son:

1. Aplicación de los procedimientos y medidas para evaluar los resultados (reevaluar sintomatología).
2. Conclusiones y decisiones finales en cuanto al fin de la terapia y situación futura de la paciente.

Seguimiento y Consolidación

El seguimiento constituye un proceso de psicoterapia ambulatorio cuya finalidad es consolidar lo aprendido durante las sesiones.

Las sesiones de seguimiento y refuerzo pueden tener lugar cada 3,6 y 12 meses, como un incentivo para las pacientes y a fin de perfeccionar las habilidades de afrontamiento y solucionar las posibles dificultades que vayan surgiendo. La frecuencia y el momento de tales sesiones de seguimiento varían de un caso a otro. En este punto, los datos son escasos o nulos sobre el instante más efectivo o la manera de llevar a cabo tales contactos posteriores al adiestramiento.

El terapeuta también les dice a los pacientes que «la puerta está siempre abierta» en caso de que tengan dificultades. La mera mención de la disponibilidad de esa ayuda podría bastar para fomentar habilidades de afrontamiento. Iniciar el contacto debe considerarse como una respuesta adaptativa de afrontamiento.

Al considerar el uso de las sesiones de refuerzo, es importante recordar que la naturaleza de los problemas del paciente puede cambiar con el transcurso del tiempo. Junto con la mejoría, también pueden producirse cambios en las expectativas de las personas de su entorno. Los acontecimientos estresantes que motivaron el adiestramiento del paciente no serán probablemente los mismos que aquellos con los que se enfrente en la etapa de seguimiento.

También es importante definir y acordar planes para después del adiestramiento. Formando parte de esos planes, el terapeuta y el paciente deberían explorar la manera en que éste determinará si necesita más ayuda.

Plan Terapéutico

SESION # 1		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✚ Establecer rapport y empatía✚ Desarrollar la alianza terapéutica✚ Establecer metas y compromisos a cumplir	
ACTIVIDAD		DURACION
	<ul style="list-style-type: none">✚ Acuerdo de confidencialidad✚ Explicación de objetivos terapéuticos metodología y funcionamiento✚ Establecimiento de horario, normas y reglas.✚ Escucha empática de las demandas de la paciente.✚ Estrategias de apoyo (frases motivadoras o reafirmaciones para conseguir confianza, optimismo y tranquilidad en los inicios del tratamiento).✚ Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica: establecer acuerdos entre las expectativas de terapeuta y paciente.	45 min

SESION # 2		
OBJETIVOS	✚ Obtener datos globales de la historia personal, social y familiar de la paciente	
ACTIVIDAD		DURACION
✚ Aplicación de la historia clínica psicológica		45 min

SESION # 3		
OBJETIVOS	✚ Evaluar la sintomatología y personalidad de la paciente	
ACTIVIDAD		DURACION
✚ Aplicación de reactivos psicológicos (Ansiedad de Hamilton, Estrategias de afrontamiento (CSI), Personalidad)		45 min

SESION # 4		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> + Promover la reflexión y reconocimiento de los conflictos y cambios que conlleva la maternidad. + Analizar y fomentar el vínculo afectivo madre-hijo. 	
ETAPA	TÉCNICA: Psicoeducación	DURACION
	<ul style="list-style-type: none"> + Psicoeducación: "<i>La Alegría de la maternidad</i>". <ul style="list-style-type: none"> ○ Se le proporcionara información a la madre acerca del cuidado integral del recién nacido, el reconocimiento de las señales del bebé como llantos, gestos, etc. ○ Se le dará a conocer pautas sobre el establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo (contacto físico, miradas, arrullos..). ○ Se le ofrecerá una guía explicativa que servirá de ayuda para la presente sesión y describirá paso a paso el cuidado que conlleva el recién nacido.(Anexo 16) 	45 min

SESION # 5		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> + Psicoeducar a la paciente sobre la naturaleza de las reacciones al estrés y el proceso de maternidad 	
	TÉCNICA: :Psicoeducación	DURACION
	<ul style="list-style-type: none"> + Dar a conocer el significado de estrés y ansiedad + Lograr que la paciente atienda a detalles de su respuesta al estrés ante las demandas de la maternidad. Debe recordar experiencias estresantes y visualizarlas como si las estuviera viviendo en ese momento (memorización basada en imágenes). + Proporcionar información sobre la naturaleza física y psíquica de las reacciones ante el estrés. + Describir los componentes del estrés: activación fisiológica y los pensamientos provocadores de ansiedad. + Identificar las fases de las reacciones al estrés: 1. Preparación; 2. Enfrentamiento; 3. Manejo de los momentos críticos; 4. Auto-refuerzo tras el estrés 	45 min

SESION # 6-7		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> + Detectar pensamientos irracionales en la paciente y modificarlos por creencias más adaptativas 	
TÉCNICA: Reestructuración Cognitiva		DURACION
	<ul style="list-style-type: none"> + Detección de pensamientos automáticos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Predicción; 2. Catastrofizar; 3. Inferencia arbitraria; 4. Todo o nada; 5. Aumentar el peligro; 6. Disminuir las defensas; 7. Visión de túnel + Reestructuración Cognitiva <ol style="list-style-type: none"> 1. Dar a conocer el enfoque procesal del estrés, es decir, la manera en que un acontecimiento puede disparar una consecuencia emocional y conductual. De tal manera que: <p>(A) Eventos vitales: experiencias que crean una disfunción emocional o conductual en la persona.</p> <p>(B) Creencias Racionales (rB) y creencias irracionales (iB): Evaluación que hace la paciente de un evento o situación. Ayudar a que la misma pueda discriminar entre rBs y iBs y reemplacen por filosofías más racionales.</p> 	45 min

	<p>✚ (C) Consecuencia emocional o conductual: La respuesta emocional o conductual que la paciente da a la situación estresante.</p> <p>✚ (D) Debate: Cuestionamiento de las hipótesis y teorías de la paciente para determinar su validez.</p> <p>✚ (E) Efectos: Resultados del debate o cuestionamiento de las creencias irracionales.</p> <p>✚ Hoja de trabajo: Cómo debatir mis pensamientos negativos? (Anexo 8)</p>	
	<p>Tareas para casa: Autorregistro de actividades, respuestas emocionales y conductuales habituales, detección de pensamientos irracionales para lograr un mejor dominio de los mismos.</p>	

SESION # 8		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Entrenar a la paciente en la adquisición y aplicación de destrezas de manejo de acción directa 	
	TÉCNICA: Reestructuración cognitiva	DURACION
	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Recoger información objetiva sobre la situación estresante, para que la paciente pueda evaluarla con más realismo. Explicar por ejemplo, en este caso el proceso de maternidad, los retos y desafíos que conlleva esta etapa vital. ✚ Examinar y someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos generadores de ansiedad. ✚ Técnica del descenso vertical. ¿Qué significaría si el pensamiento fuera verdad? ✚ Ejercicio ¿Qué sientes cuando estas estresada? (Anexo 9) 	25 min
	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Identificar rutas de escape: Reducir el circuito de la situación explosiva o estresante. Estas rutas pueden ser pequeñas estrategias para prevenir la pérdida de control como: <ul style="list-style-type: none"> ○ contar hasta 60. ○ pare de pensamiento ○ Control de enojo: ○ Preparación: Psicoeducar sobre la excitación del enojo, sus determinantes y formas de control, y expresión. 	20 min

SESION # 9	
OBJETIVOS	✚ Controlar y reducir el nivel de activación fisiológica
TÉCNICA: Relajación. Estrategia Combinada (FRI) de Relajación (Zaldívar, 1993)	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Adoptar una posición, ya sea en decúbito supina (boca arriba) o sentada. ✚ Focalizar la atención en los ruidos externos. Luego pasar la atención al propio cuerpo. Preste atención a su corazón, dígame: <i>mi corazón late rítmica y fuertemente.</i> ✚ Pase la focalización a la respiración, tome aire por la nariz hasta sentirse llena, repita para sí tranquilidad, contenga la respiración y deje salir el aire repitiendo relajación. ✚ Dirija su focalización a las diferentes partes de la musculatura empezando por la cara (ojos, boca mentón), hombros, brazos, manos, dedos, cadera, cintura, piernas, rodillas, pies, dedos, planta del pie; tense y relaje. ✚ Imagine estar escuchando música, visualice un paisaje lleno de tranquilidad, naturaleza, piense en momentos agradables de su vida. ✚ Pasados tres a cinco minutos cuente de manera regresiva del uno al cinco, realice tres respiraciones profundas, mueva su cuerpo, abra los ojos. <p>Tareas para casa: Repetir las técnicas aprendidas, al acostarse, al levantarse y en situaciones que le generen ansiedad.</p>	45 min

SESION # 10		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a la paciente a adquirir destrezas de manejo cognitivas en situaciones cruciales a través de autoenunciados 	
	TÉCNICA: Autodiálogo dirigido	DURACION
	<ul style="list-style-type: none"> Explicar las cuatro fases de aplicación de estrategias de manejo: <ol style="list-style-type: none"> Preparación para un estresor: "¿qué tienes que hacer? ¿Puedes elaborar un plan para sobrellevarlo? Ningún autoenunciado negativo, piensa racionalmente". Enfrentamiento y manejo de un estresor: "Un paso cada vez; puedes manejar la situación" "No pienses en el miedo, piensa en lo que debes hacer" "Relájate, respira hondo". Manejo del sentimiento de aplastamiento: "Cuando llegue el miedo, toma un descanso. Concéntrate en el presente, clasifica tu miedo del 0 al 10 y observa el cambio. Piensa en algo diferente. Describe lo que te rodea. Refuerzo de los autoenunciados: "ha funcionado, lo has logrado. Tus absurdas ideas cuando las controlas, controlas tu miedo". Se le debe presentar a la paciente ejemplos de autoenunciados de manejo para cada una de las cuatro fases. 	45 min

	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="517 309 1184 450">✚ La paciente debe añadir algunos o seleccionar pensamientos que se ajusten a sus necesidades.<li data-bbox="517 472 1184 674">✚ La paciente debe practicar verbalmente estos autoenunciados repitiéndolos en voz alta para que se familiarice con los mismos y los pueda emplear cuando los requiera.	
--	--	--

SESION # 11		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Lograr que la paciente aplique todas las destrezas de manejo en posibles situaciones conflictivas. 	
TÉCNICA: Modelado- Implosión-Rol play		DURACION
	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Modelado: El terapeuta presenta el modelado de una situación mediante el manejo de la acción directa y de las estrategias cognitivas de manejo. ✚ Implosión e imaginación positiva: Le pedimos a la paciente que imagine una situación o suceso temido, que se exponga a la misma sin permitirle huir de ella. Se le pide que se imagine a si misma relajada, siendo capaz de manejar la situación haciendo uso de las habilidades adquiridas. ✚ Rol play: El terapeuta representa el modo como la paciente se ve a sí misma. A la paciente se la prepara para asumir un papel crítico de sí misma, esto le permitirá observar y modificar pensamientos y actitudes equivocadas. Procurar enseñar a la paciente a manejar no solo conflictos actuales sino también situaciones que no son problema actualmente pero pueden serlo en el futuro. 	45 min

SESION # 12		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Lograr el desarrollo de habilidades asertivas en la paciente 	
TÉCNICA: Asertividad		DURACION
	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Entrenamiento en asertividad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar los problemas asertivos de la paciente. ○ Instruir a la paciente sobre la teoría y filosofía de la autoafirmación y defensa de sus derechos (uso de pruebas discriminatorias de conductas asertivas, no asertivas y agresivas, y las tablas de derechos asertivos. ✚ Rol play de las habilidades asertivas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Iniciar y mantener conversaciones (preguntas abiertas, escuchar la libre información, hacer autorevelaciones, cambiar de tema, forzar conversaciones, contar historias, etc.). Hablar en público. Expresar amor, afecto. Rechazar peticiones. Expresión de opiniones. Petición de cambios. ✚ Entrenar a la paciente en el afrontamiento de críticas: Disco rayado, banco de niebla, interrogación negativa. 	45 min

SESION # 13		
OBJETIVOS	<p>✚ Identificar los elementos de las situaciones problemáticas vividas por la paciente. Lograr que la paciente conozca y aplique la técnica de solución de problemas (D'Zurilla y Nezu 1999). Ensayar las estrategias de solución de problemas.</p>	
	Técnica: Solución de problemas	DURACION
	<p>✚ Entrenamiento en solución de problemas:</p> <p>Etapas-Preguntas/acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación del problema. ¿Qué es aquello que quiere resolver? ○ Selección de objetivos. ¿Qué quiero? ○ Generación de alternativas. Lluvia de ideas ¿Qué puedo hacer? ○ Consideración de las consecuencias. ¿Qué podría ocurrir? ○ Toma de decisiones. ¿Cuál es mi decisión? ○ Puesta en práctica. ○ Evaluación. ¿Ha salido bien? (Anexo 10) <p>✚ Ensayar estrategias y conductas mediante imágenes, ensayos conductuales y practica graduada. Intentar la solución más aceptable y factible.</p>	45 min

SESION # 14: Aplicación y seguimiento		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Reforzar y consolidar las habilidades y estrategias aprendidas para el control del estrés. 	
	TÉCNICA: Retroalimentación	DURACION
	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Dramatizaciones. ✚ Análisis y discusión de casos. ✚ Se enfatiza el empleo de las habilidades adquiridas para el afrontamiento de las diversas situaciones conflictivas que puedan presentarse en la vida cotidiana. 	45 min
	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Seguimiento: El periodo de seguimiento será de al menos seis meses para evaluar la estabilidad y el impacto del empleo de las habilidades adquiridas. 	

TERAPIA FAMILIAR

SESIÓN # 1	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">+ Conocer la estructura familiar de la paciente+ Establecer metas y objetivos
ACTIVIDAD	DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none">+ Establecimiento de Rapport, Empatía, y Acuerdos (tiempo, duración de la terapia, requisitos del terapeuta y paciente).+ Análisis de la estructura y funcionalidad familiar: tipo de relación, comunicación, alianzas, rivalidades.+ Fijación de objetivos.	45 min

SESIÓN # 2

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✚ Psicoeducar a la familia sobre el proceso de cambio vital en la puérpera✚ Mejorar relaciones familiares disfuncionales.
ACTIVIDAD	DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✚ Psicoeducación:<ul style="list-style-type: none">○ Explicar a la familia o parientes más cercanos de la paciente, la situación de la misma, los factores de riesgo en el proceso de maternidad y las formas de apoyo que pueden brindarle, tanto a ella como al bebé.○ Establecer un contrato entre la familia y la paciente en el cual se comprometen a mejorar la relación familiar y la comunicación como factor indispensable para la armonía entre los miembros, además de comprometer a la familia a ofrecer su apoyo y cuidado tanto de la madre como al bebé.	45 min

SESIÓN # 3

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✚ Proporcionar estrategias de resolución de conflictos en el hogar✚ Incentivar la expresión emocional entre los familiares, facilitando la comunicación de afectos.
ACTIVIDAD	DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✚ Resolución de conflictos: Aprendizaje de habilidades cognitivas para comprender causas, prever, generar pensamientos alternativos y mejor solución en la prevención y la resolución de los conflictos interpersonales.✚ Psicodrama (expresión de emociones y sentimientos): Nos permitirá la comprensión emocional de las conductas mostradas en los miembros de la familia y reconstruir el sistema de valores internos más positivos.	Dos sesiones de 45 min

SESIÓN # 4

SESIÓN # 4	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">+ Fomentar el desarrollo el intercambio de conductas agradables en todos los integrantes de la familia.+ Desarrollar habilidades asertivas en el grupo familiar.
ACTIVIDAD	
DURACIÓN	
<ul style="list-style-type: none">+ Intercambio de conductas: Es un procedimiento que contribuye a aumentar el placer y la satisfacción en las familias, a través de una lista con deseos que las otras personas deben realizar. En este caso la paciente podrá solicitar el apoyo de su pareja u otros miembros de la familia en cuanto al cuidado de bebé, y ella podrá realizar alguna actividad que desee y le permita relajarse.+ Contrato de contingencias: Realizar un acuerdo escrito entre familiares y paciente con el fin de cambiar actitudes o conductas erróneas que perjudican la relación.	45 min

TERAPIA GRUPAL

El taller psicoterapéutico podrá ser impartido en grupos focales con madres ya sean adolescentes o adultas, primíparas o multíparas.

Es importante concienciar a las participantes sobre la importancia del presente taller como herramienta para adquirir habilidades de afrontamiento en situaciones de estrés, sean estos sucesos graves o de la vida cotidiana.

Objetivo General:

- ✚ Entrenar a las participantes en la adquisición de habilidades de afrontamiento frente a las situaciones generadoras de estrés y así disminuir los niveles de ansiedad.

Objetivos Específicos:

- ✚ Dar las herramientas necesarias para afrontar situaciones de ansiedad.
- ✚ Lograr que las participantes aprendan y apliquen destrezas en solución de problemas o conflictos.
- ✚ Fomentar y fortalecer el vínculo madre-hijo
- ✚ Promover la cohesión del grupo para así fomentar la participación comunicativa entre las participantes y que las mismas se sientan más comprendidas y apoyadas.

SESION # 1	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Fomentar una relación de colaboración entre pacientes y terapeuta y crear un clima de comunicación participativa. ✚ Explorar las expectativas de las participantes acerca de la terapia grupal. ✚ Establecer metas y propósitos. 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Presentación de cada una de las integrantes del grupo. Dinámica de presentación 	10 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Establecimiento de reglas y normas para el trabajo en grupo. ✚ Se expondrán en plenaria las siguientes normas: Puntualidad. Asistencia. Confidencialidad. Respeto a las opiniones de los demás. Participación. ✚ Retroalimentación: las pacientes deberán exponer sus puntos de vista. 	20 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Expectativas sobre la terapia: Se les solicitara a las participantes contestar en una hoja de trabajo lo siguiente: ¿Qué me gustaría aprender? ¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el taller psicoterapéutico? ¿Qué me gustaría que sí ocurriera en este grupo? ✚ Se expondrán las respuestas en plenaria. 	25 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Cierre 	5 min

SESION # 2	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Fomentar la cohesión entre los miembros del grupo. ✚ Explorar las vivencias de las pacientes ante la maternidad. 	
ACTIVIDAD	DURACION
✚ Dinámica rompehielo	15 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Cada miembro del grupo deberá responder de forma abierta a las siguientes interrogantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Existen cambios en las mujeres durante la maternidad? ¿Qué tipo de cambios? ¿Todos los cambios son positivos o negativos? ¿Cree que cambia radicalmente la vida de una mujer al tener un bebé? ¿Cómo? ○ Se inicia un dialogo abierto, sin presionar a las participantes a hablar sobre aspectos personales, agradeciendo a aquellas que lo hacen a voluntad. ✚ Hoja de trabajo: ¿Qué cosas han cambiado? (Anexo 11) 	35 min
✚ Cierre - Retroalimentación	10 min

SESION # 3	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Promover la identificación de síntomas físicos, cognoscitivos y afectivos que provoca el estrés en las pacientes. ✚ Explicar la dinámica transaccional del estrés y sus componentes. 	
ACTIVIDAD	DURACION
✚ Dinámica rompehielo	10 min
✚ La terapeuta expondrá qué es estrés, sus manifestaciones físicas, psicológicas, posibles causas y formas de afrontamiento	20 min
✚ Mediante Rol play se analizara la manera en que una situación conflictiva desencadena reacciones físicas y cognitivas en las pacientes, tomando en cuenta las experiencias relatadas por las mismas.	20 min
✚ Cierre - Retroalimentación	10 min

SESION # 4	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Reducir niveles de ansiedad en las pacientes a través del aprendizaje de técnicas de relajación. 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Respiración: Profunda, Abdominal 	15 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Técnica de relajación combinada según las estrategias de Schütz y Jacobson⁵⁹: Focalización, Respiración, Imaginación (FRI). <ul style="list-style-type: none"> ○ Se le pedirá: Focalizar la atención en los sonidos exteriores. ○ Trasladar la atención a las diferentes zonas del cuerpo y órganos, empezando por la cabeza, brazos, etc. luego diciendo: "<i>mi corazón late rítmica y fuertemente</i>". Debe pasar su foco de atención a la respiración, repitiendo las palabras "<i>Tranquilidad</i>". "<i>Relajación</i>". ○ Luego, se le pedirá que contraiga y relaje las distintas partes del cuerpo. ○ Poner atención a la música, imaginar momentos agradables, pacíficos. ○ Comenzar con la cuenta regresiva a partir de 5, juntamente con respiraciones profundas para terminar la técnica. 	35 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Retroalimentación - Cierre 	10 min

⁵⁹ Zaldivar, D. (2001). *La intervención psicológica*. La Habana. Cuba. Editorial Félix Varela. P. 100

SESION # 5	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> Promover la identificación de las estrategias que las pacientes emplean para el afrontamiento de situaciones estresantes. 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> Dinámica rompehielo. <i>¿Cómo soy emotivamente?</i> 	10 min
<ul style="list-style-type: none"> Se entregara a cada miembro del grupo una hoja de trabajo en la cual deberán responder sobre la manera en que afrontan sus conflictos y como les hace sentir (Anexo 12). 	10 min
<ul style="list-style-type: none"> La terapeuta hablara en plenaria acerca de cada estilo de afrontamiento tanto negativo como positivo. 	20 min
<ul style="list-style-type: none"> Se organizaran grupos a los cuales se le asignara un tipo de estrategia de afrontamiento que tendrán que dramatizar. 	20 min
<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación - Cierre 	5 min

SESION # 6	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Desarrollar en las pacientes la capacidad de detectar y modificar distorsiones cognitivas. 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Se ofrecerá la hoja de trabajo a cada participante: <i>“Que sientes y piensas cuando estas estresada”</i> (Anexo 9). ✚ Se expondrán en plenaria las respuestas de cada participante. 	15 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ La facilitadora abre el debate tomando como punto de partida las expresiones manifestadas por las pacientes. ✚ Permite el análisis entre pensamientos y emociones adaptativos y desadaptativos. 	20 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Se explicará el modelo A-B-C-D de la Terapia Racional Emotiva y las distorsiones cognitivas más frecuentes. 	20 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Se pedirá a las pacientes llevar un registro diario de actividades, en el que puedan registrar acontecimientos, consecuencias conductuales y emocionales, detecten pensamientos y grado de creencia. 	5 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Retroalimentación - cierre 	5 min

SESION # 7	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Reforzar el aprendizaje de las destrezas de detección y modificación de pensamientos distorsionados 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Hoja de trabajo: ¿Cómo debatir mis pensamientos negativos? (Anexo 8). Expondrá cada paciente sus respuestas en plenaria. 	15 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Promover la identificación de emociones y pensamientos mediante la técnica: <i>La bolsa</i>. <ul style="list-style-type: none"> ○ Materiales: Bolsas de papel, tijeras, goma, revistas de color, hojas de colores, pinturas. ○ Procedimiento: Cada participante escoge un papel que contiene una emoción la cual debe personificar a través de una bolsa utilizando los diferentes materiales que permitan la expresión de la misma. Dentro de la bolsa además deberán colocar papeles con pensamientos que pueda tener el personaje representado. Posteriormente, en duetos compartirán las bolsas e identificarán que emoción es la representada por su compañera. 	30 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Se discutirá en plenaria la técnica, que sintieron, sus opiniones. 	10 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Retroalimentación - cierre 	5 min

SESION # 8	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Distinguir entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas. ✚ Lograr que las pacientes apliquen métodos de debate frente a pensamientos distorsionados. 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ En grupos, las pacientes deberán establecer relaciones y diferencias entre las siguientes emociones: Inquietud y Ansiedad; Tristeza y Depresión; Dolor y Resentimiento; Disgusto e Ira. ✚ Se expondrán los resultados en plenaria. La terapeuta guiara la discusión y expondrá las diferencias entre emociones negativas. 	20 min
✚ Ejercicio: ¿Qué pasa con mis emociones? (Anexo 13)	15 min
✚ Práctica de las habilidades de afrontamiento a través de la técnica las abogadas del diablo. Se dividirá al grupo en dos subgrupos, uno de ellos representara pensamientos irracionales acerca de la maternidad, el otro grupo tratara de debatirlas mediante formas de pensamiento funcionales.	20 min
✚ Retroalimentación - cierre	✚ 5 min

SESION # 9	
OBJETIVOS	
<p>✚ Desarrollar el aprendizaje de técnicas en solución de problemas (D' Zurilla y Nezu, 1990)</p>	
ACTIVIDAD	DURACION
<p>✚ Conocer puntos en común entre las problemáticas narradas por las pacientes acerca de su embarazo y maternidad.</p> <p>✚ Posteriormente cada una expondrá posibles soluciones a través de una lluvia de ideas.</p>	15 min
<p>✚ La terapeuta dará a conocer los principios básicos de la técnica en solución de problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación del problema. ○ Selección de objetivos. ○ Generación de alternativas. ○ Consideración de las consecuencias. ○ Toma de decisiones. ○ Puesta en práctica. ○ Evaluación. 	20 min
<p>✚ Se ejercitará lo aprendido a través de la hoja de trabajo <i>¿cómo solucionar problemas?</i>. (Anexo 10)</p>	20 min
Retroalimentación - cierre	5 min

SESION # 10	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Ensayar la técnica de solución de problemas. ✚ Evaluar lo aprendido 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Técnica: <i>Intercambio de problemas.</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimiento: Se solicita que cada una de las pacientes escriba en una hoja un problema que desearía resolver, se incentiva a que lo describan lo mejor posible, en cuanto a la situación, emoción, reacciones que causa. Se analiza un ejemplo. ○ Luego de terminado el primer paso, se procede a guardar en sobres las hojas y ser repartidos indistintamente entre las participantes procurando les toque diferentes sobres.. ○ Cada una deberá utilizar la técnica de solución de problemas y resolver el conflicto de la compañera que le toco. Al final se realiza una discusión acerca de la técnica. 	30 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Se ofrecerá una hoja de trabajo sobre: Preguntas clave cuando mis emociones están fuera de control. Las cuales deberán contestar. (Anexo 14) 	20 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Retroalimentación - cierre 	10 min

SESION # 11	
OBJETIVOS	
✚ Desarrollar habilidades asertivas en las pacientes	
ACTIVIDAD	DURACION
✚ Instruir a las pacientes sobre la teoría y filosofía de la auto-afirmación y defensa de sus derechos, para lo cual se debe hacer uso de pruebas de discriminación de conductas asertivas, no asertivas (sumisas) y agresivas.	20 min
✚ Se debatirá la tabla de derechos asertivos	15 min
✚ Juego de roles con la finalidad de entrenar las habilidades asertivas.	15 min
✚ Retroalimentación - Cierre	10 min

SESION # 12	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Concienciar a las pacientes sobre las necesidades físicas y emocionales del recién nacido y de sí mismas. ✚ Promover el análisis participativo de lo que significa para las pacientes ser madre. 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Demostración: <ul style="list-style-type: none"> ○ Materiales: una muñeca, pañales, bañerita, agua, jabón, toallas, etc. ○ Procedimiento: Se forman grupos los cuales deberán dramatizar a su manera, la forma en que se baña, se viste y se alimenta a un bebe. Luego en plenaria se expondrán las experiencias de la técnica. 	30 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Técnica: <i>Sopa de letras</i>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Materiales: Letras del abecedario recortadas en papel de tamaño grande. ○ Procedimiento: Cada participante escogerá una letra y dirá una palabra que empiece con la misma y que exprese lo que es para ella ser Madre. ○ Se incentivara el debate sobre lo expuesto. 	20 min
✚ Retroalimentación - Cierre	10 min

SESION # 13	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Analizar la importancia del vínculo afectivo entre madre e hijo. 	
ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Técnica: <i>La Carta</i>. <ul style="list-style-type: none"> ○ Materiales: papel, esferográficos. ○ Procedimiento: Las pacientes deberán escribir una carta a sus bebés expresándoles todos sus sentimientos, dudas, inquietudes. El ejercicio es confidencial, si desean lo compartirán con las demás. ○ Al finalizar se realizará una reflexión acerca de cómo se sintieron al realizar la técnica. 	30 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Se pedirá a las pacientes llenar una hoja de trabajo acerca de las <i>necesidades de un bebé</i>, a través de historietas. (Anexo 15). Se expondrán en plenaria los resultados. 	20 min
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Se ofrecerá y socializará un pequeño folleto acerca de los cuidados básicos de un bebé (Anexo 17). 	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Retroalimentación - Cierre 	10 min

12. BIBLIOGRAFIA

- ✚ BAKAL, Donald. Psicología y Salud. Ediciones Descleé de Brouwer S.A. Bilbao, España, 1996.
- ✚ BARRON, William; LINDHEIMER, Marshall. Trastornos médicos durante el embarazo. Ediciones Hacourt. Madrid, España, 2002
- ✚ BEISCHER, Mackay. Obstetricia y neonatología. Ediciones Mcgraw-Hill - Interamericana S.A. México, 2000.
- ✚ BUENDIA, José. Estrés y Psicopatología. Ediciones Pirámide S.A. Madrid, 1993.
- ✚ BRODY, Nathan; EHRLICHMAN, Howard. Psicología de la Personalidad. Primera ed. Ediciones Prentice-Hall. Madrid, 2000.
- ✚ DEFEY, Denise. El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2009, Montevideo, Uruguay.
- ✚ CORMIER, William H; CORMIER, Sherilyn. Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Tercera Edición. Editorial Descleé de Brouwer. España, 2000.
- ✚ FARRÉ, Josep. Psicología para todos. Primera edición. Volumen 3. Editorial Oceano. Barcelona, España, 2007.

- ✚ LATONE, José; BENEIT, Pedro. Psicología de la Salud. Primera edición. Editorial Lunen. Buenos Aires, Argentina, 1992.
- ✚ LEGA, Leonor; CABALLO, Vicente; ELLIS, Albert. Teoría y Práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Segunda Edición. Siglo XXI de España editores S.A. Madrid. 2002.
- ✚ MEICHENBAUM, Donald. Manual de inoculación de estrés. Ediciones Martínez Roca. Barcelona. España, 1987.
- ✚ MORRIS, Charles; MAISTO, Albert. Estrés y Psicología de la Salud. Décima edición. Editorial Pearson. México, 2001.
- ✚ RICE, F. Philip. Desarrollo Humano, estudio del ciclo vital. Segunda Edición. Editorial Pearson. México 1997.
- ✚ RODRIGUEZ, Pilar; IBORRA, Dolors; ALVAREZ, Montserrat. Manual para padres. Psicología y Educación. Primera Edición. Tomo 1. Editorial Edipresse. Ediciones Hymosa. Barcelona, 2000.
- ✚ SILVERG, Jackie. El niño y su mundo. Actividades sencillas para estimular el desarrollo mental desde los primeros días de vida. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona-España. 2000.
- ✚ VILLEGAS P. Guadalupe. Competencia maternal percibida y habilidades de afrontamiento en adolescentes. Tesis de Grado en Psicología. México D.F. 2009.
- ✚ ZALDÍVAR, Dionisio F. La Intervención Psicológica. Segunda Edición. Editorial Félix Varela. La Habana, Cuba, 2007.

PÁGINAS WEB

- *Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud.* [en línea]. Santiago de Chile, 2013. Scielo, revista chilena de obstetricia y ginecología. Disponible en: <http://www.scielo.cl.com>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Anuario de nacimientos y defunciones 2011. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec
- REV. PSIQUIATRÍA 2011. El estrés durante el embarazo puede provocar trastornos mentales para toda la vida en los niños. REV. PSIQUIATRÍA 2006. La ansiedad y el estrés postparto de las madres primerizas podrían ocurrir de forma autónoma a la depresión postnatal, según un estudio. Vol.6. Disponible en www.psiquiatria.com
- www.nacersano.org
- www.mothersbaby.org/files/stress
- www.medigraphic.com/
- Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio (2010). Un estudio longitudinal. www.fuden.es/
- www.serpadres.es
- www.bebesencamino.com

13. ANEXOS

ANEXO N° 1:

GUIA DE OBSERVACIÓN

NOMBREEDAD.....

ESTABLECIMIENTO.....FECHA.....

CONTEXTOS	OBSERVACIÓN	COMENTARIO

ANEXO Nº 2

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ (nombre del informante clave) He leído la información que se me ha entregado. Y He podido hacer preguntas sobre el tema investigado. He recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado de ello con _____
Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento:

1º. Cuando quiera. 2º. Sin tener que dar explicaciones. 3º. Sin que esto repercuta en mi persona y familia.

PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN.

FIRMA DEL INFORMANTE

Nombre _____
_____ Fecha: ___/___/___ Yo he explicado por completo
los detalles relevantes de esta investigación al informante clave y/o la
persona autorizada a dar el consentimiento en su nombre.

Firma el investigador

Nombre _____
_____ Fecha: ___/___/___

Nota: se entregará copia de este documento al paciente.

ANEXO N°3

ENTREVISTA PSICOLÓGICA PERINATAL N°

NOMBRE:

EDAD:

INSTRUCCIÓN:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

FECHA DE ENTREVISTA:

SUCESOS SIGNIFICATIVOS (EVENTOS DE VIDA) (Mencionados como tales por la madre)		
<u>PAREJA:</u>	Separación durante el embarazo	
	Problemas con pareja anterior	
	Violencia	
	Otros:	
<u>MUERTE:</u>	Familiares y/o personas cercanas	
	Abortos	
	Pareja	
<u>SOCIAL:</u>	Desocupación, problemas económicos, pobreza	
	Violencia Familiar	
	Violencia barrial, política, familiar preso	
	Adicciones	
	Desarraigo	
	Abuso/Violación	
	Abuso/ Violación de alguien del entorno	
<u>PROBLEMA ACTUAL:</u>	Problemas familiares	
	Mudanzas	
	Enfermedades	
	Accidentes	
	Otros:	

<u>PROBLEMAS MATERNOS ASOCIADOS AL EMBARAZO Y PARTO</u>		
<u>FÍSICOS:</u>	El embarazo como sí mismo como evento de vida	
	No hubo controles durante el embarazo	
	Internación durante el embarazo	
	Presión alta	
	Pérdidas	
	Parto prematuro	
	Cesárea	
	Diabetes	
	SIDA	
	Enfermedades de transmisión sexual	
	Chagas	
	Otros	
	<u>PSICOLÓGICOS:</u>	Embarazo no planificado
Imaginó al bebé		
Temor a la salud del bebé		
Temor a la salud propia		
Presentimiento de parto prematuro		
Angustia/ Ansiedad		
Temor al parto		
<u>FAMILIARES:</u>	Violencia	
	Abandono	
	Fallecimiento padres	
	Violación/Abuso	
	Separación durante el embarazo	
	Otros:	

<u>IMPACTO ANTE ESTE NACIMIENTO:</u>	
Dificultades en vínculo	
Dificultades lactancia	
Rechazo	

OBSERVACIONES:

ANEXO Nº 4:
HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

HISTORIA CLÍNICA Nº:

NOMBRE:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

RAZA:

ESTADO CIVIL:

NUMERO DE HIJOS:

INSTRUCCIÓN:

PROFESIÓN:

OCUPACIÓN:

RELIGIÓN:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

FAMILIAR RESPONSABLE:

PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

FECHA DE INGRESO:

CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

.....

MOTIVO DE CONSULTA:

.....

ENFERMEDAD ACTUAL:

.....

HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD:

.....

PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

PRENATAL:

.....

NATAL:

.....

INFANCIA:

.....

PUBERTAD

.....

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

.....

MADUREZ

.....

PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

.....

HISTORIA SOCIAL:

.....

HISTORIA LABORAL:

.....

HISTORIA PSICOSEXUAL:

.....

EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA:

- Lucidez:
- Orientación:
 - o Alopsíquica.
 - o Autopsíquica:
 - o Somatopsíquica
 - o Conciencia de enfermedad:

ATENCIÓN:

- Trastornos Cuantitativos:
 - o Hiperprosexia

- Hipoprosexia
- Aprosexia
- Trastornos cualitativos
 - Distracción
 - Distraibilidad
 - Atención voluntaria
 - Espontanea o pasiva

SENSOPERSEPCIONES:

- Ilusiones:
- Alucinaciones:
- Pseudoalucinaciones
- Trastornos del esquema corporal
- Despersonalización
- Desrealización

MEMORIA:

- Trastornos cuantitativos:
 - Hipermnesia
 - Hipomnesia
 - Amnesia (retrograda, anterograda, retroanterograda)
- Trastornos Cualitativos:
 - Pseudoreminiscencias
 - Confabulaciones
 - Cliptomnesia
 - Dismnesias
 - Paramnesia

AFECTIVIDAD:

- Exaltación
- Depresión
- Hipertimia
- Hipotimia
- Distimia
- Indiferencia afectiva
- Descontrol emocional

- Inestabilidad Emocional
- Reacciones emocionales primitivas
- Reacciones afectivas:
 - Irritabilidad
 - Embotamiento
 - Indiferencia
 - Apatía
 - Labilidad
 - Tenacidad
 - Ambivalencia
- Contenidos intelectuales:
 - Ideas fijas
 - Ideas obsesivas
 - Fobias

INTELIGENCIA

PENSAMIENTO:

- Trastornos del curso:
 - Aceleración
 - Retardo
 - Interpretación
 - bloqueo
- Estructura:
 - Prolijidad
 - Perseveración
 - Incoherencia
 - Disgregación.
- Contenido
 - Ideas dominantes
 - Ideas obsesivas
 - Ideas Pseudodelirantes
 - Ideas delirantes

VOLUNTAD:

- Hipobulia
- Abulia

- Actos impulsivos
- Estereotipias
- Amaneramientos
- Sugestividad
- Flexibilidad c3erea
- Obediencia autom1tica
- Negativismo
- Catalepsia

INSTINTOS:

- Nutrici3n
- Sue1o
- Defensa
- Instinto Sexual.

H1BITOS:

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Consumo de drogas

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

- L3gico
- Il3gico
- Paral3gicos

DIAGN3STICO PRESUNTIVO:

EX1MENES PSICOL3GICOS:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

DIAGN3STICO DIFERENCIAL:

DIAGN3STICO DEFINITIVO:

PRON3STICO:

RECOMENDACIONES:⁶⁰

⁶⁰Balarezo Ch, L. & .Mancheno D. S. (2003).*Guía para el diagnóstico Psicol3gico Cínico y Neuropsicol3gico*. Ecuador. Primera Ed.

ANEXO Nº 5:

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

NOMBRE.....

EDAD.....FECHA.....

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes los siguientes síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad grave
- 4. Totalmente incapacitado.

	0	1	2	3	4
1. ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2. TENSIÓN: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3. TEMORES: A la obscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4. INSOMNIO: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (Cognitivas):					

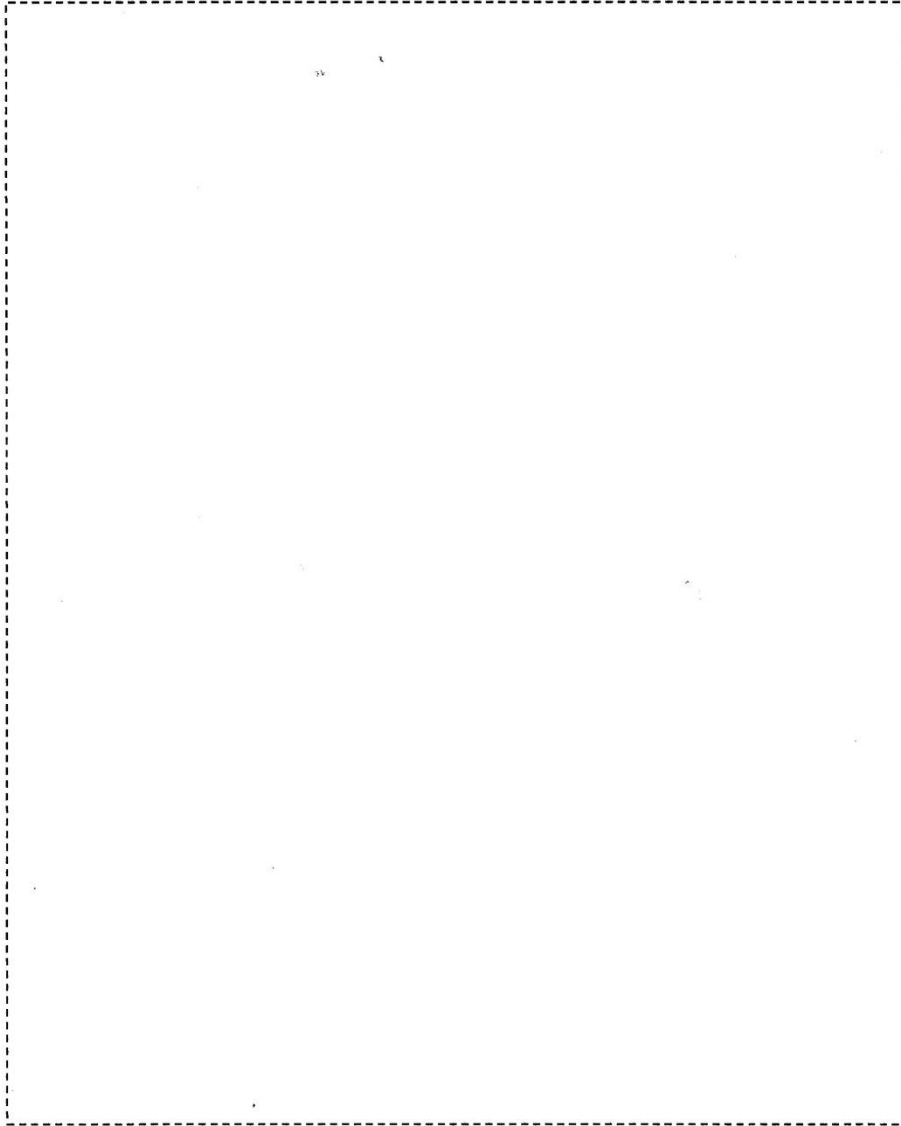
Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6. HUMOR DEPRESIVO: Perdida del interés. Falta de placer en los pensamientos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SINTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8. SINTOMAS SOMATICOS SENSORIALES: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensaciones parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)					
9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitaciones, dolor pre cordial(en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias					
10. SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria)					
11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, nauseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12. SINTOMAS GENITOURINARIOS: micciones					

frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia sexual.				
13. SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina)				
14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.				

ANEXO N° 6:

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema		0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo		0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés		0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado		0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema		0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente		0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado		0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo		0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché		0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía		0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase		0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza		0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto		0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente		0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema		0 1 2 3 4
18	Me criticqué por lo ocurrido		0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir		0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación		0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano		0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían		0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más		0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía		0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran		0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera		0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones		0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido		0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos		0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo		0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado		0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía		0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería		0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias		0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron		0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes		0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto		0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas		0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada		0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos		0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación		0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

PD							
PC							
A cumplimentar por el evaluador							

ANEXO 7

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK

FORMATO B CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con una "NO" según sea su caso.

Trate de decir "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI" o "NO" de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" ni "incorrectas" y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber que?
3. ¿Tiene casi siempre una contestación lista ala mano cuando se le habla?
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?
5. ¿Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?
6. Cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?
7. ¿Se enfada o molesta a menudo?

8. Cuando lo(a) meten a una pelea ¿prefiere sacar los trapitos al aire de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
9. ¿Es usted triste, melancólico (a)?
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿Se pone a veces malhumorado (a)?
13. ¿Se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿Le gusta trabajar solo (a)?
16. ¿Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón?
17. ¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?
18. ¿Se ríe a menudo de chistes groseros?
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
20. ¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
24. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?

25. ¿Le gusta las bromas?
26. ¿Piensa a menudo en su pasado?
27. ¿Le gusta mucho la buena comida?
28. Cuándo se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?
30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?
31. ¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
32. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
33. ¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
34. ¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?
35. ¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?
36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?
37. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?
38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
39. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
40. ¿Sufre de los nervios?
41. ¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?

42. ¿Deja algunas veces para mañana. Lo que debería hacer hoy día?
43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
44. Cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
45. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?
46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?
47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
50. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
51. ¿Se mantiene usualmente hérnico(a) o encerrado (a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
52. ¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?
53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
54. ¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?
55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con sus superiores?
56. Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena intentar?
57. ¿Siente “sensaciones” en el abdomen, antes de un hecho importante?

ANEXO Nº 8:

¿CÓMO DEBATIR MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS?

	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS SALUDABLES
Acerca del embarazo		
Acerca del parto		
Acerca de la maternidad		
Acerca del apoyo que recibe		

ANEXO Nº 9:

¿QUÉ SIENTES CUANDO ESTÁS RELAJADA?

Para identificar tus sensaciones, haremos el siguiente ejercicio. Por favor, colorea en el dibujo las áreas del cuerpo que sientes diferente cuando estas relajada o contenta.

En las nubecitas escribe los pensamientos que tienes cuando estás muy tranquila y por último escribe en los corazones las emociones que sientes cuando todo está bien.

Pienso que:

Pienso que:

Mi emoción es:

Mi emoción es:





Mi emoción es:

The illustration shows a woman with long hair sitting in a rocking chair, holding a baby. Above her are two thought bubbles, each containing the text 'Pienso que:'. To the right of the woman are three hearts, each containing the text 'Mi emoción es:'. The entire scene is designed for a coloring and writing exercise.

ANEXO Nº 10:

ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA	
¿Cuál es el problema?	
FORMULACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	
Antecedente	
Detallar el problema	
GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
TOMA DE DECISIONES	
PROS	CONTRAS
PUESTA EN PRÁCTICA DE LA DECISION TOMADA Y VERIFICACION DE LOS RESULTADOS	

ANEXO Nº 11:

Contexto	Cambios	¿Qué has hecho para adaptarte?	Forma de afrontar
<p><u>Familia</u></p> 			
<p><u>Pareja</u></p> 			
<p><u>Amigos</u></p> 			
<p><u>Consigo misma</u></p> 			

ANEXO Nº 12

¿CÓMO SOY EMOTIVAMENTE?

Por favor lee con tus compañeras de equipo la siguiente historia, y respondan juntas las preguntas.

“María está muy contenta porque acaba de nacer su primer bebé, sin embargo ahora tiene muchas cosas que hacer como despertarse por la noche para cambiar y alimentar al bebé, lavar la ropita del bebé, bañarlo todos los días aparte de sus labores diarias pero se siente muy cansada y de repente no sabe si va a poder con todas sus responsabilidades además su familia no le brinda el apoyo que necesita.”

¿Cómo creen que se siente María?

¿Qué creen que piense de lo que le está pasando?

¿Cómo creen que puede ella resolver sus problemas?

¿Qué necesita para estar bien?

ANEXO N° 13:

¿QUÉ PASA CON MIS EMOCIONES?

Es normal que en ciertos momentos nos sintamos tristes, irritables o enojadas por sentir que las cosas se nos escapan de las manos en ciertos momentos de tensión.

En la siguiente hoja, completa las siguientes frases:

ENOJO

Llego a enojarme cuando....

Cuando yo me enojo digo...

Cuando me enojo hago...

Cuando alguien se encuentra cerca mío y está enojado yo...

Consigo controlar mi enojo mediante...

Cuando estoy enojada siento en mi cuerpo...

Cuando estoy enojada pienso...

TRISTEZA

Llego a estar triste cuando...

Cuando me siento triste yo digo...

Cuando me siento triste yo hago...

Cuando alguien se encuentra cerca de mi y está triste yo...

Consigo controlar mi tristeza mediante...

Cuando estoy triste siento en mi cuerpo...

Cuando estoy triste pienso...

ANEXO Nº 14:

PREGUNTAS CLAVE CUANDO MIS EMOCIONES ESTÁN FUERA DE CONTROL

Para llegar a tener pensamientos saludables, debes preguntarte lo siguiente:

1. ¿Ha tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre cierto?
2. Si su pareja, un familiar, amiga o alguien a quien quiere tuviera este pensamiento, ¿qué le diría?
3. Cuándo no se está sintiendo mal, ¿piensas en este tipo de situación de forma diferente? ¿Cómo?
4. Ante un hecho similar que le haya causado tristeza en el pasado, ¿qué pensamientos podían hacerle sentir mejor?
5. ¿Ha tenido esta clase de situaciones antes?, ¿Qué ocurrió?, ¿Hay alguna diferencia entre esa situación y la previa?
6. ¿Qué ha aprendido de las experiencias previas que puedan ayudarle ahora?
7. ¿Hay alguna cosa pequeña que contradiga sus pensamientos actuales?
8. Si piensa en esta situación dentro de cinco años, ¿la miraría de forma diferente?
9. ¿Cómo se ha sentido al afrontar una situación difícil y superarla?

ANEXO Nº 15:

”Carmen acaba de tener a su bebé que nació prematuro. Ella lo alimenta cada vez que el bebé llora, le disgusta darle de lactar, en ocasiones se le olvida cambiarle los pañales por lo que presenta rozaduras, le molesta mucho cuando el bebé llora, lo grita....su familia no entiende por qué ella reacciona así”.



¿Qué cree usted que le hace falta a este bebé?

¿Cómo cree que se siente este bebé?

¿Cómo cree que se siente este Carmen?

¿Cómo Usted, en lugar de Carmen podría mejorar la relación con su bebé?

"Rosa acaba de tener a su bebé que nació muy sano y lindo. Ella lo alimenta cada cuatro horas, lo cambia cuando moja el pañal, le pone ropa limpia, lo baña todos los días y hace que duerma a sus horas. Además, ella es muy cariñosa con él, lo abraza, lo besa y le dice que está feliz de tenerlo a su lado. Pasa todo el día contemplándolo y siendo cariñosa con él".



¿Qué cree usted que le hace falta a este bebé?

¿Cómo cree que se siente este bebé?

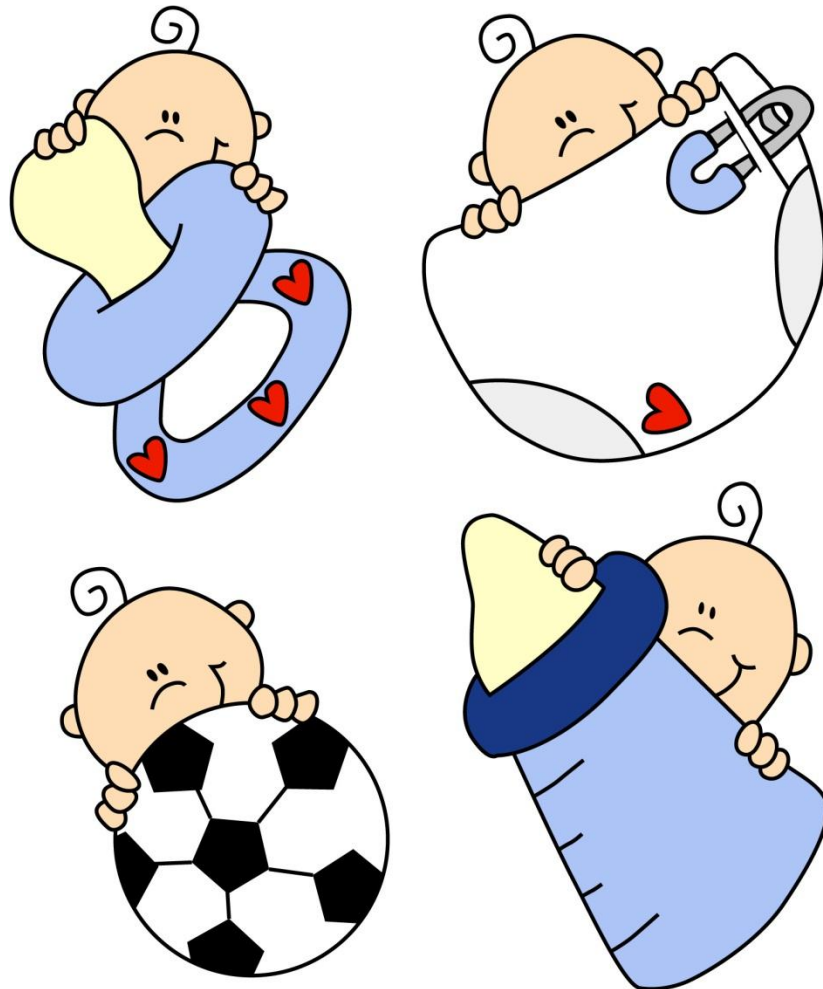
¿Cómo cree que se siente este Rosa?

¿Cómo Usted en lugar de Rosa podría mejorar la relación con su bebé?

ANEXO N° 16

¡EL BEBÉ HA LLEGADO!

GUÍA SOBRE EL CUIDADO GENERAL DE SU BEBÉ



Prepararse desde el primer momento para recibir al recién nacido en un clima de afectividad positiva es un aspecto de vital importancia para el desarrollo psicológico del niño/a. Y no cabe duda de que la base fundamental de este clima es **Su estado emocional**.

Es deseable que Usted pida ayuda después del parto a familiares y amigos cercanos los primeros días del parto.

- Tome el descanso necesario junto a su hijo/a tanto como pueda.
- Trate de no darle demasiada importancia a cosas externas, piense que el descanso y tiempo con su bebé es lo más importante.
- Es normal que Usted pueda sentirse agobiada, triste, irritable y angustiada por las exigencias de su hijo/a. Si siente que puede llegar a perder el control en algún momento, busque ayuda profesional.



ESTABLECIENDO UN ADECUADO VÍNCULO...

✿ El *Apego* son los lazos afectivos fuertes que sentimos por las personas que tienen una significación especial en nuestras vidas, en este caso sus bebés.



- ✿ Las personas que forman apegos seguros de bebés, se complacen con sus interacciones y se sienten apoyados por la presencia de sus compañeros en momentos de estrés o incertidumbre.
- ✿ Muchos padres, aún antes que nazca su bebé, inician su apego hablando con entusiasmo sobre su futuro hijo, formulan planes para ellos, expresan alegría al sentirlo patear, escuchar sus latidos del corazón etc.
- ✿ Su contacto íntimo con su recién nacido en las primeras horas después del parto intensifica los sentimientos positivos que tiene por su bebé.

- Abraza a tu bebé durante las primeras horas de su nacimiento, mantén el contacto visual con el/ella, esta es la mejor forma de comunicación durante esta etapa.
- Por lo general, a los bebés les encanta escuchar sonidos vocales, por ejemplo, que les hablen, balbuceen, canten o arrullen.
- Cuantas más experiencias de afecto, relación o contacto tengas con tu bebé más favorece que se produzcan conexiones neurológicas, que a la larga tienen beneficios prácticos como el desarrollo de la capacidad de razonamiento o el enriquecimiento del lenguaje.

• **Hable mucho con el bebé,** tenga conversaciones con el pequeño, cuénteles cuentos, vocalice bien y utiliza expresiones que transmitan mucho afecto. La parte del cerebro encargada del aprendizaje del lenguaje necesita de estos estímulos verbales.



EL ASEO

Pañales:

- Cámbieselos aproximadamente 10 veces al día. Asegúrese de tener a la mano todo lo que necesita para no dejar solo al bebé.
- Necesitará:
 - ✓ Un pañal limpio
 - ✓ Crema para rozaduras
 - ✓ Agua tibia, bolitas de algodón
 - ✓ Toallita limpia suave.
- Después de que el bebé haga popo o moje el pañal, acuéstelo boca arriba y quíteselo. Use el agua, las bolitas de algodón y la toallita o paños desechables para limpiar con suavidad la zona genital del bebé.

- Si es niña, límpiela de adelante hacia atrás para evitar posibles infecciones en las vía urinarias.
- Las rozaduras o escaldaduras son habituales. Suelen desaparecer con un baño caliente, un poco de crema y dejando al bebe sin pañales durante cierto tiempo para que le dé el aire en la zona afectada.
- Aproximadamente, se le debe cambiar de pañales al bebé, mínimo cada tres horas.
- No debe olvidarse lavarse las manos antes y después de cada cambio de pañales.



- ☀ Recuerde secar bien a su bebé.
- ☀ Si usa pañales de tela, lávelos con detergentes que no contengan colorantes ni perfume.

El baño:

- ☀ Antes del baño, debe tener a mano:
 - ✓ Una toalla limpia
 - ✓ Jabón y champú para bebés
 - ✓ Un cepillo suave
 - ✓ Bañera para bebés llena de agua tibia, para saberlo introduzca su codo y perciba a que temperatura está.
 - ✓ Un pañal limpio, ropa limpia.
- ☀ Hay que procurar que la habitación donde vaya a bañárselo sea cálida.

- ☀ Desnude al bebé y sujételo por las nalgas y nuca e introdúzcalo suavemente en el agua.
- ☀ Enjabónele la cabeza y el cuerpo, procurando que el agua no se deslice por la frente y los ojos.
- ☀ Es recomendable el baño antes de acostarlo, porque ayuda al bebé a relajarse y a asociar el baño con el sueño nocturno.
- ☀ Asegúrese de secarlo bien.
- ☀ Nunca deje solo a un bebé en la bañera.



El ombligo:

- Para evitar posibles infecciones, algunos pediatras recomiendan desinfectar el área con alcohol u otro antiséptico en cada cambio de pañales hasta que el cordón umbilical se seque y se desprenda, esto pasa generalmente entre los 4 y los 10 días de nacido.



- Puede emplear también agua hervida y una gasa estéril para desinfectar. No conviene usar gasas o esparadrapos.
- Antes de desprenderse el cordón umbilical cambiará de color, de amarillo a marrón o negro. Es normal.
- Deberá consultar al pediatra si el área del ombligo del bebé se enrojece, empieza a oler mal o segrega líquido.

ALIMENTACIÓN

- ❁ **La leche materna es el alimento único e ideal que su bebé necesita.**



Ventajas:

- ❁ **Para el bebé:**

- ✓ Es un alimento rico en nutrientes que no se encuentran en otras fórmulas preparadas.
- ✓ Transmite anticuerpos que protegen al bebé del peligro de infecciones.
- ✓ Mejora la visión en la niñez
- ✓ Protección contra el sarampión y todas las enfermedades infantiles.
- ✓ Mandíbulas más fuertes, menos caries, mayores reflejos de respiración.
- ✓ Favorece la inteligencia
- ✓ Facilita la relación entre madre e hijo.

☀ **Para la madre:**

- ✓ Conexión natural con el bebé. El amamantamiento facilita una intimidad entre madre e hijo, que produce fuentes de satisfacción a ambos y suele generar una relación sana y positiva.
- ✓ Menor riesgo de cáncer de mama y osteoporosis.
- ✓ Experimenta la satisfacción de sentirse proveedora y protectora del bebé.
- ✓ Método anticonceptivo natural.

☀ Al dar de lactar, mantenga una posición cómoda y relajada. Sostenga la cabeza del bebé

en el dobléz de su brazo y sostenga suavemente las nalgas de su bebé en su mano.

- ☀ Aproveche este momento para acariciar, hablarle o cantarle a su bebé favoreciendo así su vínculo y llenándolo/a de amor.

Posiciones para amamantar:



- Cuando esté dando el pecho, debe alimentarse bien, tomar muchos líquidos y evitar condimentos.
- En cualquier posición el bebé debe aproximarse al seno y no Usted agacharse hacia el bebé.
- Lávese muy bien las manos antes de tomar al bebé para amamantarlo.
- Su bebé le indicará que tiene hambre llorando, llevándose los dedos a la boca o emitiendo sonidos que se producen al succionar.
- Un recién nacido puede necesitar alimentarse cada 2 horas o quizás más a menudo.
- Si el bebé parece satisfecho, moja aproximadamente seis pañales y defeca varias

veces al día, duermen bien y están ganando peso con regularidad.

• Ayudar a eructar al bebé:

- ✓ Coloque al bebé de pie sobre su regazo y apóyete la cabeza en su hombro. Sujétele la cabeza y la espalda con una mano mientras le da palmaditas suaves en la espalda con la otra mano.
- ✓ Al terminar de alimentar al bebé manténgalo en posición erguida durante 10 a 15 minutos para evitar que vomite.



DESCANSO

- Durante los dos primeros meses, el bebé suele dormir hasta veinte horas al día, tiempo que a partir del tercer mes se reduce a 16 horas.
- Es recomendable que la cuna del bebé permanezca cerca de la cama de su madre durante las ocho primeras semanas.
- La habitación debe estar sin luz, un ambiente relajado, sin estímulos fuertes.
- Conviene acostar al niño/a con la seguridad de que se han satisfecho todas sus necesidades, por lo que se debe comprobar:
 - ✓ Si tiene hambre o sed
 - ✓ Si está mojado o sucio
 - ✓ Si está ansioso por alguna circunstancia
 - ✓ Si tiene frío
 - ✓ Si está en postura cómoda
- Retire cualquier objeto cercano como colchas, peluches, cojines, almohadones.
- Cuando el bebé duerme profundamente no se lo debe despertar aunque sea su hora de comer, es mejor esperar que despierte sólo.
- Es conveniente que acueste a su niño/a la misma hora por la noche.



EL LLANTO

- Todos los recién nacidos lloran mucho. No se desespera, al contrario aprenda a interpretar los llantos de su bebé.
- Recuerde que el llanto es el único mecanismo de comunicación del que dispone.
- Durante las dos primeras semanas el bebé llora un promedio de dos horas diarias. A partir de la tercera semana, el tiempo de llanto disminuye.
- Las lágrimas no aparecen hasta que el bebé tiene un mes.



- Entre las causas por las que puede llorar su bebé son: la sed, el calor, el dolor, el miedo de la luz brillante y los ruidos bruscos, las posturas incómodas, pañal sucio, alteraciones del sueño, fatiga, temor, privación del contacto con los demás.
- Si comprueba que el llanto no tiene justificación, tome en brazos a su bebé para proporcionarle contacto corporal y mézalo suavemente. Este es buen momento para hablarle y cantarle.
- Si el llanto es excesivo, consulte a su pediatra. Puede ser por algún motivo de salud.

CUÁNDO LLEVAR AL BEBÉ AL PEDIATRA

- ❁ Lo debe llevar a la semana de que hayan salido del hospital. Después de su primer mes de edad la visita pediátrica es cada mes.
- ❁ Si aparece alguno de estos síntomas o si tiene preocupación por la salud de su hijo, no dude en llevarlo a su bebé al pediatra:
 - ✓ Rechazo al pecho
 - ✓ Vómitos o diarrea
 - ✓ Tos
 - ✓ Respiración rápida o dificultosa
 - ✓ Llanto agudo por más de tres horas
 - ✓ Somnolencia excesiva
 - ✓ Flojera o palidez inusual
 - ✓ Temperatura



e

su bebé no llegue a decir su primera palabra

hasta después de muchos meses, posee la habilidad para comunicar desde su nacimiento. Sus movimientos, llantos y expresiones faciales son parte del complejo lenguaje de los niños.

- Al cuidar a su hijo, será capaz de reconocer sus señales y responderle de manera que construya un lazo de amor y confianza entre los dos.



- El desarrollo de la personalidad de su bebé está íntimamente ligado al afecto que reciba.

- El amor que usted de a su bebé le permite irse descubriendo a sí mismo y al reconocimiento de los demás.



CÓMO ESTIMULO A MI BEBÉ?

Recién nacido:

- La mejor forma es jugar con él/ella, ya que le gusta explorar el mundo con sus ojos, sus oídos y su cuerpo.
- Aproveche los momentos en los que esté alerta su bebé y colóquelo cerca de su cara para que la mire.
- Háblele, cántele y léale.
- Demuéstrele su amor siendo cariñosa y sensible a sus necesidades.

Primer mes:

- Durante el primer mes su bebé podrá responder a sonidos.
- Mirar su rostro.
- Seguirá sus movimientos con la mirada.

- Podrá levantar la cabeza cuando esté boca abajo.
- Moverá brazos y piernas.
- Emitirá sonidos con su voz.
- Estará más atento.
- En este tiempo es apropiado ponerle un juguete colgante de muchos colores.

Juego:

- ✓ Mientras el niño/a está tendido sobre la espalda, póngase a lado de su cuna y llámelo por su nombre.
- ✓ Continúe diciendo su nombre hasta que mueva los ojos o la cabeza hacia el sonido.

- ✓ Camine hacia el otro lado de la cuna y repita su nombre.
- ✓ Dele un suave masaje por todo el cuerpo mientras le sonría mirándole a los ojos y lo llama por su nombre.



Segundo mes:

- ✿ Su bebé podrá susurrar y vocalizar con usted.
- ✿ Poner atención a las voces

- ✿ Responder con una sonrisa
- ✿ Cuando esté boca abajo levantará la cabeza, cuello y parte superior del pecho.
- ✿ Tendrá algún control de su cabeza cuando se lo coloque en posición vertical.
- ✿ En esta etapa el bebé empezará a mostrar su temperamento.

Juego:

- ✓ Sostenga al bebé en brazos mientras lo va meciendo.
- ✓ Mientras lo meza, dígame palabras: “Te quiero chiquitín”.
- ✓ Al decir “te”, dele un beso en una parte de su cuerpo: cabeza, nariz, dedos de los pies.

- ✓ Este juego desarrolla el vínculo de apego entre usted y su hijo.

Cuatro meses:

- ✿ Se desarrollan habilidades motoras como jugar con sus manitas, alcanzar objetos, mover juguetes, etc.
- ✿ Balbucea
- ✿ Sonreirá a carcajadas, gritará y chillará
- ✿ Reconocerá a las personas por sus voces.
- ✿ Sonreirá con naturalidad a otros.
- ✿ Girará la cabeza al sonido de una campanilla.

Juego:

- ✓ Ponga al bebé en su regazo.
- ✓ Coloque su dedo índice en su mano

- ✓ Probablemente intente sujetar su dedo, ya que es un reflejo natural.
- ✓ Cada vez que sujete el dedo, dígame frases positivas como: “Eres una maravilla”, “Que fuerte eres”.
- ✓ Este juego fortalece manos y dedos, ayuda a desarrollar su capacidad de seguir movimientos.



Seis meses:

- Se sienta solo o con apoyo.
- Levanta la parte superior de su cuerpo apoyando sus manos.
- Se da vueltas; estando a gatas se voltea a su espalda y viceversa.
- Está listo para comidas sólidas.
- Vocaliza sonidos como Da-da-da o Ba-baba.



- Ríe con fuerza.
- Balbucea con adultos.

- Sostiene derecha su cabeza cuando lo sientas.
- Aguanta el peso de su cuerpo si lo paras.
- Toma objetos.
- Imita algunos sonidos.
- Voltea al escuchar sonidos.
- Le interesan los juguetes y los juegos.
- Puede sentarse por breves momentos usando sus brazos como soporte.
- Esta es una época en que le encantará interactuar y tratará de imitar tus sonidos y expresiones.
- Juega con él a las escondidas.

Juego:

- ✓ Sienta a tu bebé en tu regazo frente a una mesa con objetos pequeños y

ligeros que pueda manipular, de diferentes texturas, y deja que juegue con ellos, les de vueltas, los golpee.

- ✓ Pueden ser cajas, tapones grandes y cucharas de diferentes tamaños y materiales con las que pueda golpear la mesa. También le gustarán las botellas de plástico vacías con algunas legumbres secas dentro, para que suenen como una maraca (asegúrate de que no puede abrirla).
- ✓ Mientras juega, hable con él de los ruidos que hace, nombra los objetos que sujeta con la mano, explícale los efectos que está consiguiendo.

Nueve meses:

- ✿ Responde cuando le llama por su nombre.
- ✿ Entiende algunas palabras como "no" y "adiós".
- ✿ Puede que diga "mamá" o "papá".
- ✿ Se sienta solo y sin apoyo.
- ✿ Intenta pararse solo.
- ✿ Agarra pequeños objetos con sus dedos o manos.
- ✿ Mueve y tira objetos.
- ✿ Le gustan los juegos interactivos como las escondidas y las manitas.
- ✿ Puede que se despierte de noche y llore.
- ✿ Usualmente tiene su primer diente.
- ✿ Muestra angustia al estar con extraños.



Juego:

- ✓ Los juegos de esconder cosas le ayudan a explorar.
- ✓ Muéstrelle un juguete y después escóndaselo con un paño.
- ✓ Él lo levantará para descubrir el objeto. Una vez que aprenda a encontrar objetos, escóndase

usted y haga que la encuentre. Las primeras veces se preocupará. Asegúrese de tomarlo y abrázalo al reaparecer

Primer año:

- ✿ Muchos pequeños de un año ya dan sus primeros pasos o están a punto de hacerlo.
- ✿ Algunos dicen ya sus primeras palabras.
- ✿ Existe un gran lazo entre aumento de habilidad motriz y su desarrollo emocional.
- ✿ Aunque cada niño se va desarrollando a su propio ritmo, la mayoría de los niños de 12 meses tiene alguna de estas habilidades.
 - ✓ Se para tomándose de los muebles y hasta da algunos pasos solo.



- ✓ Agarra bien los objetos.
- ✓ Señala con el dedo índice.
- ✓ Une dos bloques.
- ✓ Tiene un vocabulario de dos o tres palabras aparte de "mamá y papá".
- ✓ Imita vocalizaciones.
- ✓ Busca objetos que se caen o se esconden.
- ✓ Dice adiós con la manita.
- ✓ Puede alimentarse por sí mismo.

Juego:

- ✓ Juegos como las escondidas y otros que impliquen gesticulaciones ahora serán mucho más divertidos y motivadores.



- ✓ Su bebé apreciará las diferencias táctiles entre suave, áspero, liso, rugoso, pegajoso, etc. Hay cuentos para niños que contienen diferentes texturas que se relacionan con las imágenes que se muestran.
- ✓ Prueba dándole dos cosas y luego dale una tercera y vera su reacción. Le gustará tirar los cubos o colocar los objetos uno sobre otro, guardar cosas dentro de una caja y luego vaciarla. Esto le enseña causa y efecto.



En toda etapa, recuerde que Usted está ligada a su bebé por unos lazos extraordinariamente fuertes, con su amor, logrará un adecuado desarrollo de su hijo. Ser Madre es una bendición!!!



ANEXO Nº 17:

FOTOGRAFÍAS



ANEXO N° 18:
PROYECTO DE TESIS

1. TEMA:

“PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MANEJO DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO, HOSPITALIZADAS EN GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA – LOJA. DURANTE JUNIO-DICIEMBRE DE 2013”

2. AUTORA

Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

3. OBJETIVOS:

a. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores psicosociales o eventos de vida generadores de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes primíparas en puerperio hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General "Isidro Ayora" Loja.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar los conflictos psicosociales y el nivel de ansiedad existente en pacientes primíparas.
2. Investigar las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes primíparas.
3. Conocer el tipo de personalidad de las pacientes primigestas.
4. Elaborar un plan de intervención psicológica para promover el manejo adecuado del estrés en primigestas a través de estrategias de afrontamiento eficaces.

4. PROBLEMÁTICA

En el proceso de maternidad y nacimiento intervienen una multiplicidad de factores interrelacionados bio-psico-sociales, que pueden propiciar o dificultar su sano desarrollo.

Desde esta perspectiva, la maternidad en tanto proceso psicoafectivo representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. La mujer superará esta crisis en función de su historia personal, situación psicosocial, personalidad y sus formas de afrontamiento⁶¹.

La maternidad como proceso de adaptación puede generar gran estrés con consecuencias muy perjudiciales. Las investigaciones médicas han puesto en evidencia los siguientes efectos adversos en el embarazo, tales como:

Incrementa los riesgos a los abortos espontáneos hasta por tres veces (Instituto Nacional de la Salud Ambiental de Estados Unidos).

Nacimientos pretérmino. El estrés de la madre puede causar la liberación de una hormona liberadora de corticotropina (CRH), producida por el cerebro y por la placenta, esta se encuentra estrechamente relacionada con el trabajo de parto. Hace que el organismo libere sustancias químicas llamadas prostaglandinas, las cuales producen las contracciones uterinas.

Los bebés demasiado pequeños y prematuros (antes de las 37 semanas de gestación) están expuestos a un riesgo mayor de tener problemas de salud inmediatamente después de nacer, incapacidades permanentes, como retraso mental y parálisis cerebral, e incluso la muerte.

⁶¹ Oiberman, A.; Santos, S.; Galli, M.; Mansilla, M.; Fernández, M.; Cicala, T et al. "Detección de situaciones de riesgo psicosocio-perinatal". V Congreso Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología UBA ; 2011.p.2-4

Según un informe presentado por las Naciones Unidas, que analiza los índices de nacimientos prematuros en 184 países, en Ecuador el 5,1% de los bebés viene al mundo antes de lo previsto⁶².

El factor que tiene mayor incidencia en el nacimiento de los niños y niñas prematuros es la inasistencia de la madre a los controles prenatales.

Nacimiento de bebés con bajo peso al nacer. Cuando se experimenta estrés continuo durante el embarazo, una sustancia llamada hormona liberadora de corticotrofina (CRH) circula por todo el cuerpo, esta puede restringir el flujo sanguíneo hacia la placenta, lo que limita el aporte de nutrientes y oxígeno que el bebé necesita para crecer. Si ocurre esto, el crecimiento del bebé se verá afectado.

Aumento de la presión arterial (Preclamsia y Eclamsia).

Incremento en tres veces la posibilidad de tener síntomas depresivos intensos en el postparto.

Existe una asociación muy significativa entre el estrés materno en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia del niño que fue sometido a estrés en el vientre materno, el mismo que ha sido abordado como Teoría de la Programación Fetal.

Taquicardia fetal.

Los bebés que todavía están en el útero de la madre están expuestos a las hormonas que provocan el estrés y que tienen potenciales

⁶² Informe Naciones Unidas. "El 5.1% de los bebés es prematuro en el país". Diario El Telégrafo. Viernes 4 de mayo de 2012. Noticias. Sociedad.

consecuencias negativas en el funcionamiento del cerebro del niño, encontrándose niveles altos de cortisol en el líquido amniótico (Investigación publicada en la revista Journal of Clinical Endocrinology).

El estrés severo o prolongado también puede interferir con el funcionamiento normal del sistema inmunológico, lo cual puede hacer que la mujer embarazada sea más propensa a infecciones que afectan el útero.

Afecta la conducta de la mujer, algunas reaccionan al estrés fumando, consumiendo alcohol o drogas ilícitas, lo cual se ha relacionado con partos prematuros, aumenta el riesgo de defectos de nacimiento.

En la gestante sana la mayor causa de estrés es el desconocimiento al proceso del embarazo y parto, el temor al parto mismo, temor a que su niño esté desarrollando una enfermedad congénita, ansiedad por los cambios en su figura y muchas veces el no tener el apoyo de su pareja, familia o en el área laboral, problemas económicos, embarazo no planificado o embarazo por violación, violencia familiar, etc. Así también desarrollan mayores tasas de estrés aquellas madres en los extremos de su vida reproductiva ya sea en las adolescentes y las mujeres adultas, las que han tenido dificultades para embarazarse como por ejemplo abortos previos, tratamiento de infertilidad⁶³.

El estrés en la primigesta puede presentarse en relación con el miedo ante las complicaciones del parto y la salud del bebé, pérdida de control, traumas previos al embarazo, falta de apoyo social, características del

⁶³ Mgs. Obst. SANCHEZ Socorro; "Estrés en el Embarazo" (2008); [acceso 1 de julio 2013]. Disponible en:
http://www.escuelaparaembarazadas.com/informacion.php?pld_Articulo=145

dolor percibido durante el parto, locus de control y falta de estrategias de afrontamiento.

Durante el puerperio la mujer sufre cambios físicos y psíquicos, ya que su cuerpo se ve distinto, el sueño se altera porque tiene que cuidar y alimentar a su hijo, está más cansada y no puede retomar inmediatamente el estilo de vida que llevaba antes del nacimiento del bebé. Esta situación le impide tener un buen vínculo con su hijo, lo que le genera angustia.

El puerperio es un período durante el cual hay una adaptación entre el hijo y la madre. Algunas mujeres esta situación la viven sin ninguna dificultad, pero hay algunas mujeres a las que le resulta más difícil pasar por esta etapa, pudiendo aparecer diversos síntomas psicológicos entre ellos depresión, pudiéndose presentar en forma leve o más grave ("Depresión puerperal").

En Ecuador, el Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja atiende un promedio de 249 partos mensualmente, dentro de los cuales se encuentran madres primigestas con distintos conflictos psicosociales, entre ellos embarazos no planificados, falta de apoyo familiar o de pareja, bajo nivel socioeconómico, violencia, entre otros; de ahí que el actual estudio investigativo surja como respuesta a la inquietud de conocer más detenidamente sobre el tipo de conflictos que enfrentan las primíparas, sus niveles de estrés y sus estrategias de afrontamiento aplicados a tales situaciones, pretendiendo ser útil para la prevención, orientación e intervención en las primigestas.

Por lo expuesto anteriormente, el problema de investigación es el siguiente:

¿Qué factores psicosociales son en mayor grado generadores de estrés en las pacientes primigestas?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por las puérperas ante el estrés?

¿Cuál es el nivel de ansiedad presente en las pacientes?

5. JUSTIFICACIÓN

La maternidad como proceso de adaptación puede generar gran estrés con consecuencias muy perjudiciales para el feto, la salud materna, la salud del futuro infante y repercusiones en sus relaciones familiares, sociales, laborales, entre otras.

Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con el nuevo hijo.

Diferentes investigaciones han analizado en qué medida los múltiples aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, influyen en cómo se desarrolla el embarazo, el parto, el puerperio, la maternidad y el vínculo afectivo, siendo aún escasos los estudios que profundizan en el área psicológica.

Es por esto que nace la importancia del abordaje psicológico pre-natal y perinatal para conocer qué situaciones adversas pueden rodear el embarazo y nacimiento, de qué forma pueden afectar a la salud física y psicológica de la madre primeriza y que repercusiones tendrá en el futuro infante. Asimismo conocer de qué forma la personalidad de las primigesta va a determinar, en cierta forma, como va a afrontar su situación o que mecanismos empleará para hacer frente a su problemática.

Frente a estos hechos se presenta el proyecto de tesis titulado: **“PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MANEJO DE ESTRÉS PARA PACIENTES EN PUERPERIO, HOSPITALIZADAS EN GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA – LOJA. DURANTE JUNIO-DICIEMBRE DE 2013”**

Con el afán de proporcionar datos claros sobre los conflictos psicosociales que enfrentan las puérperas, el nivel de ansiedad como respuesta al estrés ante estos sucesos y sus estrategias de afrontamiento, y proponer opciones precisas y eficaces de intervención. Además constituye un aporte investigativo a este ámbito poco estudiado en nuestro medio, para aquellos pre-profesionales y profesionales de la salud que mantienen contacto directo con las pacientes del Hospital Provincial General “Isidro Ayora” de Loja.

6. METODOLOGÍA

a. Tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptiva e inferencial con técnicas cuantitativas, puesto que el objetivo central es caracterizar el fenómeno o situación a investigar, indicando cuáles son los eventos de vida o estresores psicosociales presentes en las primigestas en puerperio, el nivel de ansiedad como respuesta al estrés, y las estrategias de afrontamiento empleadas por las mismas.

Por el tiempo de administración y recolección de datos, es de tipo transversal ya que el propósito es describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado. En cuanto al diseño, es de tipo no experimental porque se enfoca en analizar cuál es el nivel o estado de las dos variables en el momento actual, sin manipular ninguna variable en particular.

b. Conceptualización de las variables

- **Variable independiente:** Pacientes primíparas en puerperio
- **Variable dependiente:** Estrés y estrategias de afrontamiento
 - **Puerperio:** El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado de normalidad tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, finaliza tras la aparición de la primera menstruación.
Abarca, aproximadamente, un periodo de 6 semanas caracterizado no sólo por cambios físicos, sino también psicológicos y familiares. Estos cambios suponen un proceso de

adaptación a la involución de todas las modificaciones anatomofisiológicas, del sistema reproductor y de los sistemas corporales más implicados en el embarazo y en el parto, así como la instauración de la lactancia materna.

- **Estrés:** Es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). En este punto interesa saber cómo percibe y cuál es el grado de estrés en las primigestas.
- **Estresante psicosocial:** Cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizás causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental. En este caso, como la investigación está dirigida a la paciente en puerperio, este constituye pues, un acontecimiento de vital importancia en la vida de la mujer primigesta, el mismo que se acompaña, en algunos casos, de una serie de eventos o conflictivos psicosociales que pueden alterar el bienestar físico, psíquico de la madre y a su vez afectar el vínculo que la misma establece con el recién nacido.
- **Estrategias de afrontamiento:** Formas en que un individuo hace frente al estrés. Implica tanto esfuerzos cognitivos como conductuales que el sujeto emplea para controlar las situaciones estresoras y reducir o eliminar la experiencia de estrés (Sandín, 1989). Ésta variable será indagada para conocer qué estrategia de afrontamiento es aplicada por la primigesta y si la misma es adecuada o no.

- **Personalidad:** Se define como aquellos pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones y tendencias a la acción que contribuyen a los aspectos importantes de la individualidad (Allport, 1961; Chaplin, 1968; Levy, 1970).
- **Estrés y personalidad:** Las características de personalidad van a determinar la forma en cómo el individuo interpreta la situación amenazante o estresante. La personalidad va a influir en las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas (en este caso las primigestas) cuando se encuentran con situaciones estresantes.

c. Lugar de investigación

La investigación se desarrollará en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, ubicado en la Avenida Iberoamericana y Juan José Samaniego.

d. Universo y muestra

El servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General "Isidro Ayora" atiende un total de 996 partos anuales, aproximadamente 249 partos por mes.

Mediante un proceso de selección, en el período junio-diciembre 2013 se evaluará a 50 pacientes primíparas, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

1. Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes primíparas en puerperio
- ✓ Sin límite de edad
- ✓ Disposición a colaborar con el estudio

- ✓ Capacidad verbal para brindar información
- ✓ Vivir en la ciudad donde se realiza la investigación

2. Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes multíparas
- ✓ Pacientes con diagnóstico psiquiátrico
- ✓ Presentar discapacidad severa
- ✓ Presentar déficit intelectual
- ✓ Ausencia de disposición para colaborar con el estudio

e. Procedimiento

Los pasos que se plantean para desarrollar la presente investigación son:

- a- Aplicación de la Entrevista Perinatal, agregado luego de la presentación
- b- Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton
- c- Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento
- d- Aplicación del Inventario de Personalidad de Eysenk (EPQ)
- e- Análisis e interpretación de los datos recolectados
- f- Elaboración estadística de los datos
- g- Discusión de resultados
- h- Conclusiones
- i- Elaboración de un plan de intervención en manejo del estrés

f. Instrumentos y técnicas utilizados

Los métodos que se utilizaron se sustentan en la metodología cualitativa de la investigación; esto no significa la exclusión del enfoque cuantitativo

que es necesario para procesar la información obtenida de los instrumentos aplicados en el estudio.

1. Entrevista

Se aplicará la Entrevista Psicológica Perinatal: EPP (Oberman, A., 2005). La EPP consiste en una entrevista psicológica semidirigida de sesión única que toma en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socioeconómica, la historia familiar, el impacto ante este nacimiento, los problemas físicos y psicológicos suscitados durante el embarazo y los sucesos significativos vividos por la madre durante el último año que se resignifican en ocasión del embarazo en curso o nacimiento. La EPP se administra entre las 24 y 72 horas de producido el nacimiento.

La EPP permite clasificar la problemática materna en las siguientes categorías: Pareja, Muertes, Social, Problemas actuales, Problemas Maternos asociados al Embarazo: Físicos y Psicológicos, Conflictos en la Infancia.

En el análisis particular de cada una de las situaciones que se evalúan, se pueden distinguir diversos tipos de riesgo psicosocio-perinatal, a saber:

- ✓ **Riesgo por no anidación:** Se trata de situaciones en donde la madre no otorga un lugar afectivo al bebé en gestación (se afecta la gestación psíquica). Generalmente se trata de embarazos no planificados y/o embarazo sin control. Durante el embarazo la madre manifiesta no haber imaginado al bebé. No eligió nombre para el bebé. Aquí el embarazo es vivido como estresor (embarazo como life-event en sí mismo). Puede haber dificultades de inicio de vinculación. Ambivalencia acentuada.
- ✓ **Riesgo sociofamiliar:** Entorno familiar de Riesgo
Life-event sociales:

Pareja: separación durante el embarazo, abandono, violencia, conflictos.

Nivel de educación.

Consumo de sustancias en el entorno familiar.

Familiar preso, violencia familiar, abandono, violación-abuso, desarraigo, etc.

Problema actual:

Accidentes.

Enfermedades (entorno familiar).

Mudanzas (traslado durante el embarazo).

Otros.

- ✓ **Riesgo por duelo:** Muertes de familiares, abortos etc., que se resignifican en el embarazo o parto. El parto puede ser vivido como un life-event en tanto miedo a morir. Puede haber dificultades de inicio de vinculación. Ambivalencia acentuada.
- ✓ **Riesgo por pobreza extrema**
- ✓ **Riesgo Psicológico:** Trastornos psicológicos: depresión, psicosis, fobias, negación patología propia o del bebe, etc.
- ✓ **Riesgo Físico:** Problemas físicos de base, anteriores al embarazo que provoca riesgo en el embarazo y/o parto. Por ejemplo: HIV, sífilis, epilepsia, etc.
Puede vivirse el parto como life event o haber dificultades en el inicio de a vinculación.
- ✓ **Riesgo adolescente:** Ambos padres muy jóvenes y con algún indicador de dificultad de inicio de vinculación⁶⁴.
- ✓ **Impacto ante este nacimiento:** si existe dificultad para establecer un vínculo con el neonato, dificultades para dar la lactancia, situaciones de rechazo, angustia de separación, etc.

⁶⁴ Oiberman, A.; Santos, S.; Galli, M.; Mansilla, M.; Fernández, M.; Cicala, T et al. "Detección de situaciones de riesgo psicosocio-perinatal". V Congreso Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología UBA ; 2011.p.4-6

2. Escala de Ansiedad de Hamilton

La escala de Ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959, inicialmente constaba de 15 ítems, quedando posteriormente, en el año de 1969, dividida en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada hasta la actualidad. La presente es la versión española realizada por Carroble y cols en 1986.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener además dos puntuaciones que corresponden a: ansiedad psíquica y ansiedad somática

Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan los criterios de ansiedad o depresión. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad y una depresión ansiosa.

Fiabilidad: muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r=0.96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r=0.64$).

Validez: La puntuación total tiene una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r=0.63 - 0.75$) y con el inventario de ansiedad de Beck ($r=0.56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18.9 y 2.4).

3. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), es un instrumento genérico de evaluación de estrategias de afrontamiento. Fue desarrollado

por Tobin et al. en 1984 y adaptado en población general por Cano, Rodríguez y García en 2007.

Este instrumento ha demostrado su viabilidad para comprender cómo las personas manejan los estresores que encuentran en su vida. Recoge además dos tipos de información: una cualitativa, donde la persona describe la situación estresante, y otra, cuantitativa, donde se responde a la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento según una escala Likert, así como al grado de eficacia percibida en el afrontamiento.

El CSI consta de 41 ítems y evalúa ocho escalas:

- 1. Resolución de problemas (REP):** estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- 2. Reestructuración cognitiva (REC):** estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- 3. Apoyo social (APS):** estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- 4. Expresión emocional (EEM):** estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- 5. Evitación de problemas (EVP):** estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- 6. Pensamiento desiderativo (PSD):** estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- 7. Retirada social (RES):** estrategias de retirada de amigos, familiares y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

- 8. Autocrítica (AUC):** estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

El CSI fue traducido y aplicado a una muestra de 337 personas adultas de características sociodemográficas diversas, recogida de forma incidental en actividades formativas en la provincia de Sevilla. Los resultados mostraron unas excelentes propiedades psicométricas superando incluso las del estudio original: ocho factores explicaron un 61% de la varianza con sólo 40 ítems (frente a los 72 que explicaban un 47% en el instrumento original) y obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89. La validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento⁶⁵.

4. Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma B Adultos (EPI)

La teoría de la personalidad de Eysenck, destaca 'Sobre otras teorías científicas de la personalidad por estar basada no sólo en aspectos conductuales sino también en aspectos fisiológicos del individuo.

La teoría de Eysenck está basada principalmente en la psicología y la genética. Aunque es un conductista que considera a los hábitos aprendidos como algo de gran importancia, considera que nuestras diferencias en las personalidades surgen de nuestra herencia. Por tanto, está primariamente interesado en lo que usualmente se le conoce como temperamento. Eysenck es un psicólogo de investigación. Sus métodos

⁶⁵ Cano García F.J; Rodríguez Franco L; García Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Españolas de Psiquiatría, Volume 35, Issue 1, 2007.p.29-39

comprenden una técnica estadística llamada análisis factorial. El análisis factorial extrae dimensiones (factores) tales como timidez-extraversión del monto de información. Luego, el investigador examina los datos y nombra al factor con un término como “introversión-extraversión”.

El test fue elaborado en el año 1954, en la Universidad de Londres-Inglaterra. El inventario de Personalidad de Eysenck presente es la forma B, adaptación cubana por los psicólogos R. S. Rodríguez, C. C. Barroso, R. Alvisa y J Román. Se aplica sin límite de tiempo a partir de los 16 años de edad.

Su objetivo es evaluar de manera indirecta las dimensiones de la personalidad, (Extroversión y Neuroticismo)

Finalidad: El Inventario Eysenck de Personalidad (EPI) sirve para la medición de dos de las más importantes dimensiones de la personalidad: introversión- extroversión (E) y neurotismo (estabilidad- inestabilidad) (N). Consiste en 57 ítems, a los cuales debe responderse SI o NO.

Aspectos que evalúa:

“E” Dimensión: Introversión – Extroversión.

“N” Dimensión: Estabilidad – Inestabilidad.

Escala de mentiras (veracidad) “L”

Permite conocer el grado de sinceridad del sujeto en la situación de la prueba. Los ítems de la escala de mentiras son:

Está distribuido de manera estructural y sistemática, un puntaje mayor de cuatro (4) en la escala, anula los resultados de la prueba, pudiendo inferir la presencia de rasgos tendientes a ocultar u ocultarse la autoimagen real.

Confiabilidad: Coeficiente de estabilidad: N=0.71, E=0.68,L= 0.61, siendo significativo para las tres escalas .

5. PRESUPUESTO

El financiamiento del proyecto de investigación será asumido en su totalidad por la autora.

MATERIALES E INSUMOS	COSTOS
Suministros de oficina y textos	200.00
Servicio de Internet	100.00
Fotocopias e impresiones	300.00
Empastado de tesis	60.00
Gastos de movilización	450.00
Imprevistos	50.00
Disertación final (infocus)	25.00
TOTAL	1185.00

6. CRONOGRAMA

Meses/Semanas	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Elaboración del pre-proyecto			X	X																										
Presentación y aprobación del tema y pre proyecto					X	X																								
Elaboración del proyecto							X	X	X																					
Presentación y aprobación del proyecto									X	X																				
Autorización para la investigación													X																	
Desarrollo de Investigación y aplicación de reactivos															X	X	X	X	X											
Correcciones de la investigación															X	X	X													
Análisis e interpretación de Datos															X	X	X													
Elaboración y ejecución del plan de intervención																			X	X	X	X								
Presentación del borrador																							X	X						
Preparación de la exposición final																								X	X					
Sustentación Pública																										X				

7. BIBLIOGRAFÍA

- ✚ BUENDIA, José. Estrés y Psicopatología. Ediciones Pirámide S.A. Madrid, 1993. Págs. 148-173
- ✚ DEFEY, Denise. El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2009, Montevideo, Uruguay, Págs. 4-48.
- ✚ FARRÉ, Josep. Psicología para todos. Primera edición. Volumen 3. Editorial Oceano. Barcelona, España. 2007
- ✚ LATONE, José. Psicología de la Salud. Primera edición. Editorial Lunen. Buenos Aires, Argentina 1992. Págs. 57-74
- ✚ MORRIS, Charles; MAISTO, Albert. Estrés y Psicología de la Salud. Décima edición. Editorial Pearson. México, 2001. Págs. 415-490.
- ✚ RICE, F. Philip. Desarrollo Humano, estudio del ciclo vital. Segunda Edición. Editorial Pearson. México 1997. Págs. 98-114
- ✚ RODRIGUEZ, Pilar; IBORRA, Dolors; ALVAREZ, Montserrat. Manual para padres. Psicología y Educación. Primera Edición. Tomo 1. Editorial Edipresse. Ediciones Hymssa. Barcelona, 2000. Págs. 22-27.

PÁGINAS WEB

- ✚ <http://www.scielo.cl.com>.
- ✚ www.psicologia.com
- ✚ www.nacersano.org
- ✚ www.mohtertobaby.org/files/stress
- ✚ www.medigraphic.com/
- ✚ www.fuden.es/Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal.

8. INDICE DE CONTENIDOS

Preliminares	N° Págs.
PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
INDICE DE CONTENIDOS.....	VIII

Contenidos	N° Págs.
1. TITULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
3. ABSTRACT.....	3
4. INTRODUCCIÓN.....	4
5. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	8

CAPÍTULO I.....	8
ENFOQUE PSICOLÓGICO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO .	8
1.1. Aspectos biopsicosociales del embarazo.....	8
1.1.2. El proceso de maternidad y la salud mental.....	10
1.1.3. El deseo de embarazo.....	12
1.2. El Parto.....	14
1.2.2. El hijo/a prematuro.....	15
1.2.3. La pérdida perinatal.....	16
1.2.4. Asistencia psicológica en el parto.....	17
1.2.4.1. Parto preparado.....	17
1.2.4.2. El método de Dick-Read.....	17
1.2.4.3. El método de Lamaze.....	18

1.3.	Posparto	18
1.3.2.	Método Leboyer	18
1.4.	El puerperio	19
1.5.	Influencia de la relación afectiva madre – hijo	22
CAPITULO II.....		25
ESTRÉS EN EL EMBARAZO Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO		25
2.1.	El concepto de estrés	25
2.2.	El estrés como evaluación de los eventos	26
2.3.	Fuentes de estrés	27
2.4.	Modos y proceso de afrontamiento.....	29
2.5.	Respuestas al estrés	32
2.6.	Síndrome general de adaptación	33
2.7.	Consecuencias biológicas y psicológicas de la activación.....	36
2.8.	Estrés y embarazo	37
2.8.1	Estrés sobre el infante	39
2.9.	Ansiedad y Estrés	40
2.10.	Enfoque de la personalidad sobre el estrés.....	41
2.10.1.	Neuroticismo: ansiedad y estrés	42
2.10.2.	La teoría del neuroticismo de Eysenck	43