PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERIA

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN FISIOTERAPIA

EFECTOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA COMO PROGRAMA PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CONOCOTO DURANTE EL PERIODO OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2019

Elaborado por:

EMILY DEL CISNE TAMAYO JIMÉNEZ

Quito, febrero 2020

RESUMEN

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la eficacia del programa de psicoprofilaxis obstétrica "PPO" sobre el nivel de ansiedad en las mujeres gestantes del Centro de Salud de Conocoto en el periodo de octubre-noviembre del año 2019. Esta investigación es de tipo observacional, descriptiva, prospectiva y longitudinal, con un total de 20 mujeres participantes, que se encuentran entre el segundo y tercer trimestre de embarazo. A las participantes se les aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck, como principal instrumento para medir el nivel de ansiedad que presentan, el promedio obtenido antes de la intervención fue de: 17,6 (DE= 3,803); mientras que el promedio obtenido después de aplicar el programa fue de: 10,4 (DE= 3,647). Estos datos señalan la efectividad del programa de PPO sobre los niveles de ansiedad de las participantes. También se evidenció una fuerte relación entre el estado civil (r= 0,50; p= 0,024), el miedo a dar a luz (r= 0,50; p= 0,023) y el miedo a que algo salga mal con el bebé (r= 0,58; p=0,007), con el incremento en el nivel de ansiedad. Una vez aplicado el programa, se comprobó que estas variables ya no influían sobre los niveles de ansiedad presentado por las participantes, a excepción del miedo a que algo salga mal con el bebé, lo cual puede estar relacionado principalmente al instinto maternal.

De acuerdo a estos datos obtenidos, se concluye que la implementación del programa de psicoprofilaxis obstétrica ayuda a reducir de manera significativa la ansiedad durante la gestación.

Palabras claves: Psicoprofilaxis obstétrica, gestación, ansiedad, miedo.

ABSTRAC

The main objective of the present study was to evaluate the effectiveness of the "PPO" obstetric psychoprophylaxis program on the level of anxiety in pregnant women of the Conocoto Health Center in the October-November period of 2019. This research is observational, descriptive, prospective and longitudinal, with a total of 20 women participants, who are between the second and third trimester of pregnancy. The Beck Anxiety Inventory was applied to the participants, as the main instrument to measure the level of anxiety they present, the average obtained before the intervention was: 17.6 (SD = 3.803); while the average obtained after applying the technique was: 10.4 (SD = 3.647). These data indicate the effectiveness of the PPO program on the anxiety levels of the participants. There was also a strong relationship between marital status ($r = 0.50$; $p = 0.024$), fear of giving birth ($r = 0.50$; $p = 0.023$) and fear of something going wrong with the baby ($r = 0.58$; $p = 0.007$), with the increase in anxiety level. And once the program was applied, it was found that these variables no longer influenced the levels of anxiety presented by the participants, except for the fear that something goes wrong with the baby, which may be related mainly to the maternal instinct.

According to this information, it´s concluded that the implementation of the obstetric psychoprophylaxis program greatly helps to reduce anxiety during pregnancy.

Key words: Obstetric psychoprophylaxis, pregnancy, fear, anxiety.

DEDICATORIA

"A Dios, a mis padres, hermanas y abuelitos. A mis queridos profesores, quienes me ayudaron en todo momento"

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por permitirme terminar una etapa tan importante en mi vida, a mis padres, Sergio y Mercy quienes siempre estuvieron a mi lado, apoyándome y aconsejándome y sacrificaron tanto para que pueda culminar mis estudios. A mis hermanas, Samantha y Milagros, por acompañarme en las noches de desvelo con sus largas conversaciones y alegrarme día a día con sus ocurrencias. A mi tía Maribel, por ser un pilar fundamental en mi vida, por su cariño y apoyo. También quiero agradecer a la Mgtr. María Eulalia Guevara, al Phd. Danilo Esparza y la Mgtr. Jaqueline Chiriboga, por brindarme todos los conocimientos necesarios para la realización de este trabajo, por su gran ayuda y comprensión, sin duda alguna, sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN **2**
ABSTRAC **3**
DEDICATORIA **4**
AGRADECIMIENTOS **5**
INTRODUCCIÓN 11
Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN **12**
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 12
1.2 JUSTIFICACIÓN. 14
1.3 OBJETIVOS. 15
1.3.1 Objetivo General. 15
1.3.2 Objetivos Específicos. 15
1.4 METODOLOGÍA. 16
1.4.1 Tipo de estudio. 16
1.4.2 Población y muestra. 16
1.4.3 Criterios de inclusión. 16
1.4.4 Criterios de exclusión. 16
1.4.5 Fuentes. 17
1.4.6 Técnica de recolección de datos. 17
1.4.7 Análisis de datos 17
Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS **19**
2.1 Bases fisiológicas del embarazo. 19
2.1.1Cambios del aparato reproductor. 19
2.1.2 Fisiología renal del embarazo. 21
2.1.3 Cambios de la mecánica respiratoria. 21
2.2 Patologías obstétricas. 23
2.2.1 Preeclampsia 23
2.2.2 Eclampsia. 24
2.3 Definición de la ansiedad 25
2.3.1 Características de la ansiedad 25
2.3.2 Fisiopatología de la ansiedad 27
2.3.3 La ansiedad en el embarazo 29
2.3.4 Consecuencias de la ansiedad durante el embarazo 31

2.3.5 Relación entre dolor y ansiedad 32
2.4 Programa de Psicoprofilaxis obstétrica 34
2.4.1 Introducción al programa 34
2.4.2 Sesiones 35
2.5 Hipótesis 38
2.6 Operacionalización de variables 38
Capítulo III: RESULTADOS 42
3.1 Caracterización Demográfica 42
3.2 Nivel de ansiedad pre y post psicoprofilaxis obstétrica. 44
3.3 Correlaciones. 45
3.3.1 Correlación entre los factores sociodemográficos y el nivel de ansiedad, ... 45
antes de la intervención. 45
3.3.2 Correlación entre los factores sociodemográficos y el nivel de 46
ansiedad, después de la intervención. 46
3.3.3 Correlación entre miedo a que algo salga mal con el bebé, miedo a dar a luz 46
y miedo asociado al dolor durante el parto y el nivel de ansiedad, antes de la 46
intervención. 46
3.3.4 Correlación entre miedo a que algo salga mal con el bebé, miedo a dar a luz 48
y miedo asociado al dolor durante el parto y el nivel de ansiedad, después de 48
la intervención 48
Capítulo IV: DISCUSIÓN 50
4.1 Nivel de ansiedad. 50
4.2 Correlación entre los datos sociodemográficos y el nivel de ansiedad. 51
4.3 Correlación entre el miedo a que algo salga mal con el bebé, miedo a dar a luz . 52
y el miedo asociado al dolor durante el parto con el nivel de ansiedad. 52
CONCLUSIONES 54
RECOMENDACIONES 55
REFERENCIAS 56
ANEXOS 63

LISTA DE TABLAS

Tabla 1:

Principales trastornos y síntomas asociados al TAG……26

Tabla 2:

Principales neurotransmisores que modulan la ansiedad…….28

Tabla 3:

Instrumentos validados para medir la ansiedad……30

Tabla 4:

Técnicas principales implementadas en el PPO……34

LISTA DE FIGURAS

Gráfico N°1:

Porcentaje de mujeres gestantes que realizan PPO, según la edad……..43

Gráfico N°2:

Porcentaje de mujeres gestantes que realizan PPO, según la edad gestacional……44

Gráfico N°3:

Porcentaje de mujeres gestantes que realizan PPO, según su estado civil……..44

Gráfico N°4:

Porcentaje de mujeres gestantes que realizan PPO, según la escolaridad……...45

Gráfico N°5:

Resultados obtenidos del nivel de ansiedad pre y post psicoprofilaxis obstétrica……...46

Gráfico N°6:

Correlación entre el estado civil y el nivel de ansiedad……47

Gráfico N°7:

Correlación entre miedo a que algo salga mal con el bebé con el nivel de ansiedad……48

Gráfico N°8:

Correlación entre el miedo a dar a luz y el nivel de ansiedad……....49

Gráfico N°9 :

Correlación entre el nivel de ansiedad y el miedo a que algo salga mal con el bebé……50

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1:

Ficha de datos sociodemográficos……..63

Anexo 2:

Inventario de ansiedad de Beck……..63

Anexo 3:

Escala de miedo asociado al embarazo……..68

Anexo 4:

Consentimiento Informado……69

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta de tipo emocional y conductual compleja, que se caracteriza por el intermitente estado de alerta de la persona que la padece. Se encuentra asociada a síntomas tales como: sudoración, taquicardia, temblores, sensación de ahogo, miedo y preocupación excesiva. Puede afectar a hombres y mujeres, con mayor predominancia en las mujeres a razón de los fuertes cambios hormonales. Aunque su etiología señala a la carga genética como la causa principal, se desconocen los factores que puede desencadenarla (Lader, 2015).

El embarazo es un periodo en el cual la mujer experimenta alteraciones en el sistema inmunológico, en el metabolismo y de tipo hormonal. Estos cambios son percibidos desde el primer momento. También supone un cambio radical en el estilo de vida de la futura madre, lo cual puede perturbarla y afectar en gran medida su estado mental. Aunque no se tiene claro aún de qué manera afectan las emociones negativas de la madre al feto, se sabe que lo hace y que puede intervenir en su óptimo desarrollo. Entre las principales consecuencias se encuentran: Bajo peso al nacer, parto prematuro, perímetro cefálico disminuido, trastornos de la personalidad y llanto prolongado en el bebé (Nereu, Neves y Casado, 2013).

A razón de esto, se le atribuye gran importancia a la preparación prenatal de la futura madre. La psicoprofilaxis obstétrica es un conjunto de técnicas cuyo objetivo es brindarle a la mujer las herramientas necesarias para hacer del embarazo un proceso más llevadero, en dónde se ayuda a la madre a crear un vínculo fuerte con el niño desde antes de su nacimiento. En la parte física, se practican ejercicios de relajación junto con técnicas de respiración para mejor manejo del dolor durante el parto, así como también ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico (Morales, Guibovich & Yábar, 2014).

Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), cada día mueren alrededor de 830 mujeres por causas evitables relacionadas al embarazo y al parto. Por ejemplo, en el 2015 se reportaron 303,000 muertes maternas en países en vías de desarrollo. En Ecuador según el Ministerio de Salud Pública (2018), se notificaron 143 fallecimientos maternos en el año 2017, principalmente en las provincias de Guayas, Pichincha y Chimborazo. En cuanto a la tasa de mortalidad neonatal según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018), se registró un total de 5,6 por cada 1000 nacidos vivos en el año 2017.

La etapa gestacional es un periodo traumático para la mujer debido a que ocurren diversos cambios a nivel físico, emocional y social. En ciertos casos, puede vivirse de manera tranquila y feliz, sin embargo, en otros la jornada puede llenar de conflictos a la futura madre (Tafur, 2015). Es fácil observar e identificar un sin número de sentimientos encontrados en la gestante, todo esto se debe a la serie de inquietudes y temores que se hacen presentes debido a la incertidumbre de convertirse en madre y, sobre todo, al parto y al dolor asociado (Yábar, 2014).

En la actualidad, la ansiedad representa una de las principales complicaciones de salud a nivel mundial, convirtiéndose en una de las primeras causas de consulta médica y psicológica (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2015), y se reconoce que, entre los principales malestares asociados a los cambios psicológicos de las mujeres gestantes, se encuentra la ansiedad. Este aspecto psicológico puede repercutir no solo en el bienestar físico y emocional de la madre, sino también en el del recién nacido (Barrientos &

Chapoñan, 2017), por lo tanto, se convierte en un gran problema de salud en lo que refiere al bienestar de mujeres y niños.

A razón de esto, se han implementado nuevas técnicas y métodos en el país que ayudan a disminuir los riesgos asociados al embarazo y al parto, entre las cuales se destaca la psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Este programa garantiza la preparación y orientación de la mujer durante la etapa gestacional, mediante técnicas de relajación, respiración, vinculación prenatal y ejercicios de calistenia (Morales, Guibovich & Yábar, 2014).

Generalmente la psicoprofilaxis obstétrica se adapta a las necesidades de cada mujer, buscando la colaboración activa de las gestantes para así disminuir el nivel de ansiedad que muchas veces se hace presente durante el embarazo (Zorrilla, 2016). Precisamente, la PPO es un método eficaz debido a que ayuda a mejorar parámetros psicológicos, tales como el estado de ánimo de la futura madre, promoviendo de esta manera relajación inmediata y gran manejo del dolor (Méndez, 2015).

Estudios demuestran que preparar a las gestantes con técnicas que les permitan controlar el estrés y el dolor durante el parto, ayudan a limitar el estado de ansiedad que puede presentarse en el transcurso del embarazo (Zorrilla, 2016).

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Durante la gestación la mujer experimenta un sin número de cambios físicos, psicológicos y emocionales. Entre los cambios emocionales más comunes encontramos la ansiedad, la cual se produce debido a la gran alteración hormonal que existen durante la etapa del embarazo (Morales, 2015). Se sabe que la ansiedad en su mayoría afecta más a la mujer que al hombre y se define como un estado ininterrumpido de fatiga, tensión, malestar y profunda preocupación que va deteriorando la salud física y psicológica de la persona quién la padece (Díaz, et al.,2013). Es común que la mujer experimente un estado de ánimo cambiante durante el embarazo. Se presentarán momentos de alegría, de temor, de incertidumbre y de dudas, lo cual, como consecuencia aumentará el estrés. Una madre que se encuentra en estado continuo de estrés, está afectando a su bebé de igual manera, ya que los sentimientos que ella alberga sean positivos o negativos, serán compartidos a través de ciertas hormonas que llevarán esta información hasta el útero y por ende al feto (Sainz, Chávez, Díaz, Sandoval y Robles, 2013) repercutiendo en su bienestar y aumentando posibles riesgos de preeclamsia, parto prematuro, bajo peso al nacer, puntuaciones bajas en el test de APGAR, aumento en la susceptibilidad del bebé a futuras enfermedades y perímetro cefálico disminuido (Arranz, et al., 2017).

Es por esto que, una vez iniciado el tercer trimestre, siempre y cuando el embarazo transcurra con normalidad, se debe otorgar a la futura madre cursos de preparación que le brinden información necesaria para que viva la etapa gestacional con optimismo, en buenas condiciones y gozando de un excelente estado físico. Esto se realizará con el objetivo de reducir las molestias asociadas al embarazo y de esta forma acabar con el estrés y el miedo durante el parto (Díaz, et al., 2013).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) como iniciativa para mejorar la atención integral otorgada a las mujeres en estado de gestación, implementó técnicas como la psicoprofilaxis obstétrica y la estimulación prenatal con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna-infantil en el país (Ministerio de Salud Pública, 2014). La PPO puede ser ejecutada por obstetras y fisioterapeutas que hayan recibido con anterioridad la preparación necesaria para brindar el curso. Con esto se busca principalmente preparar a las futuras madres de manera teórica, física y psicológica para que lleven un embarazo satisfactorio y saludable, reduciendo las complicaciones obstétricas, el miedo y la incertidumbre al parto (Ministerio de Salud Pública, 2014). Con este programa también se espera una pronta recuperación una vez concluida la etapa gestacional.

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 Objetivo General.

Analizar el estado de ansiedad que presentan las mujeres gestantes que practican psicoprofilaxis obstétrica

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Caracterizar la población, de acuerdo a edad cronológica, edad gestacional, estado civil, escolaridad.
- Analizar el nivel de ansiedad pre y post psicoprofilaxis obstétrica mediante el inventario de ansiedad de Beck.
- Correlacionar los factores sociodemográficos con el nivel de ansiedad.
- Correlacionar el miedo a que algo salga mal con el bebé, el miedo a dar a luz y el miedo al dolor asociado al parto con el nivel de ansiedad.

1.4 METODOLOGÍA.

1.4.1 Tipo de estudio.

Investigación de tipo observacional, descriptiva, prospectiva y longitudinal. El presente trabajo de disertación se basa en la observación de los efectos de la técnica de psicoprofilaxis obstétrica sobre el nivel de ansiedad en las gestantes del centro de salud de Conocoto, por lo que se reconoce como una investigación de tipo observacional, también tiene un enfoque descriptivo ya que permite determinar la eficacia del programa como terapia alternativa, y de corte prospectivo y longitudinal porque se tomará la muestra en el mes de octubre del año 2019.

1.4.2 Población y muestra.

El universo es el total de mujeres en periodo de gestación que se encuentran entre el segundo y tercer trimestre de embarazo y que acuden al centro de salud de Conocoto, de este total se tomó una muestra de 20 mujeres gestantes que reciben preparación prenatal en el centro de salud de Conocoto en el periodo de octubre y noviembre del 2019.

1.4.3 Criterios de inclusión.

- Mujeres gestantes.
- Mujeres gestantes que firmen el consentimiento informado
- Mujeres gestantes que se encuentre en el segundo y tercer trimestre de embarazo.

1.4.4 Criterios de exclusión.

- Mujeres gestantes con riesgo de aborto.
- Mujeres gestantes con diagnóstico de preeclampsia.
- Mujeres gestantes que se encuentre en el primer trimestre de embarazo.

- Mujeres gestantes que hayan realizado PPO con anterioridad.

1.4.5 Fuentes.

- Fuentes primarias: En la presente investigación, se aplicó el inventario de ansiedad de Beck, en conjunto con una ficha de datos sociodemográficos mediante una entrevista a cada participante.
- Fuentes secundarias: Se utilizaron libros, artículos científicos, revistas y tesis de grado como principales fuentes bibliográficas.

1.4.6 Técnica de recolección de datos.

Las participantes se reclutaron en el centro de salud de Conocoto, a dónde se envió una solicitud explicando detalladamente el objetivo de la investigación y el tipo de participantes que se requerirían para el mismo.

La toma de información se realizó a través de una ficha de datos sociodemográficos y mediante el inventario de ansiedad de Beck, el cual se encuentra diseñado para detectar la frecuencia de los principales síntomas de la ansiedad en las últimas semanas. Este instrumento fue aplicado antes y después de que las participantes realizaran el programa completo de psicoprofilaxis obstétrica (PPO).

1.4.7 Análisis de datos.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa *Statistica 8.1*. Para el análisis de las variables demográficas, se calculó el porcentaje total de mujeres gestantes según la edad, la edad gestacional, la escolaridad y el estado civil. Para determinar si existieron cambios significativos sobre el nivel de ansiedad en las participantes al realizar la PPO, se utilizó la prueba no paramétrica de *Wilcoxon* y para determinar las correlaciones existentes entre los datos sociodemográficos, el miedo al

dolor asociado al parto, miedo a que algo salga mal con el bebé y el miedo a dar a luz, se usó el coeficiente de correlación de *Pearson*. El umbral de significancia fue establecido con un p=0,05.

Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

2.1 Bases fisiológicas del embarazo.

Los cambios fisiológicos durante el embarazo son completamente normales. Ocurren principalmente para nutrir y propiciar un óptimo desarrollo al feto y preparar a la madre para el momento del parto. Algunos de estos cambios pueden dar como resultado la alteración de los valores bioquímicos normales (Soma, Nelson, Tolpannen y Mebazaa, 2016).

Los cambios inician inmediatamente después de la concepción, sin embargo, en otras mujeres pueden a aparecer unos meses más adelante. Estas alteraciones anatómicas afectan a cada uno los sistemas y, por ende, a todos los órganos del cuerpo. Esto es normal pues le proporciona al feto un ambiente óptimo en dónde recibe la cantidad de nutrientes y oxígeno necesarios para su supervivencia y desarrollo (Carvajal y Ralph, 2017).

Para aquellas mujeres que llevan un embarazo tranquilo y sin la menor complicación, los cambios experimentados se resuelven naturalmente después del parto con un mínimo de efectos secundarios (Soma, et al., 2016).

Entre las modificaciones anatómicas más comunes, se destacan: cambios a nivel del aparato reproductor, modificaciones en la fisiología renal y cambios en los sistemas respiratorio y circulatorio.

2.1.1Cambios del aparato reproductor.

El primero en ser modificado es el sistema reproductivo. El útero es el órgano encargado de alojar al feto durante la etapa de gestación. En el primer trimestre de embarazo sus paredes se engrosan considerablemente y una vez que inicia el segundo trimestre adelgazan como resultado de la distención muscular. Las fibras de la

musculatura asociada pueden llegar a hipertrofiarse o incluso a aumentar en gran medida su tamaño lo que se conoce como hiperplasia (Carvajal y Ralph, 2017).

El útero tiene forma de pera invertida en las primeras semanas de embarazo, cuando inicia el segundo trimestre hasta la semana dieciséis adopta una forma asimétrica, para finalmente tomar forma ovoide generando mayor tensión en los ligamentos redondo y ancho.

Este órgano crece progresivamente semana a semana a medida que el feto va a aumentado de tamaño. Como consecuencia, la mujer puede experimentar dolor similar a los cólicos menstruales durante el primer trimestre.

El crecimiento uterino desplaza a los órganos de su posición original, la espalda se arquea y los pulmones ascienden. Esto a su vez, conlleva diversos cambios en la mecánica respiratoria de la gestante.

Otras partes de la anatomía de la mujer que se ven afectadas son la vagina, los ovarios y las mamas. En el caso de la vagina su coloración cambia a un violeta cianótico, aumenta la vascularización y hay mayor flujo de secreciones. Los ovarios durante las primeras doce semanas de embarazo producen progesterona. Una vez concluido este tiempo es la placenta quien se encarga de este proceso. En los pezones se aprecia un amento en la pigmentación de la aureola ya que las glándulas mamarias se preparan desde el inicio del embarazo para la lactancia. También es común la presencia de secreciones y aumento del volumen de los senos como resultado de la producción láctica (Carvajal y Ralph, 2017).

2.1.2 Fisiología renal del embarazo.

Desde el primer trimestre de embarazo se evidencian importantes cambios. Como consecuencia de la vasodilatación renal, el filtrado glomerular aumenta del 40 al 65% y el flujo plasmático renal llega hasta 809 ml/min (Moreno, et al.,2018).

El cambio renal más importante que se presenta durante la gestación, es el aumento en la longitud del riñón. Este órgano puede llegar a medir de 1 a 1.5 centímetros más, como resultado del incremento del volumen renal, alcanzando el tamaño máximo en la mitad del embarazo (Moreno, et al., 2018). El riñón y la pelvis se dilatan debido a las fuerzas mecánicas de compresión en los uréteres. La progesterona, que reduce el tono en la uretra, es la hormona encargada de regular estos cambios anatómicos (Soma, et al., 2016).

2.1.3 Cambios de la mecánica respiratoria.

Durante el embarazo la demanda de oxígeno incrementa significativamente. La razón principal es que el cuerpo consume 20% más de oxígeno y la tasa metabólica crece un 15% aproximadamente (Soma, et al., 2016). Como resultado, la frecuencia respiratoria aumenta por lo cual es común presenciar hiperventilación en la futura madre.

Debido al agrandamiento del útero y al aumento de la presión abdominal, el diafragma se eleva 4 cm. Además, la progesterona y la relaxina causan que los ligamentos conecten las costillas con el esternón para relajarse y como resultado el ángulo subcostal de la caja torácica aumente unos 35 grados aproximadamente (Tan y Tan, 2013). Otra parte que aumenta de tamaño es el tórax. La causa principal es el incremento generalmente de 2 cm que sufren los diámetros anterior, posterior y transverso de su anatomía.

A pesar de que el diámetro del pecho se encuentra más grande, la pared torácica esta reducida, y por lo tanto se produce una depreciación del 5% de la capacidad pulmonar total. La capacidad vital, que se define como el volumen total de aire espirado después de una máxima inspiración, no se altera en absoluto. La capacidad residual funcional, que es el volumen de aire que permanece en los pulmones en condiciones normales se reduce entre un 10% y 25% aproximadamente (Tan y Tan, 2013).

El aumento del consumo de oxígeno durante el embarazo y la capacidad residual funcional disminuida, significan que las mujeres embarazadas tienen menos reservas de oxígeno y por ende una mayor susceptibilidad a volverse hipóxicas (Soma, et al., 2106).

2.2 Patologías obstétricas.

Los embarazos de alto riesgo se desarrollan en presencia de un conjunto de factores que pueden desencadenar en un sin número de consecuencias biológicas maternas o fetales (Carvajal y Ralph, 2017).

Se sabe que aproximadamente el 20% de los embarazos cursan con algún tipo de riesgo, es debido a esto, que se les atribuye gran importancia a los controles prenatales. Los riesgos obstétricos deben ser evaluados desde el primer control durante el primer trimestre de gestación, mediante exámenes rutinarios y anamnesis.

Entre las patologías más destacadas y con mayor índice de mortalidad obstétrica, se encuentran: Preeclampsia-Eclampsia, Síndrome de Hellp y enfermedades pulmonares y cardiacas (Carvajal, et al, 2017).

2.2.1 Preeclampsia.

El embarazo se caracteriza por cambios metabólicos y hemodinámicos significativos que comienzan temprano en el período gestacional. Los cambios hemodinámicos más importantes incluyen un aumento en el gasto cardíaco durante el primer trimestre, la retención de sodio y agua, que conduce a la expansión del volumen plasmático y reducciones en la resistencia vascular sistémica y la presión arterial sistémica (Peres, Mariana y Cairrão, 2018).

La hipertensión es la complicación obstétrica de mayor prevalencia en todo el mundo, diversos estudios afirman que afecta entre el 7 y 10% de todos los embarazos. Esta patología se asocia con una morbilidad y mortalidad significativa de la madre y el feto. De hecho, la hipertensión es la segunda causa de muerte materna alrededor del mundo con un 14% y se estima que 192 mujeres mueren como consecuencia a esto (Peres, et al., 2018).

Se produce principalmente como resultado de una alteración e invasión del trofoblasto en el embarazo temprano, que estimula el estrés oxidativo y por ende se produce una respuesta inflamatoria sistémica. Trabajos recientes sugieren que la patología podría ser el resultado de factores extrínsecos e intrínsecos (English, Kennedy y McCarthy, 2013). Esta enfermedad multisistémica se caracteriza por el desarrollo de hipertensión después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, con presencia de proteinuria o, en su ausencia, de signos o síntomas indicativos de lesión en el órgano diana.

Los signos clínicos involucran múltiples órganos, incluyendo el hígado, los riñones, el corazón, los pulmones, el cerebro y el páncreas. Estas complicaciones pueden dar lugar a resultados adversos maternos y fetales que pueden acarrear las siguientes consecuencias: Restricción del crecimiento intrauterino, hipoperfusión placentaria, ruptura placentaria prematura o, en las situaciones más graves, la interrupción del embarazo y la muerte fetal y materna (Peres, et al., 2018).

2.2.2 Eclampsia.

La eclampsia representa las consecuencias de las lesiones cerebrales causadas por la preeclampsia. Se define como preeclampsia con el desarrollo abrupto de convulsiones o coma durante el período gestacional o postparto, y no se atribuye a otras enfermedades neurológicas que puedan justificar el estado convulsivo (es decir, epilepsia o apoplejía cerebral). La eclampsia es la más rara y la más grave de todos los trastornos hipertensivos del embarazo, con una alta mortalidad materna y fetal (Peres, et al., 2018).

2.3 Definición de la ansiedad

El trastorno de ansiedad generalizado (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva e inapropiada que es persistente y no se limita a circunstancias particulares. Los pacientes tienen síntomas de ansiedad física (como taquicardia y temblor) y síntomas psicológicos clave, que incluyen inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad y trastornos del sueño (Lader, 2015). Este desorden conductual es común e incapacitante, teniendo como resultado un deterioro funcional similar al de la depresión. Una revisión reciente de estudios epidemiológicos realizado en el continente europeo reveló una prevalencia del TAG entre 1.7% y 3.75% en la sociedad en general, siendo más común en la vejez (Lader, 2015).

2.3.1 Características de la ansiedad

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) está conformada por dos componentes principales, estos son: la ansiedad y la preocupación en exceso. La ansiedad se define como la respuesta de tipo emocional que se encuentra ligada a diversos sentimientos, inquietudes y tensión acumulada como consecuencia de una reacción somática y que anticipa con angustia ciertos peligros. Por su parte, la preocupación se reconoce como la incertidumbre que desencadena un sinfín de pensamientos sobre alguna desgracia futura y que se encuentra acompañada de un sentimiento ansioso, el cual es difícil de controlar (Bados, 2017).

En este tipo de trastorno al estar conformado por miedo excesivo, persistente y preocupación que impide el funcionamiento fisiológico y mental normal de una persona, las quejas somáticas como el dolor de estómago, son comunes. Los impedimentos asociados con la ansiedad pueden ser profundos, impregnar las actividades de la vida diaria e interrumpir el rendimiento escolar o laboral y afectar en

las relaciones con compañeros y miembros de la familia. En la infancia, puede ocurrir comorbilidad entre ansiedad y otros trastornos, por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de oposición desafiante y trastorno obsesivo compulsivo (Benett, et al, 2016).

El TAG es altamente prevalente, crónico, e incapacitante. Se encuentra ligado a diversas dolencias psicológicas y somáticas, como excitación autónoma, inquietud, fatiga, problemas de concentración, irritabilidad y problemas para dormir. Debido a que la mayoría de los pacientes aún se ven afectados después de 6 a 12 años, el TAG se considera un trastorno crónico. Se ha estimado que la tasa de prevalencia de TAG a 12 meses está entre 1.2 y 1.9% y la prevalencia de por vida se encuentra entre 4.3 y 5.9% (Cuijpers, et al, 2014).

Tabla 1:

Principales trastornos y síntomas asociados al TAG

Trastornos asociados al TAG	**Sintomatología asociada al TAG**
Trastorno depresivo mayor	Síndrome del colon irritable
Distimia	Síndrome de fatiga crónica
Trastorno de pánico con o sin agorafobia	Úlceras
Fobia social	Síndrome temporomandibular
Fobia especifica	Dolores de cabeza
Abuso o dependencia al alcohol o a sustancias sedantes o hipnóticas.	Dolores cervicales y dorsales
Estrés	Insomnio

Fuente: Bados, (2017)

2.3.2 Fisiopatología de la ansiedad

Existen numerosos centros del sistema nervioso central (SNC) encargados de la modulación y producción de la ansiedad. Aunque mayormente se reconoce que la ansiedad depende de la personalidad que posee cada persona, se ha observado que ciertas regiones cerebrales se encuentran vinculadas al aumento del grado de ansiedad experimentado (Del Toro, Gonzáles, Arce, Reinoso y Reina, 2014). Entre estas regiones se destacan algunas porciones de la corteza cerebral, la cual es la encargada de recubrir el cerebro, la amígdala que es el núcleo principal de control de las emociones, sentimientos y respuestas de miedo, el septum lateral que se encuentra ubicado entre ambos hemisferios cerebrales y que regula el estado afectivo y de comportamiento, y el hipocampo, cuya función principal involucra a la memoria y la orientación espacial (Del Toro, et al., 2014).

También cabe resaltar el estado adaptativo que posee la ansiedad, pues requiere de una recepción eficaz de información procedente del ambiente, así como también de factores intrínsecos y extrínsecos del medio en el que se desenvuelve el sujeto. Esta información es almacenada por los órganos de los sentidos y procesada en el tálamo, a partir de estas dos estructuras, dicha información se codifica y fluye por vías nerviosas a las regiones cerebrales encargadas de integrar y formular la ansiedad (Del Toro, et al., 2014).

En cuanto a los sistemas neurotransmisores encargados de producir y modular la ansiedad, se resalta principalmente la relación con el aumento de cortisol, ya que la hormona liberadora de corticotropina (CRH), es secretada por neuronas que se encuentran en el núcleo paraventricular hipotalámico y que también son las encargadas de producir hormonas tales como: oxitocina, hormona antidiurética (ADH) y angiotensina II (AGII), las cuales a su vez estimulan la secreción de adenocorticotropina

(ACTH), cuya función principal es propiciar la secreción de cortisol, el cual trabaja en el organismo en situaciones de tensión (Del Toro, et al., 2014).

Esta cadena de activación de propioceptores, tiene como resultado la formación reticular del tronco encefálico por lo cual el tono muscular aumenta, afectando al sistema músculo esquelético. Todo esto sucede a razón del incremento de la acción motora, producida por las actividades del sistema simpático y de la intervención de la adrenalina y la noradrenalina (Del Toro, et al., 2014).

Cabe recalcar que los neurotransmisores, únicamente son mensajeros cuya función es transmitir el mensaje químico de una neurona a otra y por su parte la ansiedad es el resultado del trabajo en conjunto de dichas neuronas, gracias a esto, y a la liberación de los neurotransmisores necesarios, es que el individuo puede responder y adaptarse a las posibles amenazas que lo rodean.

Tabla 2:

Principales neurotransmisores que modulan la ansiedad

Neurotransmisor	Acción
Ácido gama y aminobutírico (GABA)	Inhibitorio-Ansiolítico
Colecistoquinina (CCK)	Ansiogénico
Acetilcolina	Inhibitorio-Ansiolítico
Ácido Glutámico	Ansiogénico
Dopamina	Inhibitorio-Ansiolítico
Serotonina	Ansiogénico
Noradrenalina	Ansiogénico
Encefalina	Inhibitorio-Ansiolítico

Fuente: Del Toro et al., (2014).

La ansiedad de tipo psicosomática, es causada principalmente por el sistema límbico, ya que actúa sobre las principales funciones del hipotálamo, el cual interviene en el sistema nervioso autónomo (SNA). En cuanto al conjunto de redes neurales encargadas de coordinar las respuestas vegetativas y endocrinas comunes en procesos

de índole emocional, se conoce que también trabajan un gran número de péptidos, que pueden cumplir la función de un neurotransmisor. Es así como las hormonas, los péptidos y los neurotransmisores trabajan en conjunto como mensajeros y llevan la información correspondiente hacia las células diana. Es así, como se explicaría la variedad y cantidad de síntomas físicos y emocionales que conlleva, puesto que las neuronas están conformadas por un sin número de posibilidades para transmitir su mensaje y de esta manera liberar la respuesta adecuada (Del Toro, et al., 2014).

Sin embargo y a pesar de la información proporcionada y de todos los estudios realizados, no se conoce con certeza en dónde se produce la ansiedad.

2.3.3 La ansiedad en el embarazo

El proceso de gestación a menudo se asocia con una mayor sensibilidad, fragilidad y ansiedad debido a los dramáticos cambios biológicos, psicológicos y sociales experimentados. Es tolerado de forma distinta por cada mujer, ya que depende principalmente de su personalidad y del contexto en el que se está desarrollando el embarazo (Kashan, et al., 2014).

Varios estudios indican que la posibilidad de perder al bebé, la salud del bebé y el parto, son causas comunes en el incremento de la preocupación en las mujeres embarazadas. Además de estas, existen otro tipo de preocupaciones en la vida cotidiana de las embarazadas, por ejemplo, preocupación por el dinero, el trabajo, la vivienda, su salud y las relaciones matrimoniales (Mortazavi y Akaberi, 2016). La mayoría de las mujeres experimentan algunas preocupaciones leves durante el embarazo; sin embargo, pueden experimentar preocupaciones patológicas, definidas como pensamientos negativos incontrolables que conllevan a la intranquilidad excesiva por eventos futuros en el embarazo lo cuales pueden producir ansiedad (Mortazavi y Akaberi, 2016).

Estos sentimientos de miedo, han sido relacionados por algunos autores con resultados obstétricos y neonatales graves. Por esta razón, es sumamente importante manejar dichos miedos desde el primer momento en el que se hacen presentes. Existen diversos instrumentos validados que ayudan en el diagnóstico de la ansiedad durante la gestación mediante el análisis de los principales síntomas psicopatológicos de la ansiedad.

Tabla 3:

Instrumentos validados para medir la ansiedad

Nombre del instrumento	Características
The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Mide la ansiedad en adultos. Las principales cualidades evaluadas por el STAI son: aprensión, tensión, nerviosismo y preocupación. Consta de 40 preguntas.
Pregnancy Axiety Scale (PAS)	Esta diseñada como una escala de detección de ansiedad relacionada al embarazo, en dónde los puntajes varían de 1 (nada) a 4 (muy a menú do). Consta de 33 ítems.
Beck Anxiety Inventory (BAI)	Instrumento de opción múltiple utilizado en adultos y niños. Las preguntas hacen referencia a los síntomas principales de la ansiedad, tales como: hormigueo, sudoración, miedo y preocupación excesiva. Consta de 21 ítems
Cambridge Worry Scale (CWS)	Instrumento que evalúa y determina las principales preocupaciones durante el embarazo. Los puntajes van de 0 (no es una preocupación) a 5 (es una gran preocupación). Consta de 16 ítems.

Fuente: Prieto, Portellano y Martínez, (2019).

Se sabe que el estado emocional de la mujer puede afectar el curso de su embarazo, su parto y el comportamiento del bebé. Durante la gestación, las mujeres con altos niveles de ansiedad pueden sufrir dolores somáticos, informan síntomas físicos como náuseas y vómitos, visitan más a sus obstetras y tienen más días de discapacidad durante el periodo gestacional que las mujeres con niveles de ansiedad más bajos (Prieto, Portellano y Martínez, 2019).

2.3.4 Consecuencias de la ansiedad durante el embarazo

El cuerpo humano reacciona a los factores estresantes de dos maneras fisiológicas: Primero, con la liberación rápida de hormonas adrenérgicas mediante el sistema nervioso autónomo (SNA), y segundo, con una liberación más lenta de glucocorticoides, principalmente de cortisol, a través del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA). El eje HPA comienza a desarrollarse prenatalmente y madura completamente después del nacimiento. Estudios recientes en humanos demostraron que las experiencias de la vida temprana están asociadas con el funcionamiento del eje HPA en la edad adulta (Prieto, Portellano y Martínez, 2019). Dado que el útero es el entorno principal del feto, el estado físico de la madre puede afectar su desarrollo y, por lo tanto, el desarrollo de sistemas biológicos como el eje HPA. Este proceso se conoce como programación prenatal o fetal (Prieto, Portellano y Martínez, 2019).

A pesar de los pocos estudios realizados, se detalla que la ansiedad puede estar directamente relacionada con resultados desfavorables en el embarazo. La complicación obstétrica se ha asociado con una actividad uterina anormal, en dónde la ansiedad materna puede aumentar la liberación de varias hormonas, las cuales interfieren en la actividad normal del útero y causan vasoconstricción en los vasos sanguíneos maternos, por lo tanto, el fujo sanguíneo que llega hasta el feto disminuye, y se restringe el paso del oxígeno y los nutrientes, y como consecuencia, el desarrollo del niño en el vientre

materno no es óptimo (Kashan, et al., 2014). Además, algunos autores asocian a las hormonas secretadas durante los episodios ansiosos durante la fase de parto y la menor contractilidad uterina, y esto como consecuencia, podría causar problemas durante el proceso de parto (Arranz, et al., 2017).

Los principales síntomas que pueden sentir las mujeres que experimentan ansiedad durante el embarazo son: dolor muscular, palpitaciones, fatiga, dolores de cabeza, dolor de estómago, trastornos del sueño, pesadillas e insomnio (Mortazavi y Akaberi, 2016). La ansiedad materna ha sido un factor de riesgo para los malos resultados perinatales, como el parto prematuro, la depresión posparto, la cesárea y resultados adversos en el desarrollo del niño, también se asocia con problemas de temperamento y de comportamiento, y puede aumentar la susceptibilidad del bebé a sufrir alguna psicopatología en su vida adolescente o adulta (Kashan, et al., 2014). Por lo tanto, se resalta la importancia de medir el alcance y el contenido de la ansiedad y la preocupación durante el embarazo.

2.3.5 Relación entre dolor y ansiedad

Antiguamente se definió al dolor en base al principio nociceptivo, en donde se explicaba como una experiencia percibida por el cerebro ante una lesión del cuerpo. En la actualidad, el modelo biopsicosocial señala que el dolor conforma todo daño tisular y psicológico, resaltando la importancia de los factores ambientales en la magnitud de su percepción (Missing, et al., 2017).

La relación entre dolor y ansiedad es fuerte, ya que, ambos señalan un peligro inminente y la necesidad de supervivencia del individuo. La ansiedad excesiva y crónica es una causa potente en el dolor de espalda, dolor de cuello, así como prácticamente cualquier otro tipo de dolor crónico, e incluso una gran variedad de otros síntomas

físicos. Es casi seguro que amplifica la percepción del dolor y el sufrimiento en todos los ámbitos al hacer al sujeto más propenso a la inflamación (Arango y Rincón, 2016).

Por su parte, el dolor tiene un componente emocional aversivo que puede afectar severamente las respuestas fisiológicas y conductuales. En consecuencia, el dolor crónico se ha asociado con una serie de psicopatologías relacionadas con el estrés, la depresión, el insomnio, los ataques de pánico, el comportamiento obsesivo compulsivo, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Arango y Rincón, 2016). Algunos autores después de realizar estudios en el laboratorio, afirman y apoyan la idea de que cuanto más ansioso se encuentre el sujeto, el estímulo doloroso será percibido con mayor intensidad. Otro factor altamente relacionado con la ansiedad, el cual también se asocia con el incremento del dolor, es el estrés (Missing, et al., 2017).

El estrés puede aumentar la sensibilidad al dolor e influir en su procesamiento en el sistema nervioso central, alterando así su dimensión. Los factores psicosociales también se han mencionado como contribuyentes a las diferencias individuales en la percepción del dolor (Missing, et al., 2017).

En conclusión, el dolor y la ansiedad influyen entre sí, trayendo como consecuencia alteraciones graves en el estado de ánimo de la persona que las padece. En una mujer embarazada con un alto índice de ansiedad, esto podría significar el incremento de la percepción dolorosa durante el parto, lo cual, aumentaría los riesgos no solo para el niño, también para la mujer.

2.4 Programa de Psicoprofilaxis obstétrica

2.4.1 Introducción al programa

El ministerio de Salud Pública (MSP), 2014 en orden de promover y fortalecer el Sistema de Salud, implementó el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y Educación Prenatal como medida obligatoria para reducir la morbimortalidad materno-infantil y perinatal en el país.

El programa se encuentra conformado por un grupo de técnicas y ejercicios que buscan principalmente preparar a la futura madre para el parto, facilitándole información para mejor manejo del dolor, y también para establecer un vínculo afectivo motivado por sentimientos de acogida con respecto a la llegada del bebé a su vida.

Los ejercicios se basan en movimientos suaves, constantes y paulatinos que ayudan a la mujer a ganar flexibilidad y elasticidad, lo cual a su vez mejorara posturas inadecuadas, logrando estiramientos naturales.

Tabla 4:
Técnicas principales implementadas en el PPO

Aromaterapia	Uso de fragancias y aceites especiales con el objetivo de brindarle relajación y bienestar al organismo y equilibrio a la mente y emociones
Calistenia	Ejercicios suaves con los que se inicia el programa, con el objetivo de que la paciente gane flexibilidad y se estire de forma natural.
Cromoterapia	Terapia alternativa en función de los colores. Se utiliza principalmente el infrarrojo y la ultravioleta.
Esferodinamia	Se basa en el uso del balón suizo como instrumento primordial para el entrenamiento físico.
Gimnasia obstétrica	Actividad física orientada al acondicionamiento físico de la gestante.

Masoterapia	Manipulación rítmica de los músculos del cuerpo humano, mediante las manos con el objetivo de relajar y aliviar dolores.
Musicoterapia	Terapia alternativa mediante sonidos, tonos y melodías, que busca relajar y acondicionar el lugar en donde se practica el programa para mayor comodidad.
Técnicas de estimulación prenatal	Técnicas que buscan estimular los sentidos del feto en el vientre materno.
Técnicas de relajación	Técnicas de reposo tanto físico como mental.
Técnicas de respiración	Técnicas para incentivar la oxigenación celular.
Técnicas de vinculación prenatal	Técnicas implementadas con el objetivo de fortalecer el vínculo madre-hijo.
Visualización	Procedimiento en el cual se incentiva la imaginación, con el objetivo de relajar y brindar emociones placenteras a la futura madre.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2014

2.4.2 Sesiones

Primera sesión:

Teoría: Exposición oral sobre el PPO, su importancia y beneficios. Orientación básica sobre el programa, las actividades, los ejercicios. Información anatómica importante. Signos de alarma a tener en cuenta durante el embarazo.

Práctica: Se inicia con ejercicios de calistenia, suaves y sencillos. Caminata por la sala con los pies descalzos. Ejercicios de rotación de cabeza, hombros y cadera. Ejercicios de balanceo de pelvis. Estiramientos. Posiciones de relación.

Terapia Psico-afectiva: Motivación para desarrollar positivismo hacia el programa. Dinámicas que promuevan el vínculo madre-hijo. Ronda de preguntas para eliminar dudas o miedos con respecto al embarazo. Charlas que ayuden en la autoestima.

Segunda sesión:

Teoría: Principales cuidados durante el embarazo. Plan de parto humanizado. Nutrición durante el embarazo. Charla acerca de la violencia de género.

Práctica: Calistenia. Ejercicios en posición de cuclillas. Estiramientos para musculatura de la columna vertebral. Posición del gato. En posición sedente, con las piernas cruzadas, girar la cabeza de un lado a otro. Finalmente respirar profundo en la misma posición.

Terapia Psico-afectiva: Charla motivacional para promover la comprensión y armonía entre pareja. Dinámicas que promuevan el vínculo madre-hijo. Ronda de preguntas para eliminar dudas o miedos con respecto al embarazo. Charlas que ayuden en la autoestima y la autoconfianza.

Tercera sesión:

Teoría: Consejos sobre cómo preparar los pezones para una correcta lactancia. Charlas sobre mitos y creencias. Información sobre el parto humanizado. Derechos que poseen las gestantes en la sala de partos. Cuidados y alimentación.

Práctica: Técnica de calistenia. Musicoterapia. En decúbito supino, rodillas flexionadas, piernas separadas, levantar la cadera con el impulso de los brazos. En la misma posición, contraer los músculos de la vagina de forma progresiva durante 5 segundos.

Terapia Psico-afectiva: Charla motivacional para promover la comprensión y armonía entre pareja. Dinámicas que promuevan el vínculo madre-hijo. Ronda de preguntas para eliminar dudas o miedos con respecto al embarazo. Charlas que ayuden en la autoestima y la autoconfianza.

Cuarta sesión:

Teoría: Señales principales que indican que ha iniciado el proceso de parto. Tipos de parto. Posturas ideales para adoptar durante el parto. Tipos de respiración (agitada, profunda y mantenida). Tipos de relajación.

Práctica: Ejercicios de calistenia. Sentada sobre el balón suizo, cuidando que la columna se encuentre recta, entrelazar las manos en la nuca y girar la cadera de izquierda a derecha. Con la ayuda de una banda elástica, en decúbito lateral, elevar la pierna derecha o izquierda lo más alto posible, repitiendo 8 veces el ejercicio en cada pierna. En decúbito supino, con las piernas completamente extendidas y la ayuda de una banda elástica, flexionar la rodilla y llevarla lentamente hasta el abdomen.

Terapia Psico-afectiva: Charla motivacional para promover la comprensión y armonía entre pareja. Dinámicas que promuevan el vínculo madre-hijo. Ronda de preguntas para eliminar dudas o miedos con respecto al embarazo. Charlas que ayuden en la autoestima y la autoconfianza.

Quinta Sesión:

Teórico: Cuidados especiales postparto. Signos de alarma postparto. Higiene para la madre y para el bebé. Limpieza del cordón umbilical. Signos de alarma en el bebé. Importancia de las vacunas en el recién nacido.

Práctica: Ejercicios de calistenia. Refuerzo de abdominales y recto abdominal, sin banda elástica. Posición del gato. Ejercicios de estimulación neuromuscular. Técnicas de respiración. Estiramientos de músculos del tronco. Demostración de masaje relajante para el bebé

Terapia Psico-afectiva: Charla motivacional para promover la comprensión y armonía entre pareja. Dinámicas que promuevan el vínculo madre-hijo. Ronda de preguntas para eliminar dudas o miedos con respecto al embarazo. Charlas que ayuden en la autoestima y la autoconfianza

Sexta Sesión:

Teoría: Visita a la sala de parto del centro de salud. Repaso de toda la información brindada en las sesiones anteriores. Charla para resolver cualquier tipo de duda que haya permanecido.

Práctica: Como duchar al recién nacido. Posición correcta durante la lactancia.

Terapia Psico-afectiva: Charla motivacional para promover la comprensión y armonía entre pareja. Dinámicas que promuevan el vínculo madre-hijo. Ronda de preguntas para eliminar dudas o miedos con respecto al embarazo. Charlas que ayuden en la autoestima y la autoconfianza.

2.5 Hipótesis

El programa de psicoprofilaxis obstétrica reduce la ansiedad en las mujeres en estado de gestación.

2.6 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo biológico que ha vivido una persona desde el día de su nacimiento (Vargas & Espinoza, 2013).	Madres jóvenes: 18 a 28 años.	% de mujeres entre 18-28 años	Mujeres catalogadas como madres jóvenes/ total de la población	Cuantitativa Continua
		Madres adultas: 28 a 38 años	% de mujeres entre 28-38 años	Mujeres catalogadas como madres adultas/ total de la población.	
Edad Gestacional	Tiempo que transcurre desde la concepción hasta el alumbramiento (Salamea & Torres, 2015).	Segundo trimestre	% de mujeres que cursan el segundo trimestre de embarazo	Número de mujeres que se encuentran en el segundo trimestre de gestación/ total de la población	Cuantitativa Continua
		Tercer trimestre	% de mujeres que cursan el segundo trimestre de embarazo	Número de mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de gestación/ total de la población	
Estado Civil	Posición que ocupa una persona dentro de la sociedad y que se encuentra determinada por la relación familiar que cumple dentro de la misma (USS, 2016).	Soltera	% de mujeres solteras	Número de mujeres solteras/ total de la población	Cualitativa Nominal
		Casada	% de mujeres casadas	Número de mujeres casadas/ total de la población	
		Unión Libre	% de mujeres en unión libre	Número de mujeres en unión libre/ total de la población	

Escolaridad	Actividad directamente vinculada a la asistencia a un centro educativo con el objetivo de completar los estudios que se decretan como obligatorios (Pérez & Gardey, 2018).	Básica	% de mujeres con educación básica	Número de mujeres con educación básica/ total de la población.	Cualitativa Nominal
		Superior	% de mujeres con educación superior	Número de mujeres con educación superior/ total de población	
Ansiedad	Condición emocional asociada a sentimientos de aprensión, malestar y tensión junto con una notable hiperactividad del SNA (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2015).	Baja	00-21 puntos	Puntaje	Inventario de ansiedad de Beck
		Moderada	22-35 puntos	Puntaje	
		Severa	Más de 36 puntos	Puntaje	
Miedo	Estado del cerebro en dónde se ve involucrado el sistema neuroendocrino, que aparece en determinadas situaciones y se hace presente al alterar el comportamiento de la persona que lo padece (Viejó & Mora, 2019).	Miedo a que algo salga mal con el bebé	0: No siento miedo 1-2: Siento poco miedo 3: Siento miedo fuerte 4-5: Siento miedo insoportable	Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje	Cualitativa Nominal

		Miedo a dar a luz	0: No siento miedo 1-2: Siento poco miedo 3: Siento miedo fuerte 4-5: Siento miedo insoportable	Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje	
		Miedo al dolor asociado al parto	0: No siento miedo 1-2: Siento poco miedo 3: Siento miedo fuerte 4-5: Siento miedo insoportable	Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje	

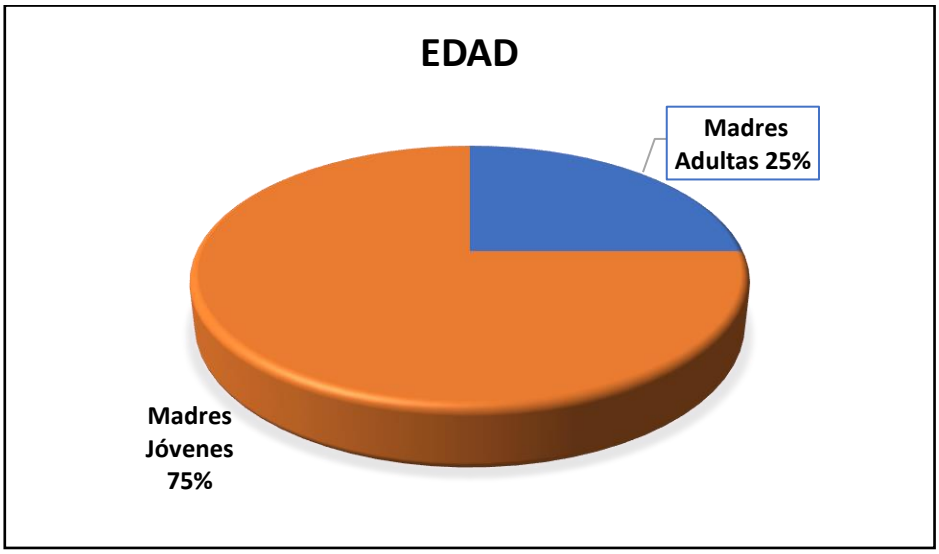
Capítulo III: RESULTADOS

3.1 Caracterización Demográfica.

La información sociodemográfica que se solicitó a las mujeres participantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud Conocoto en el periodo octubre-noviembre del 2019 fueron: edad cronológica (gráfico N°1), edad gestacional (gráfico N°2), escolaridad (gráfico N°3) y estado civil (gráfico N°4).

Mediante los resultados obtenidos se determinó que, de un total de 20 mujeres en estado de gestación, el 75% eran madres jóvenes, entre 18 y 28 años y el 25% restante estaba conformado por madres adultas, entre 28 y 40 años.

Gráfico N°1: Porcentaje de mujeres gestantes que realizan PPO, según la edad.



Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.

Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

Según la edad gestacional, el 50% de las participantes se encontraban en el segundo trimestre de embarazo y el otro 50% en el tercer trimestre.

Gráfico N°2: Porcentaje de mujeres gestantes que realizan PPO, según la edad gestacional.

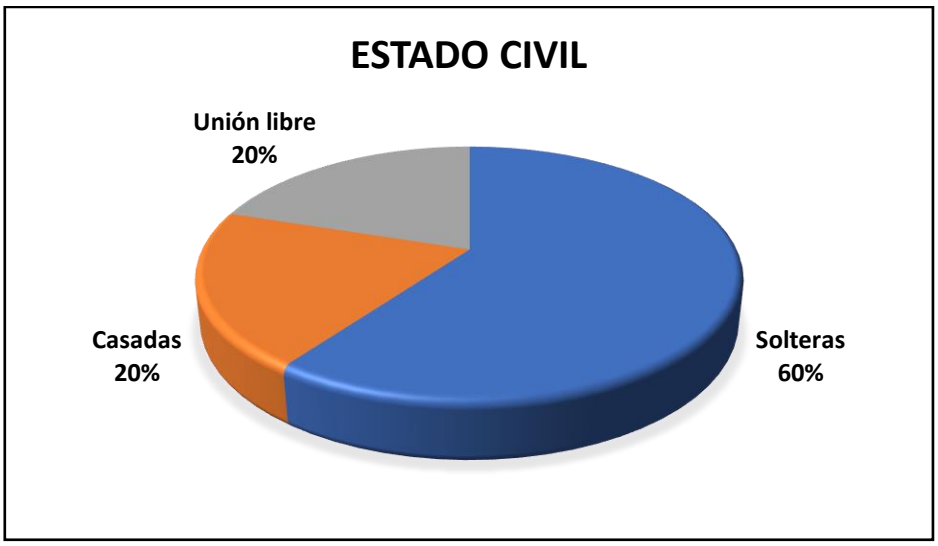


Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.

Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

De acuerdo al estado civil de las participantes, se obtuvo que el 60% eran solteras, el 20% estaban casadas y el 20% restante se encontraban en unión libre.

Gráfico N°3: Porcentaje de mujeres gestantes que realizan PPO, según su estado civil.

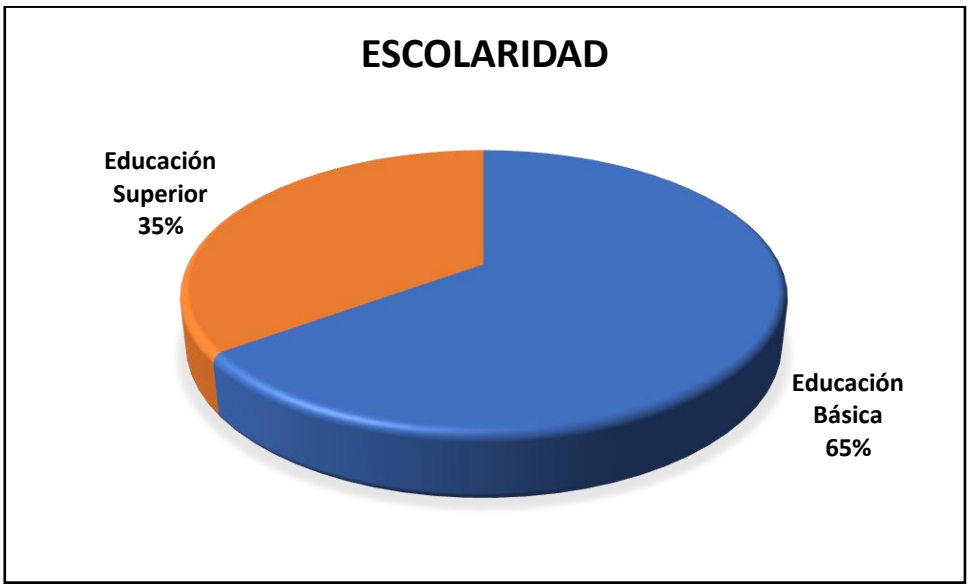


Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.

Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

De acuerdo a la escolaridad, se determinó que el 65% lo conformaban las participantes con educación básica y el 35% con educación superior.

Gráfico N°4: Porcentaje de mujeres gestantes que realizan PPO, según la escolaridad.



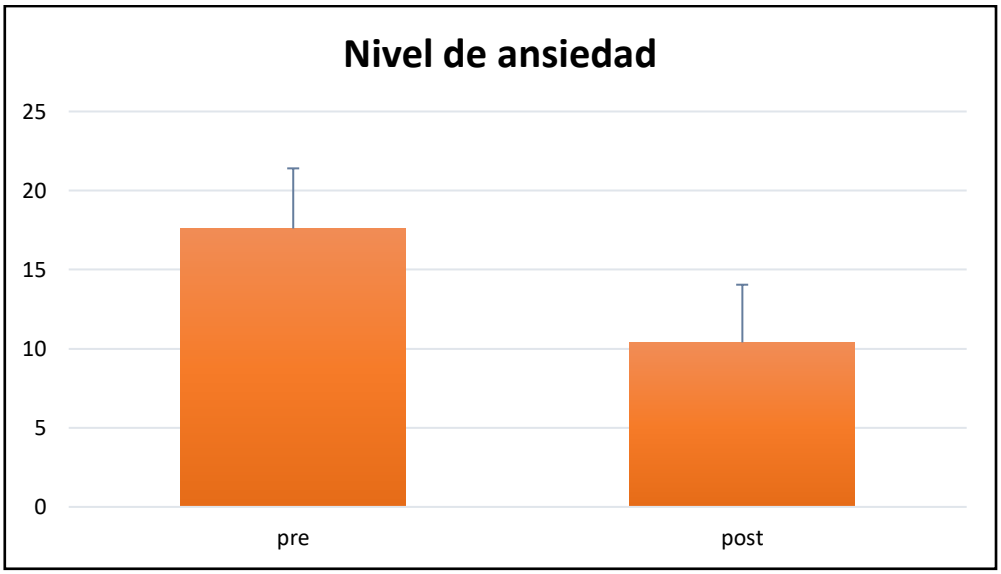
Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.

Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

3.2 Nivel de ansiedad pre y post psicoprofilaxis obstétrica.

Los resultados demostraron una diferencia significativa al comparar el pre y post programa de PPO en las gestantes (p=0.001). El promedio del nivel de ansiedad que presentaron las 20 mujeres antes de realizar la intervención, fue de 17,6 (DE= 3,803); mientras que el promedio obtenido después de aplicar el programa de PPO fue de 10,4 (DE= 3,647) (Gráfico N°5). Datos que demuestran la importante reducción en el nivel de ansiedad de las participantes, al practicar psicoprofilaxis obstétrica.

Gráfico N°5: Resultados obtenidos del nivel de ansiedad pre y post psicoprofilaxis obstétrica.



Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.
Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

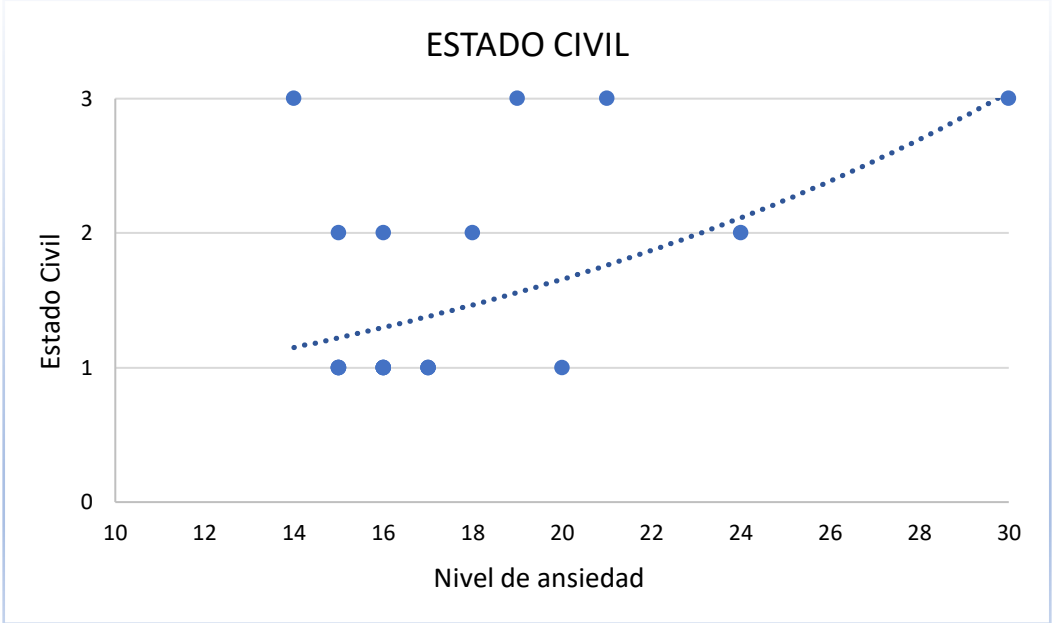
3.3 Correlaciones.

3.3.1 Correlación entre los factores sociodemográficos y el nivel de ansiedad, antes de la intervención.

Antes de aplicar el programa de PPO, se observó que el estado civil de las participantes influía significativamente en el incremento del nivel de ansiedad, lo cual determinó una correlación positiva entre estas dos variables (r= 0,50; p= 0,024) (Gráfico N°6).

Sin embargo, no se encontró la misma correlación entre la edad cronológica (r= -0,09; p=0,69), la edad gestacional (r= 0,24; p=0,302) y la escolaridad (r= -0,11; p=0,618) con el incremento del nivel de ansiedad.

Gráfico N°6: Correlación entre el estado civil y el nivel de ansiedad



Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.

Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

3.3.2 Correlación entre los factores sociodemográficos y el nivel de ansiedad, después de la intervención.

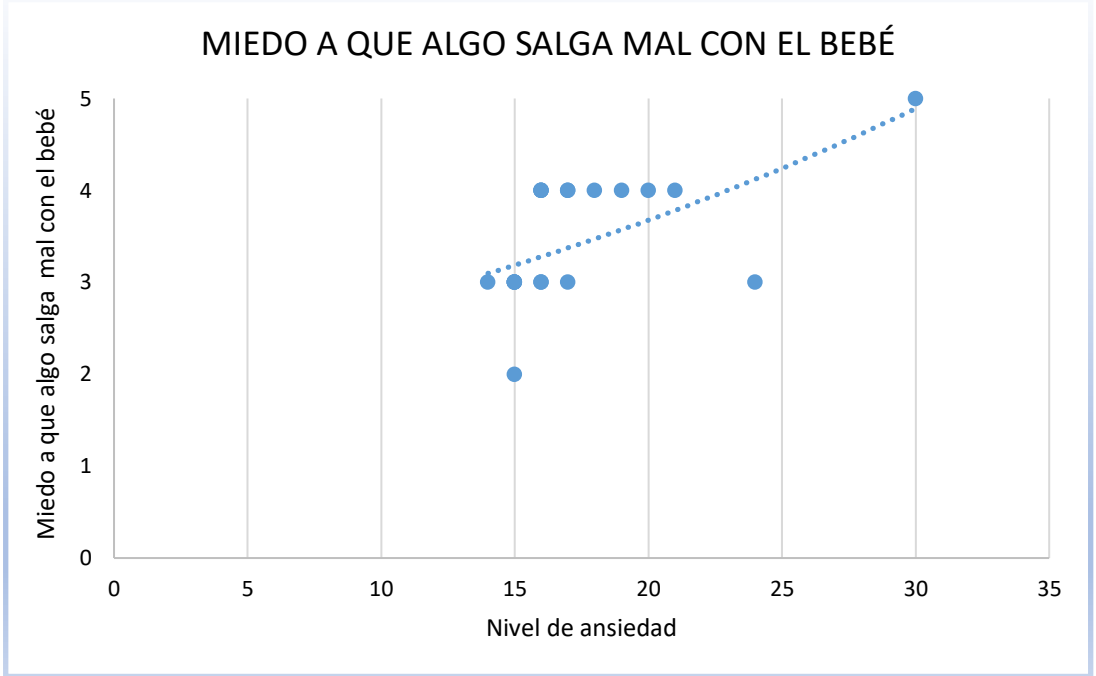
Una vez realizada la intervención mediante el programa de psicoprofilaxis obstétrica, no se encontró relación alguna entre la edad cronológica de las participantes (r= -0,05; p=0,808), la edad gestacional (r= 0,16; p=0,493), el estado civil (r= 0,39; p=0,09) y la escolaridad (r= -0,38; p=0,10), con el incremento en el nivel de ansiedad.

3.3.3 Correlación entre miedo a que algo salga mal con el bebé, miedo a dar a luz y miedo asociado al dolor durante el parto y el nivel de ansiedad, antes de la intervención.

Antes de aplicar el programa de PPO, se determinó que el miedo a que algo salga mal con el bebé (r= 0,58; p=0,007) (Gráfico N°7) y el miedo a dar a luz (r= 0,50; p= 0,023) (Gráfico N°8) estan fuertemente ligados al incremento de la ansiedad en las participantes.

Sin embargo, no se encontró ninguna relación entre el miedo al dolor asociado al parto (r= 0,41; p= 0,72), con el incremento del nivel de ansiedad de las participantes.

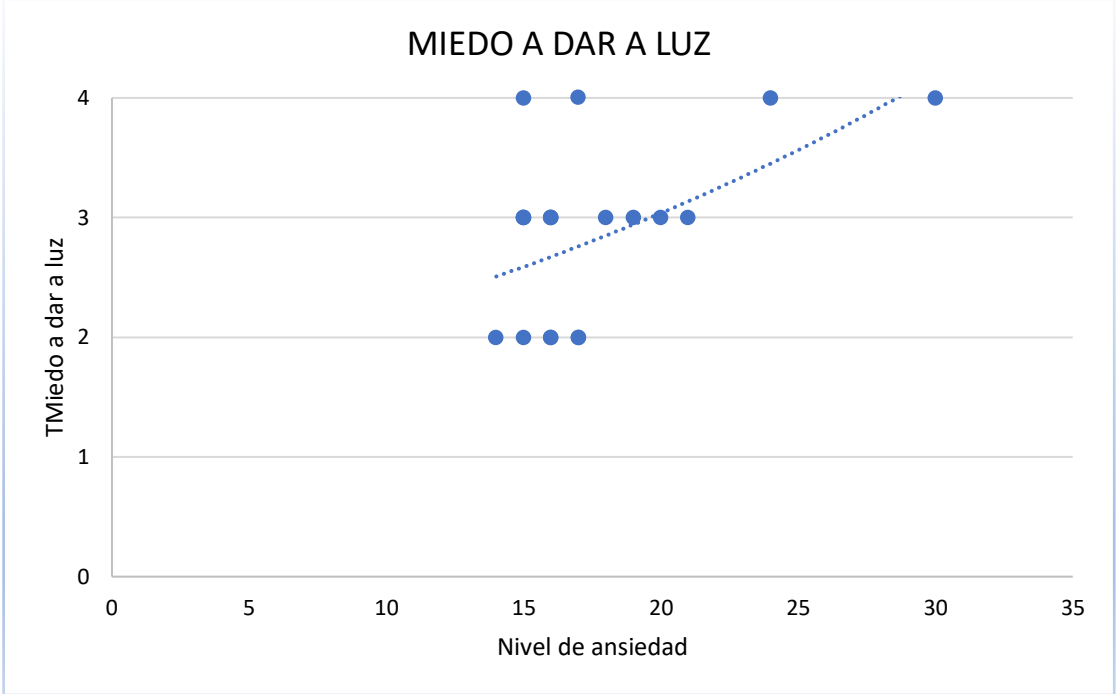
Gráfico N°7: Correlación entre miedo a que algo salga mal con el bebé con el nivel de ansiedad.



Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.

Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

Gráfico N°8: Correlación entre el miedo a dar a luz y el nivel de ansiedad.



Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.

Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

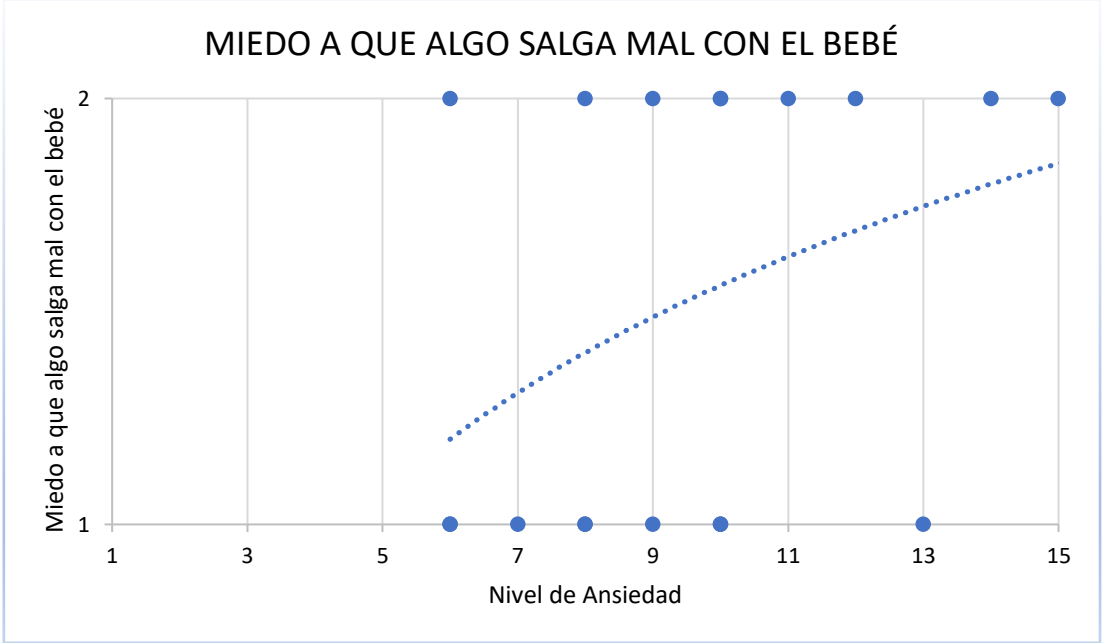
3.3.4 Correlación entre miedo a que algo salga mal con el bebé, miedo a dar a luz y miedo asociado al dolor durante el parto y el nivel de ansiedad, después de la intervención

Los datos obtenidos demostraron que aún con la implementación del pograma de PPO, el miedo a que algo salga mal con el bebé continuaba influyendo en el incremento del nivel de ansiedad de las participantes, lo cual señala una correlación positiva entre estas dos variables (r= 0,47; p=0,038). De esta manera se puede decir que, el nivel de ansiedad que presentan las gestantes esta fuertemente ligado al miedo a que el niño tenga algún problema durante el embarazo o en el momento del parto (gráfico N°9).

Sin embargo, cabe resaltar que una vez aplicada la intervencion, el miedo a dar a luz (p=0,226) y el miedo al dolor asociado al parto (p=0,537), disminuyeron

considerablemente con lo cual se verificó la efectividad del programa de PPO sobre estas variables.

Gráfico N°9 : Correlación entre el nivel de ansiedad y el miedo a que algo salga mal con el bebé.



Fuente: Mujeres participantes del programa de PPO del Centro de Salud Conocoto.

Elaborado por: Emily Tamayo Jiménez (2019).

Capítulo IV: DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación, la mayoría de mujeres participantes del programa de PPO eran jóvenes entre 18 y 28 años, solteras, con un nivel de escolaridad básico y se encontraban entre el segundo y tercer trimestre de embarazo. Estos datos tienen gran relación con los otorgados por el Ministerio de Salud Pública, en dónde se menciona que en el año 2018 la tasa de nacimientos en adolescentes fue del 80,31% (MSP, 2018), información que resulta alarmante puesto que mientras más joven sea la futura madre, más problemas físicos y psicológicos pueden acarrear ella y el niño. También se determinó que el incremento de la ansiedad puede ser la consecuencia de la relación inestable con el padre del niño, el miedo a que se presente alguna complicación durante el parto y a la incertidumbre en el momento de dar a luz.

Una vez aplicado el programa de psicoprofilaxis obstétrica, los resultados revelaron que el nivel de ansiedad de las gestantes disminuyó significativamente, sin embargo, el miedo a que algo salga mal con el bebé se mantuvo fuertemente ligado al incremento de la ansiedad durante la gestación.

4.1 Nivel de ansiedad.

Según los resultados obtenidos, se pudo constatar que el programa es beneficioso para el estado de ánimo en las gestantes, ya que alcanzó una disminución del 59,1% sobre el nivel de ansiedad. Estos resultados tienen gran similitud con los encontrados por Nereu, Neves y Casado (2013), en dónde se aplicaron técnicas de relajación en mujeres embarazadas que presentaban las siguientes características: ansiedad, depresión, estrés, frecuencia cardiaca anormal y presión arterial elevada. Los resultados obtenidos en este estudio, demostraron que la ansiedad disminuyó un 44,76%, el estrés

un 32,86% y la depresión un 43,08%. En cuanto a los resultados obtenidos en la frecuencia cardiaca y en la tensión arterial, de igual manera, fueron favorables.

Se conoce que el estado de ánimo de la madre influye en el óptimo desarrollo del feto, pues ante una madre deprimida, ansiosa y con alto nivel de estrés, el organismo aumenta el proceso de secreción de las glándulas adrenales y tiroides, provocando un ambiente poco saludable para el crecimiento del niño dentro del vientre materno y esto, como consecuencia futura, puede influenciar en la poca adaptación del niño a la vida postnatal (Nereu, Neves y Casado, 2013). El estrés materno se encuentra asociado a un niño irritable, con problemas para conciliar el sueño, bajo peso al nacer, problemas de alimentación y una excesiva necesidad de estar en brazos todo el tiempo (Nereu, Neves y Casado, 2013). Es por esto, que se considera importante el implementar programas que garanticen la salud física y mental de la mujer, ya que, a su vez se está protegiendo la salud del bebé.

La psicoprofilaxis obstétrica es un programa de salud materno-infantil implementado por el Ministerio de Salud Pública como método para disminuir los riesgos presentes durante el embarazo. Debido a los fuertes cambios físicos y psicológicos experimentados por la futura madre, se busca disminuir esta sintomatología asociada a través de técnicas de relajación, respiración, ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico y técnicas para controlar el dolor (MSP, 2015).

4.2 Correlación entre los datos sociodemográficos y el nivel de ansiedad.

De acuerdo a la información recolectada en la presente investigación, la ansiedad prevalecía en las mujeres de edades inferiores, con un promedio igual a 17,5. Esto puede deberse a que por cuestiones de la edad y la formación profesional que poseen,

aún no cuentan con independencia económica, estabilidad laboral, apoyo familiar y una relación formal, y como consecuencia el nivel de ansiedad incrementa. También se encontró gran vínculo entre el estado civil y el incremento en los niveles de ansiedad, esto puede deberse principalmente al miedo constante a enfrentarse solas a la gran responsabilidad que conlleva traer un niño al mundo. Esta información tiene semejanza con la encontrada por Cevallos et al., (2013), en dónde se señala que, de un total de 30 mujeres gestantes jóvenes, el 33,4% presentan ansiedad relacionada con el temor a ser madres solteras, a la falta de apoyo familiar o de la pareja, y a la baja escolaridad. Datos que también son señalados en el estudio realizado por Guridi, Franco y Márquez (2014), en dónde se evaluó a 53 adolescentes embarazadas y se analizaron las siguientes variables: escolaridad, ocupación, relación de pareja y nivel de ansiedad. Los resultados obtenidos arrojaron que el 47% de mujeres cumplían con estudios básicos, el 84% se dedicaban a las actividades domésticas, el 58% contaba con una relación inestable con su pareja y el 50% presentaban ansiedad alta. Comparando esta información con la presente investigación, se puede determinar que la edad de la madre juega un papel sumamente importante sobre el incremento en los niveles de ansiedad, debido a la preocupación prolongada sobre como brindarle una buena calidad de vida a su hijo.

4.3 Correlación entre el miedo a que algo salga mal con el bebé, miedo a dar a luz y el miedo asociado al dolor durante el parto con el nivel de ansiedad.

Entre las principales causas relacionadas con el incremento del nivel de ansiedad en las gestantes, y según los datos obtenidos antes de realizar la intervención, se determinó que, el miedo a que algo salga mal con el bebé y el miedo a dar a luz, están fuertemente ligados a la ansiedad en las mujeres embarazadas. Datos similares fueron encontrados por Mortazavi y Akaberi (2016), en dónde un total de 405 mujeres fueron evaluadas para determinar las preocupaciones principales que acarreaban durante su embarazo y

en primer lugar se encontró el no tener a nadie en la sala de parto, en segundo lugar, el dar a luz y, en tercer lugar, el miedo a que el niño muera o nazca con alguna anomalía. Según los resultados de la presente investigación y a diferencia de los obtenidos por Mortazavi y Akabery, las variables que más se relaciona con el nivel de ansiedad en las gestantes, son el miedo a que el bebé presente algún problema y la incertidumbre durante el momento de dar a luz.

Sin embargo, es importante resaltar que, una vez aplicado el programa de psicoprofilaxis obstétrica, se evaluó nuevamente a las participantes y los resultados demostraron que el miedo a que algo salga mal con el bebé seguía fuertemente relacionado con el incremento de los niveles de ansiedad. Como causa principal de esto se resalta al instinto maternal y de protección que es parte de la naturaleza de cada mujer (Del Toro, et al, 2014). Otra razón importante, es que el programa se centra principalmente en preparar a la mujer para el momento del parto, con técnicas para el manejo del dolor y ejercicios de respiración, pero no le otorga a la madre información necesaria sobre los cuidados más importantes que debe recibir el niño una vez que nazca.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos, la edad que predominó en las participantes fue entre 17 y 22 años. Por lo tanto, se concluye que, en las madres adolescentes, el entorno familiar, económico y social, influye altamente en su estado de ánimo y en el nivel de preocupación que presenta, interrumpiendo el desarrollo normal del bebé en el vientre materno.
- El programa de psicoprofilaxis obstétrica disminuye significativamente el nivel de ansiedad en mujeres gestantes jóvenes.
- Se puede concluir que, el programa de PPO ayuda a la mujer a estar preparada física y psicológicamente ante los cambios drásticos experimentados durante el proceso de gestación.
- El miedo a que algo salga mal con el bebé se encuentra fuertemente relacionado con el incremento en los niveles de ansiedad de las futuras madres y según los datos obtenidos en este trabajo, la PPO no es efectiva como método para reducirlo, lo cual, y de acuerdo a la información revisada, puede ser consecuencia del instinto maternal y de la poca información que brinda el programa sobre este tema en particular.

RECOMENDACIONES

- Para estudios relacionados, escoger una muestra más extensa, que brinde datos más precisos, así la investigación tendrá información más amplia de dónde sustentarse.
- Aplicar el programa de PPO en un mayor número de semanas, dónde se abarque más técnicas y se acompañe a la mujer hasta el momento del parto.
- Se aconseja aplicar un test más corto y preciso sobre los principales síntomas asociados a la ansiedad durante la gestación.

REFERENCIAS

Arranz, A., García, M., Montenegro, G., Camacho, A., Parés, Sandra., Goberna, J., …Gractacós, E. (2017). La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. *Matronas Profesión, 18* (2), 69-77. Retrieved from https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografica-estres-gestante-y-peso-fetal.pdf

Arango, C., & Rincón, H. (2016). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 47*(1), 46-55.

Bados, A. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Barcelona. España.

Barrientos, S., & Chapoñan, C. (2017). *Relación de las gestantes que acuden al programa de psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de ansiedad en el hospital Sagaro- 2017*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Tumbes. Perú.

Bennett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G., Garland, E., … Wilansky, P. (2016). *Treating child and adolescent anxiety effectively: Overview of systematic reviews. Clinical Psychology Review,50*, 80-94. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.006

Carvajal, J., & Ralph, C. (2017). *Manual de obstetricia y ginecología*. Santiago de Chile, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cevallos, G., Suaréz, Y., Arenas, K., & Salcedo, N. (2013). Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. *Revista de psicología de Universidad de Antioquía, 5*(2), 33-44. Retrieved from

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922013000200004&lng=pt&nrm=iso

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). *Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 34*(2),130–140. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.002

Del Toro, A., Gonzáles, M., Arce, D., Reinoso, S., & Reina, L. (2014). Mecanismos fisiológicos en la ansiedad previa a exámenes. *Medisan, 18*(10), 1419-1429. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000012

Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus, 17*(2), 25-30. Retrieved from http://www.redalyc.org/pdf/3759/375933973006.pdf

English, F., Kenny, L., & McCarthy, F. (2015). Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integrated blood pressure control, (8),* 7–12. doi:10.2147/IBPC.S50641

Guridi, M. Z., Franco, V., Márquez, I., Tómas, V., & Ferrás, D. (2014). Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar. *Revista Psicología Científica*, *16*(3). Retrieved from www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas

Idrugo, L. (2018). *Conducta durante el trabajo de parto en primigestas con preparación psicoprofiláctica, Lima 2018.* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Estadísticas vitales: Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones 2017.* Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf

Kashan, A., Everard, C., McCowan, L., Dekker, G., Moss-Morris., Baker, P., …Kenny, L. (2014). Second-trimester maternal distress increases the risk of small for gestational age. *Psychological medicine, 44*(13), 2799-2810.

Lader, M. (2015). Generalized anxiety disorder. Encyclopedia of psychopharmacology, 699-702. doi: 10.1007/978-3-642-36172-2_317

Méndez, M. (2015). *Psicoprofilaxis y complicaciones en el trabajo de parto. (Tesis de licenciatura).* Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal*. Recuperado de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Norma técnica de educación prenatal para el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de

http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2015/Norma%20tcnica%20de%20educacin%20pre%20natal%202015.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Mortalidad evitable: Gaceta de muerte materna SE 32.* Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-32-MM.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Retos pendientes para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva, y para cerrar las brechas de género.* Recuperado de https://crpd.cepal.org/3/sites/crpd3/files/presentations/panel_2_ecuador.pdf

Missing, G., Mei, L., Vizzard, M., Brass, K., Waschek, J., Ressler, K., … May, V. (2017). Parabrachial PACAP Activation of Amygdala Endosomal ERK Signaling Regulates the Emotional Component of Pain PACAP intersections in stress-related behavior and pain. *Biological Psychiatry, 81*(8), 671-682.

Morales, S., Guibovich, A., & Yábar, M. (2014). Psicoprofilaxis obstétrica: Actualizaciones, definiciones y conceptos. *Horiz Med, 14* (4), 53-57. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf

Morales, S. (2015). Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. *Horiz Med, 15* (1), 61-66. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000100009

Moreno, A., Días, M., Briones, C., Martínez, L., Gómez, E., y Briones, J. (2018). Insuficiencia renal aguda en obstetricia. *Revista mexicana de anestesiología,*

41(4), 287-293. Retrieved from https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma184i.pdf

Mortazavi, F., Akaberi, A. (2016). Worries of pregnant women: Testing de Farsi Cambridge Worry Scale. *Scientifica, 1*(1), 1-10. doi: 10.1155/2016/5791560

Nereu, M., Neves, J., & Casado, M. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clínica y salud, 24*(2), 77-83. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000200003

Organización Mundial de la salud. (2018). *Mortalidad materna: datos y cifras.* Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Pérez, J & Gardey, A. (2018). Definición de escolarización. Retrieved from https://definicion.de/escolarizacion/

Peres, G., Mariana, M., & Cairrão, E. (2018). Pre-Eclampsia and Eclampsia: An Update on the Pharmacological Treatment Applied in Portugal. *Journal of cardiovascular development and disease, 5*(1), 3.

Prieto, F., Portellano, J., & Martínez, J. (2019). Ansiedad materna prenatal, desarrollo psicológico infantil y reactividad del eje HPA en bebés de 2 a 3 meses de edad. *Clínica y salud, 30*(1), 21-31.

Sainz, K., Chávez, B., Díaz, M.., Sandoval, M.., y Robles, M. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Aten Fam, 20* (1), 25-27. Retrieved from file:///C:/Users/usuario/Downloads/S1405887116300827.pdf

Salamea, J., & Torres, M. (2015). *Estimación de la edad gestacional mediante los métodos Ballard y Capurro comparados con la fecha de última menstruación confiable, en recién nacidos a términos y post término, en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014.* (Tesis de doctorado). Universidad de Cuenca.

Soma, P., Nelson, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular journal of Africa, 27*(2), 89–94. doi:10.5830/CVJA-2016-021

Spielberger, R., Gorsuch, R., & Lushene, R. (2015). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo.* Madrid: España. TEA.

Tafur, M. (2015). *Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de marzo a mayo del 2015.* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Tan, E., & Tan, L. (2013). Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 27*(6), 791–802. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001

Universidad San Sebastián. (2016). *Estado Civil, Certificado de Soltería*. Recuperado de http://www.uss.cl/wp-content/uploads/2017/05/Estado-Civil.pdf

Vargas, E., & Espinoza, R. (2013). Tiempo y edad biológica. *Arbor, 189* (760), 1-22. doi: http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.760n2008.

Viejó, I. & Quinto, E. (2019). Miedo escénico y la superación psicológica en estudiantes universitarios. *Psicología Unemi, 2* (4), 39-49. doi: https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol2iss4.2019pp39-49p

Yábar, M. (2014). La psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horiz Med, 14* (2), 39-44. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000200008

Zorrilla, G. (2016). *Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto de san juan de Miraflores junio – agosto 2015.* (Tesis de licenciatura). Universidad de San Martín de Porres, Perú.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de datos sociodemográficos.

Nombre……Estado Civil…… Edad……

Ocupación ……...Educación……Fecha…….

Edad Gestacional.....

Anexo 2: Inventario de ansiedad de Beck

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 no siento que este siendo castigado

1 siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 3: Escala de miedo asociado al embarazo.

Indicaciones: En una escala del 0 al 5, siendo 0 no siento miedo en lo absoluto, 1 y 2 siento poco miedo, 3 siento miedo fuerte y 4 y 5 siento miedo insoportable, marcar las siguientes preguntas relacionadas con el bebé y el parto.

Miedo a que algo salga mal con el bebé:

0	1	2	3	4	5

Miedo a dar a luz:

0	1	2	3	4	5

Miedo al dolor asociado al parto:

0	1	2	3	4	5

Anexo 4: Consentimiento Informado

Tema: *La psicoprofilaxis obstétrica como programa para la reducción de la ansiedad en gestantes que acuden al centro de salud Conocoto durante el periodo 2019 de julio-diciembre.*

Se invita a usted de la manera más comedida a participar del proyecto de investigación que está bajo la responsabilidad de Emily Tamayo de la carrera de Terapia Física de la facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Es de gran importancia que usted lea y entienda los principios básicos que se aplicaran a todas quienes participen en el proyecto: 1) Su participación dentro de este estudio es completamente voluntaria; 2) No hay beneficios de carácter personal en su participación en él estudió, pero la información adquirida a través del mismo beneficiará a otras personas; 3) Usted podrá retirarse en cualquier momento del proyecto de investigación.

La razón por la que usted fue invitado a participar de este proyecto es para determinar qué tan efectivo resulta el programe de psicoprofilaxis obstétrica como tratamiento para reducir el nivel de ansiedad de las gestantes. El proyecto incluye: 1) Se llenará un cuestionario sobre diferentes factores sociodemográficos personales; 2) Se aplicará un test para medir el grado de ansiedad que presenta pre y post terapia mediante psicoprofilaxis obstétrica.

Riesgos

Los riesgos asociados a este estudio son: Dolor lumbar o de otra parte del cuerpo asociado al ejercicio, disnea, taquicardia, debilidad muscular y mareos.

Beneficios

Todas las evaluaciones realizadas son completamente gratuitas y todos los resultados serán entregados a cada una de las participantes.

Confidencialidad

Su privacidad y la información obtenida del cuestionario de datos sociodemográficos y del test de ansiedad son estrictamente confidenciales. Sin embargo, el investigador tendrá acceso a sus datos. Cuando los resultados del estudio estén listos para ser publicados únicamente en la universidad, en estos no se incluirá su nombre ni ningún otro dato relacionado con su identidad, estos serán codificados mantenidos en absoluta reserva,

Problemas o preguntas

Si hubiera algún problema o pregunta al respecto usted puede contactarse con Emily Tamayo- 0984690578.

Nombre y Apellido:

He leído o me han sido leídos todos los detalles del estudio y he tenido la oportunidad de discutir y hacer preguntas sobre el proyecto. Una vez comprendido el objetivo de este proyecto de investigación doy mi consentimiento para ser parte de este estudio.

……..

Firma y Fecha

……..

Firma del investigador y fecha