



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PARTERAS**

**Emociones predominantes en cada trimestre del embarazo**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Adriana Carballo

Br. Camila Cardoso

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Andrea Akar

CO TUTORA: Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues

Montevideo, Marzo 2022

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar agradecemos la oportunidad de rotar por el Centro de Salud Ciudad Vieja, como parte de las rotaciones del ciclo internado obligatorio de la Carrera Obstetra Partera, ya que nos permitió conocer realidades y culturas diferentes. Al pasar por este centro comprendimos la importancia de tener en cuenta la percepción de la maternidad en el extranjero, ya que las situaciones que viven este grupo de usuarias posiblemente distan mucho de las usuarias uruguayas.

Agradecemos el aporte de nuestras tutoras, Fernanda Rodrigues, Obstetra Partera G2 y Mercedes Viera, Licenciada en Psicología, G3, quienes nos acompañaron en este proceso; al igual que todas las personas que de uno u otro modo aportaron a la posibilidad de la ejecución de este trabajo.

## TABLA DE CONTENIDOS

● Agradecimientos .....	2
● Tabla de contenido .....	3
● Resumen/Abstract, palabras claves/Keywords .....	5
● <b>CAPÍTULO I</b> .....	8
1.1 Introducción .....	9
● <b>CAPÍTULO II</b> .....	12
2. Antecedentes .....	13
2.1 Internacionales .....	13
2.2 Nacionales .....	14
● <b>CAPÍTULO III</b> .....	16
3. Marco teórico .....	17
3.1 Embarazo.....	17
3.2 Emociones .....	18
3.3 Cambios biológicos y psicológicos en el embarazo .....	20
3.4 Trayectoria emocional según la edad gestacional.....	23
3.5 Percepción de la maternidad en el extranjero.....	26
3.6 La educación y la maternidad .....	28
3.7 Apoyo percibido por la usuaria .....	29
3.8 Experiencias en gestaciones anteriores.....	30
3.9 Salud y cambio en el paradigma de atención .....	33
3.10 Los cuidados prenatales de rutina.....	36
3.11 Perfil de la obstetra-partera .....	39
● <b>CAPÍTULO IV</b> .....	42
4 Objetivos.....	43
4.1 Objetivo general .....	43
4.2 Objetivos específicos .....	43
● <b>CAPÍTULO V</b> .....	44
5. Metodología .....	45
5.1 Enfoque y diseño metodológico .....	45
5.2 Unidad de análisis .....	46
5.3 Técnica de recolección de datos y análisis de datos .....	47
● <b>CAPÍTULO VI</b> .....	50

6. Cronograma de ejecución .....	51
● <b>CAPÍTULO VII</b> .....	52
7. Consideraciones éticas .....	53
● Referencias bibliográficas .....	55
● Anexo 1.....	60
● Anexo 2.....	62

## RESUMEN

El embarazo ha sido estudiado por los científicos a lo largo del tiempo, siendo objeto de investigación, preocupación y prevención, seguramente esto radique en que es el único estado biológico en el que la intervención de una persona incide inmediatamente en otra. Durante el proceso del embarazo la mujer desencadena tanto una serie de cambios físicos como emocionales. La salud mental puede verse afectada durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, por lo que es un punto a considerar al transitar estas etapas.

El bienestar y confort se puede llegar a lograr mediante la información, de ahí la importancia de generar un espacio de empatía, guía y escucha adecuados a la usuaria. Para poder ayudarles y brindarles esa guía, necesitamos saber cuales son sus preocupaciones, miedos, preguntas, etc. es por eso que esta investigación encuentra valor; nos permitirá lograr un acercamiento y guía más adecuados, a esto agregamos la importancia de este enfoque en la salud física del binomio, emociones intensas como estrés, preocupación y ansiedad pueden traer consigo afectación del neurodesarrollo emocional y conductual del niño(a) incluso hasta el inicio de la edad adulta, amenazas de parto pretérmino, nacimientos prematuros y dentro de este punto, todas las dificultades que engloba un nacimiento pretérmino a nivel familiar, económico y sanitario.

El objetivo principal de este trabajo es relevar las emociones predominantes en cada trimestre del embarazo. Para ello se llevará a cabo en el Centro de Salud Ciudad Vieja, en el periodo de un año, una investigación cualitativa, mediante la realización de entrevistas abiertas a gestantes que estén dispuestas a participar, dando su consentimiento oral y escrito.

Al finalizar esta investigación se busca lograr una mayor comprensión y visibilización de las emociones que viven las usuarias en cada trimestre de su gestación, con el fin de poder labrar una atención obstétrica más completa, teniendo en cuenta a la usuaria como ser biopsicosocial y no meramente realizar el control prenatal; además, dadas las escasas referencias sobre esta temática en nuestro territorio nos parece de suma importancia llevar a cabo dicha investigación.

## **ABSTRACT**

Pregnancy has been studied by scientists over time, being the subject of research, concern and prevention. It may be due to the essence of gestation: this is the only biological state in which the intervention of one person immediately affects another. During this process, women trigger physical and emotional changes. Mental health can be affected during pregnancy, childbirth or puerperium, so it is an important point to consider when going through these stages.

Wellness and comfort can be achieved through information, hence the importance of generating a space of empathy, guidance and adequate listening to the patients. In order to help them and provide guidance, we need to know about their concerns, fears, questions, etc. That is why this research finds value. It will allow us to achieve a more adequate approach and guide. We stressed the importance of this focus on the physical health of the binomial, intense emotions such as stress, worry and anxiety can bring about affectation of the child's emotional and behavioral neurodevelopment even up to the beginning of adulthood, threats of preterm birth, premature births and within this point, all the difficulties that a preterm birth encompasses at a family, economic and health level.

The main objective of the work is to relieve the predominant emotions in each trimester of pregnancy. For this, a qualitative research will be carried out in the Centro Salud Ciudad Vieja, over a period of one year, through open interviews with pregnant women who are willing to participate, giving their oral and written consent.

At the end of this research, we expected to achieve a greater understanding and visibility of the emotions experienced by users in each trimester of their pregnancy, in order to be able to develop a more complete obstetric care, taking into account the user as a biopsychosocial being and not merely carry out a prenatal control. In

addition, given the few references on this subject in our territory, it is of utmost importance to carry out this research.

*KEYWORDS: Pregnancy, Emotion, Trimester*

---

## CAPÍTULO I



## 1. INTRODUCCIÓN

Para todas las personas, la salud mental, física y el bienestar social son componentes vitales ligados entre sí. Con el desarrollo del conocimiento de esta interrelación, surge más claramente que la salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países.

Se ha demostrado que pacientes con patologías mentales cumplen con menor frecuencia tratamientos o recomendaciones médicas estando expuestos a un mayor riesgo. En lo que respecta a los trastornos mentales de mayor frecuencia, siendo estos los trastornos de ansiedad y del humor, se ha observado que presentan mayor incidencia en el sexo femenino. A su vez se han reconocido etapas de mayor vulnerabilidad en la vida de la mujer, como sería la adolescencia, el embarazo, el puerperio y la perimenopausia.

Se sugiere que la fisiopatología que condiciona este fenómeno comprende una asociación entre los cambios hormonales y las alteraciones de los neurotransmisores, así como una adaptación anormal a los cambios hormonales en mujeres vulnerables. De igual manera, existe una serie de factores psicológicos, sociales y culturales que hacen a la mujer más frágil en relación a los problemas emocionales durante diferentes etapas de la vida reproductiva.

El embarazo es una etapa vulnerable en la que se transita por diferentes emociones, entendiendo esto podemos emular mejor el concepto de salud, apoyando el camino emocional de las gestantes, ayudando a evitar consecuencias físicas desencadenadas por problemas emocionales, como lo son los embarazos sin control, abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual, complicaciones perinatales, amenazas de parto pretermino, entre otras.

Hasta el momento se han realizado pocos estudios que indaguen la esfera emocional de la mujer embarazada en este aspecto específico. Como se menciona en los antecedentes se encontraron investigaciones a nivel de España, Ecuador y solamente dos trabajos en Uruguay; lo que indica que hay limitada información respecto a este tema.

Es por estos motivos que nos parece pertinente abordar las emociones y sentimientos de las usuarias embarazadas que llegan al Centro de Salud Ciudad Vieja para de esta manera poder brindar un servicio integral.

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer más acerca del aspecto emocional de cada grupo de embarazadas que concurre al control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Vieja.

Para llevar esto a cabo, se propone una investigación de singularidad cualitativa, en la que se realizarán entrevistas a las usuarias que cumplan los criterios de inclusión y no presenten los de exclusión, expuestos en el apartado de metodología. El trabajo se realizará en la policlínica del Centro de Salud Ciudad Vieja, durante el periodo de un año, en las que se tomará registro de las respuestas a las preguntas abiertas planteadas.

Las hipótesis que se plantean al abordar el trabajo son las siguientes:

- En el primer trimestre se desarrollan temores, ya que es donde se recibe la noticia del embarazo actual, puede provocar miedos en cuanto a qué camino tomará su vida, su futuro, el qué dirán las demás personas, la situación económica, laboral, de pareja, etc.
- El segundo trimestre seguramente sea el más disfrutable porque aparaceran los primeros movimientos fetales y la madre conocera el sexo de su bebe.
- En el último trimestre puede aparecer el miedo al parto, al dolor o a que el niño nazca con dificultades físicas.

A fin de lograr una comprensión de los temas a tratar, el presente protocolo de investigación está dividido en capítulos y apartados. Dentro del capítulo I encontramos la introducción. El capítulo II está enfocado en plasmar antecedentes tanto a nivel mundial como nacionales de la temática a tratar. En el capítulo III, se presenta el marco teórico, desarrollaremos apartados con conceptos básicos inherentes a: el embarazo, las emociones, cambios biológicos y psicológicos que

conlleva la gestación, trayectoria emocional según la edad gestacional, percepción de la maternidad en el extranjero, la educación y la maternidad, apoyo percibido por la usuaria, experiencia en gestaciones anteriores, salud y cambios en el paradigma de atención, control prenatal y perfil de la Obstetra Partera.

Los siguientes capítulos estarán destinados a proponer los objetivos (general y específicos), presentar la metodología de investigación, el cronograma de actividades que ha de tenerse presente en el momento de llevar a la práctica este trabajo y por último, se explicarán las consideraciones éticas necesarias.

## **CAPÍTULO II**

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1. INTERNACIONALES:

En Oviedo-España la matrona y psicoterapeuta M<sup>o</sup> Isabel Castello López publicó en el año dos mil seis un escrito al que llamó “*Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio*” en este trabajo desarrolló las emociones más prevalentes de las mujeres embarazadas en cada trimestre teniendo en cuenta factores que pueden influir en sus emociones, como lo es, la noticia del embarazo, los estudios paraclínicos, malos resultados obstétricos previos, enfermedades, su entorno entre otras.

Propone que en el primer trimestre las emociones más prevalentes son el miedo, lo que lleva a mayores tasas de estrés y ansiedad, a parte de, la confusión, la alegría y tristeza, Castello lo resume como un “*estado emocional de intranquilidad o inquietud*” (Castello,2006), aunque hacía al final de esta primera etapa surjan emociones positivas.

En el segundo trimestre se vuelve a repetir el miedo hasta no realizar la ecografía morfoestructural y tranquilidad en el caso de que se confirme que todo cursa con normalidad; a este trimestre se le añade también la aparición de los primeros movimientos fetales pudiendo generar en la embarazada gran satisfacción.

En el tercer trimestre describe emociones como la alegría e ilusión al principio y ya hacia el final de este periodo renace nuevamente el miedo dada la cercanía al parto y las incomodidades físicas.

Al finalizar su trabajo presenta una serie de seis recomendaciones para la atención de la usuaria. (López, 2016)

A nivel de América Latina, en Ecuador, en el año dos mil quince, tres estudiantes avanzados de la licenciatura de enfermería, Ángel Morocho, Gabriela Orellana y Jenny Ortega realizaron una investigación a la que titularon “*Cambios emocionales en las diferentes etapas del embarazo de las gestantes que acuden a control por*

*consulta externa del área de salud N° 1 Pumapungo perteneciente a la zonal 6”*, el estudio se aplicó en ciento cincuenta mujeres gestantes con el objetivo de determinar los cambios emocionales en las diferentes etapas de la gestación. Para la metodología se utilizó un formulario basado en la escala de complicaciones prenatales psicológicas de Edimburgo. Los datos obtenidos de las embarazadas se procesaron como promedios y porcentajes en el programa SPSS 15.0.

De la muestra que pudieron investigar un veintiséis por ciento de las gestantes se encontraban en el primer trimestre, un cuarenta por ciento en el segundo, y, un treinta y cuatro por ciento en el tercer trimestre. Los resultados evidenciaron que en el primer trimestre los cambios emocionales más significativos son la alegría presente en el ocho por ciento, temor, confusión, llanto y estrés, presente en el siete por ciento y en un menor porcentaje la ansiedad. Con respecto al segundo trimestre las emociones más características fueron la tranquilidad manifestada en un ocho punto siete por ciento, felicidad, en el seis por ciento y sensibilidad en menor medida; en el tercer trimestre por otra parte presentaron ansiedad, angustia y temor, en el siete punto tres por ciento.

Dados estos resultados, en las conclusiones, como a modo de recomendaciones, proponen que los aspectos emocionales en la gestación sean tratados desde una nueva perspectiva involucrando a todas las áreas de la salud, también se menciona la importancia de que el personal de la salud sea capaz de crear espacios de información, escucha, sensibilidad y confidencialidad para con la usuaria, además de promover talleres con grupos de gestantes en donde se predisponen charlas de cómo sobrellevar la gestación parto y puerperio. (Morocho et al., 2015)

## **2.2. NACIONALES:**

En Uruguay, en el año dos mil quince, se realizó un pre proyecto de investigación final efectuado por Paola Larrosa titulado *“Aspectos psicológicos en la atención a la embarazada en los centros CAIF de Montevideo”*. En este trabajo se propone abordar aspectos psicológicos de la atención a mujeres primerizas que cursan el tercer trimestre e indagar la manera en que son cubiertos asistencialmente estos aspectos, ya que se plantea que los mismos son relegados por los aspectos

biológicos. Se proyectó realizar entrevistas en profundidad a personal técnico de Salas de encuentro de los centros CAIF y grupos focales con madres embarazadas primerizas que concurren a dichas salas, sin embargo, dado que este trabajo es únicamente un preproyecto de investigación, no contamos con conclusiones del mismo. (Larrosa, 2015)

En 2019, como parte de la licenciatura en Trabajo Social, Claudia Andrea Fagundez Rodriguez realizó una tesis nombrada *“Aproximación a la realidad social y emocional del embarazo y maternidad adolescente en situación de exclusión sociocultural. Partiendo de la experiencia práctica con mujeres adolescentes embarazadas en el programa Uruguay Crece Contigo”*.

El objetivo del presente trabajo consistió en realizar una aproximación a la realidad social y emocional de las mujeres embarazadas entre catorce y diecinueve años, en situación de exclusión sociocultural, que participaron del programa antes mencionado (Uruguay Crece Contigo) en el periodo dos mil trece a dos mil dieciocho.

Como resultados se obtuvieron que el setenta y siete punto dos por ciento de las usuarias perciben apoyo por parte de su pareja, familia y/o amigos, diecinueve punto cuatro por ciento notaba un apoyo parcial y una cantidad mínima, un tres punto cuatro por ciento no se sentía acompañada. Con respecto a la probabilidad de desarrollar depresión y utilizando la escala de Edimburgo, se evidenció que un setenta y cuatro punto nueve por ciento no presentaba riesgo de padecerla y un número más chico pero no menor en importancia, un veinticinco punto un por ciento si tenía predisposición a desarrollar afectaciones psicológicas.

## **CAPÍTULO III**



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. EMBARAZO

Entendemos por embarazo al período destinado a la formación y crecimiento del feto con los consecuentes cambios en la mujer. La gestación, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Guerrero et al., 2012), se extiende desde el momento en que termina la implantación del blastocisto en la cavidad uterina, proceso que inicia cinco-seis días después de la fecundación y finaliza a los doce-dieciséis días después de la misma, hasta el momento del parto. El embarazo dura idealmente treinta y siete-cuarenta semanas contadas desde el primer día de la fecha de la última menstruación (FUM) de la mujer hasta el día del parto. Hablamos de parto pretérmino cuando el nacimiento se efectúa antes de las treinta y siete semanas, embarazo en vías de prolongación cuando se extiende más allá de las cuarenta y un semanas y embarazo cronológicamente prolongado al que dura cuarenta y dos semanas o más. Cuando la usuaria refiere una fecha de última menstruación cierta, es decir que la recuerda con exactitud, segura, cuando sus tres ciclos previos se mantuvieron con similares características y confiable, cuando no se estaba empleando medicación anticonceptiva ni estaba amamantando, la fecha probable de parto puede ser calculada a través de varios modelos, entre ellos, regla de Pinard, al día que terminó la menstruación se le agregan diez días y se retroceden tres meses, regla de Naegele, al primer día de la última menstruación se le agregan siete y se retroceden tres meses o por medio de la regla de Wahl, la cual ha sido la más utilizada, al primer día de la última menstruación se le agregan diez días y se retroceden tres meses (Schwarcz, 2005).

De manera práctica se divide el embarazo en tres trimestres, según Guía del Ministerio de Salud Pública (MSP); el primer trimestre se extiende desde la semana uno hasta completar la semana catorce, el segundo trimestre va desde la semana quince hasta la semana veintiocho y el último trimestre se extiende desde la semana veintinueve hasta el parto (MSP, 2014).

Clínica Barcelona clasifica el embarazo en bajo, medio, alto y muy alto riesgo, definiendo al embarazo de bajo riesgo como *“aquel que transcurre sin que factores*

*desfavorables (biológicos, psicológicos, socio-demográficos) y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo, interfieran en su normal evolución” (Hernandez et al., 2018).*

### **3.2. EMOCIONES**

Al igual de importante que fue definir el embarazo y sus trimestres es necesario comprender a qué nos referimos cuando hablamos de emoción ya que este trabajo tiene como objetivo general relevar las emociones predominantes en cada trimestre del embarazo.

A pesar de que, como menciona Wenger, *"casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla"* (Wenger, 1962 como se citó en Montañès et. al., 2005, p. 3), las emociones globalmente se definen como *"un proceso desencadenado por la valoración cognitiva de una situación que produce una alteración en la activación del organismo"* (Fernández-Abascal, 1997 como se citó en Fernández y Sánchez, 2006), es decir, las emociones son respuestas neuro psicofisiológicas a una situación externa o interna que cada persona interpreta de manera diferente dependiendo de su vivencia pasada, cultura, valores y creencias. Están basadas en el presente, sin embargo, son influenciadas por el pasado y ejercen peso sobre el futuro.

*"Las emociones son experiencias multidimensionales con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo".* (Montañès, 2005) El componente cognitivo/subjetivo hace referencia a lo que sentimos, cada emoción se asocia a determinados tipos de pensamientos, la mayoría de las emociones pasan a la corteza cerebral, es decir la mayoría de las emociones pasan por esta dimensión primeramente antes de llegar a las otras dos. Sin embargo no es así en el caso de miedo agudo, por ejemplo, si nos encontramos de repente frente a un gran peligro como sería cruzarnos con una serpiente a punto de atacar, muchas personas saldrían corriendo de inmediato, sin pensarlo, es decir, dada la gravedad de la situación, la información alcanza la amígdala y el sistema emocional bloquea el paso a la corteza cerebral actuando de manera inmediata. El componente conductual/expresivo se trata de las acciones, es lo que hacemos

muchas veces sin pensarlo como se describió anteriormente. Finalmente, el componente fisiológico/adaptativo es la vivencia visceral, por ejemplo: llorar, taquicardia, sudoración, tensión muscular, respiración alterada. Muchas veces estas dimensiones pueden estar en discordancia o alguna de ellas puede ser más evidente o importante dependiendo de la situación.

La teoría tridimensional del sentimiento de Wundt se adapta a las emociones, esta plantea analizar las emociones bajo tres dimensiones: agrado-desagrado; tensión-relajación y excitación-calma, puede llegar a comprenderse cada emoción dependiendo de la mezcla específica de estas tres. (Montañès, 2005)

Las emociones tienen tres funciones principales: adaptativa, social y motivacional. La función adaptativa considerada la más importante es aquella que dirige nuestras acciones, de manera que nos acerquemos o alejemos de tal posición, situación y/o persona. La función social pretende dar a entender al entorno cuál fue la respuesta al estímulo que se presentó, tiene papel primordial en el relacionamiento interpersonal; aún la represión emocional da una respuesta de cómo nos sentimos, permite a los demás predecir nuestro comportamiento futuro a través de los tres sistemas de comunicación: verbal (palabras), no verbal a partir de nuestros gestos, posturas, etc y paraverbal dependiendo del tono, timbre de la voz, velocidad, etc. La función motivacional es un poco más compleja que las anteriores, relaciona la emoción con la motivación de modo que, *“toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras”* (Montañès, 2005, p.6) por ejemplo la tristeza (emoción) lleva a tomar ciertas medidas habitualmente de supervivencia (conducta motivada).

En resumen las emociones son la unión de lo que sentimos, la respuesta de nuestro organismo a ello y lo que nos motiva a actuar, puede ser negativo o positivo, de baja o gran intensidad o de corta o larga duración con lo cual todo esto produce una expresión que puede ser identificada por nuestro entorno.

### 3.3. CAMBIOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

La gestación es considerada un proceso fisiológico que implica cambios anatómicos, funcionales, bioquímicos, sociales y psicológicos en la gestante, dichas modificaciones, que involucran casi sin excepción a todos los órganos y sistemas, representan las adaptaciones maternas con el objetivo de llevar a cabo un correcto desarrollo y crecimiento fetal. (Guadrrama et al., 2020)

A continuación mencionaremos los cambios biológicos por los que transita la mujer embarazada, y profundizaremos posteriormente en los cambios psicológicos.

En cuanto al aspecto general son posibles tres reacciones, aquella gestante que se siente mejor que cuando no estaba embarazada, aquella que no ha manifestado cambios en su estado general y en menor medida, las que se tornan demacradas y psicológicamente deprimidas, en este caso pueden presentarse problemas de nutrición, miedo, tensión psíquica y estrés. (Schwarcz, 2005)

La marcha se ve modificada por el cambio del centro de gravedad que el estado grávido supone, compensado por la hiperlordosis lumbar y apoyado por un característico aumento de la base de sustentación. (Schwarcz, 2005)

El peso corporal a término aumenta alrededor de unos once kilogramos, o, veinte por ciento del peso habitual, esta elevación ponderal viene dado por el feto, la placenta, líquido amniótico, útero, mamas y el aumento del líquido extracelular. En cuadros de hiperemesis gravídicas puede presentarse adelgazamiento, principalmente durante el primer trimestre. (Schwarcz, 2005)

El nivel de temperatura basal aumenta en el embarazo, aproximadamente de cero punto tres a cero con seis grados celsius. Aparecen cambios a nivel de la piel, músculos, huesos y articulaciones. Son frecuentes la tumefacción e hiperemia de las encías, las odontalgias y las caries dentales. (Schwarcz, 2005)

En cuanto a la sangre, hay aumento en la volemia y sus componentes (elementos formes, electrolitos, enzimas, aminoácidos, proteínas, lípidos, glicemia, coagulación,

vitaminas) que aumentan y disminuyen en el embarazo y a lo largo de él, muchos de ellos hasta alcanzar valores duplicados al estado de una mujer no embarazada. (Schwarcz, 2005)

Con respecto a grandes órganos, el corazón aumenta su volumen a partir de la semana catorce; en el aparato respiratorio se produce una considerable hiperventilación; en los riñones, la velocidad de filtración glomerular aumenta; se observa reflujo vesicoureteral; acortamiento de esófago, dilatación del cardias y atonía del píloro. (Shwarcz, 2005).

En relación con el sistema nervioso, el papel del embarazo en su alteración es evidente, pudiéndose manifestar insomnio, afectación de nervios en rostro, cefaleas, calambres, vértigos, lipotimias, es decir, pérdida breves del conocimiento, etcétera; a menudo hay cambio de carácter, en gran parte explicado por todas las modificaciones que la mujer padece en esta etapa, todo su organismo y su vida toma nuevos roles, le preocupa su salud, la del niño, su situación económica, social, familiar, etcétera. (Schwarcz, 2005).

Aunque el embarazo es considerado generalmente como un período de expectativas únicamente positivas y felices, hay retos emocionales importantes para la usuaria, su pareja y/o las personas de su entorno.

La primera persona en cuestionar la idealización del embarazo como un periodo de felicidad completo, repleto de aspectos únicamente positivos fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim, este hecho marcó el inicio de una secuencia de investigaciones con respecto a las patologías mentales de las gestantes y las repercusiones que tienen sobre ellas mismas y sus hijos (Perez, 2013).

Algunas usuarias transitan este proceso acompañadas por alguien, mientras que otras recorren esta etapa de miles de cambios solas y/o en soledad, constituyendo esto un factor de riesgo primordial para su salud mental y física. Uno de los primeros retos es reconocer el hecho de que no se trata de un camino perfecto, se debe asumir que habrá incertidumbres, miedos y dudas y parte de sobrellevar

correctamente este proceso es saber acudir a la persona correcta ante estas situaciones (Maldonado, 2011).

Las casi incontables modificaciones físicas generan impactos emocionales, en este sentido es primordial el estado emocional previo al embarazo. En el control de la adaptación materna, este aspecto no debe omitirse, ya que constituye un conocimiento básico para la correcta asistencia de la gestante.

Otro punto a evaluar es la influencia de conceptos sociales respecto al embarazo y el parto, ya que contribuyen a cómo se sobrelleva este proceso. Se ha visto que si se comparan sociedades donde se considera el embarazo como un estado nauseoso y al parto como el mayor dolor de la vida de la usuaria, con sociedades donde estos conceptos no rodean a las mujeres, se obtienen resultados positivos en las segundas, transcurriendo este proceso de manera más óptima. (Maldonado, 2011)

La noticia del embarazo no siempre se toma con alegría, a veces hay miedo, rechazo, inseguridad, aun cuando el embarazo sea deseado puede haber en la mujer algún grado de estos sentimientos. Más del treinta por ciento de los embarazos no han sido planificados lo que puede ocasionar que los sentimientos negativos sean mayores. (Maldonado, 2011)

Al inicio de la gestación, la embarazada tiende a retraerse, necesita adaptarse a la nueva realidad. A menudo experimentan un cansancio notable así como somnolencia y aumento del apetito, otros síntomas frecuentes dado por los cambios hormonales son las náuseas y vómitos, es probable que en algunas culturas tradicionales estos síntomas sean menores. Las usuarias pueden pensar que no es sensato mostrarse demasiado felices con la gestación por creer que esto resulte en mala suerte o crear sentimientos de envidia por otras personas, lo cual provocaría sentimientos negativos, implicando que el embarazo puede mantenerse en secreto los primeros meses. (Maldonado, 2011)

Al avanzar el embarazo se va produciendo la adaptación a las modificaciones del esquema corporal y la aparición de movimientos fetales le produce a la mujer sosiego y una sensación de plenitud y compañía permanente. La embarazada en

este periodo se permite fantasear en cómo va a ser físicamente su hijo, cómo va a ser su personalidad y hasta cómo será ella como mamá. En esta etapa es frecuente que tenga “ensoñaciones” con respecto a cómo se vera su bebé, su sexo, a cual de los progenitores sera mas parecido, piensa en diferentes nombres, el color de ojos y su carácter. Este trabajo mental es importante para preparar a la usuaria para conocer al “bebe real”. (Maldonado, 2011)

Al final de la gestación, la inquietud y ansiedad aumentan, el parto se aproxima y con ello también la incomodidad física, los miedos a las malformaciones y muerte del bebé o de ella misma. El miedo al parto está íntimamente relacionado con el miedo a la muerte. Aparecen temores respecto al parto prematuro y ansiedad de resolver todos los detalles para el arribo del recién nacido al hogar. (Maldonado, 2011).

A continuación se detallarán características que pueden influenciar en las emociones de las usuarias durante el embarazo.

### **3.4 TRAYECTORIA EMOCIONAL SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL**

Como mencionamos anteriormente, los diferentes trimestres de embarazo pueden vivirse de manera diferente y fluctuante, dado por el proceso que significa la gestación.

Durante el primer trimestre es donde habitualmente se recibe la noticia del embarazo o donde la mujer comienza a sospechar la posibilidad de uno. Junto con la noticia vienen encaminados a su vez una serie de emociones y pensamientos que serán positivos y/o negativos, dependiendo de cada mujer, de sus deseos, sus vivencias y creencias, de hecho aun cuando conscientemente se desee el embarazo pueden presentarse en la usuaria sentimientos de ambivalencia por la noticia. Tanto para las mujeres que han logrado un embarazo que ha sido muy deseado como para aquellas que ha sido una sorpresa, el hecho de saber que se encuentra embarazada causará sentimientos encontrados en la paciente. Con el avance de la tecnología se

ha podido implementar en las primeras semanas de embarazos técnicas ecográficas que permiten a la futura madre ver a su futuro niño@ a través del monitor, esto permite aceptar aún más la idea de esta realidad.

Por una parte, la paciente tendrá varios sentimientos, se encontrará feliz, con ganas de contarlo a su familia, amigos, así también por otro lado dudará de todo; las mujeres pueden pensar si es un buen momento, si generará cambios en la vida de pareja, si podrá brindar el cuidado adecuado a su bebe junto con las responsabilidades que tiene como su trabajo, familia, amigos, etc. En esta situación la paciente podrá experimentar sentimientos desde euforia a tristeza en cuestión de minutos. La inseguridad emocional es normal en estos primeros meses y forma parte del proceso de adaptación psicológica para todo lo que está por venir.

En estos primeros momentos, la paciente estará muy pendiente de su cuerpo y de los cambios que se irán produciendo. En este proceso el temor a perder el embarazo y las primeras molestias como las náuseas, cansancio, mareos, serán algunos de los desafíos recurrentes.

Durante el segundo trimestre la idea fantasiosa de ser madre se confirma poco a poco a medida que la usuaria va notando cambios físicos. El miedo a un aborto y los temores por los cambios en su cuerpo se alejan, en esta etapa las pacientes logran disfrutar más. Además, comienza una relación especial con su bebé al experimentar cambios con el crecimiento del feto. Por ejemplo, los movimientos y ligeras patadas, brindan emociones a la madre.

En el primer trimestre la libido se ve disminuida, y en el segundo trimestre va progresivamente en aumento. La paciente se siente en armonía consigo misma a través de los cambios que va experimentando.

En esta etapa, la paciente siente mayor optimismo y sus intereses se centran más en su bebe, al lograr una mayor confianza con el proceso del embarazo la paciente se



proyecta ideas a futuro. Es común que las madres puedan perder la concentración, por ejemplo al olvidarse de las cosas, ya que es un tiempo en que aumentan las tareas. Entre esas tareas se encuentran las visitas a su centro de salud para el control prenatal, asistencia a cursos de preparación para la maternidad, compras para el bebe, etc. En este estado de varias actividades es normal que puedan tener una serie de pesadillas en sus sueños como parte de los cambios internos y externos que están viviendo. Desde otro punto de vista, algunas pacientes pueden tener temor de perder el atractivo, generado por los cambios en su fisonomía.

En el tercer trimestre estos cambios físicos se acentúan sumado al miedo que suele aparecer con respecto al parto, miedo a su evolución, miedo al dolor y a que su hijo no nazca sano, en este periodo también aparece la ilusión de su llegada y el deseo de tener a su hijo en brazos. Este trimestre será una experiencia más sentimental para la paciente, el correr de los meses brindará más entusiasmo, y algunas actividades como mirar las fotos de las últimas ecografías o mirar una película que trate de niños, estas acciones podrían desencadenar emociones fuertes.

Los sentimientos maternales en general, tanto en la paciente como en su entorno se acrecientan, dependiendo del apoyo que reciban. Se puede decir que las pacientes viven en una pequeña burbuja en la que todo lo que no es su estado y el niño que esperan pierde interés y por eso, algunas usuarias, desean compartir sus experiencias con otras madres y en especial con embarazadas. En la recta final del embarazo, nuevamente aumentan las diferentes molestias, a la vez que los temores, entre ellos el temor a que el día del parto llegue.

Durante el embarazo muchas pacientes han reclamado más cariño y contención de lo habitual, algo que aumenta en este último trimestre, por tal motivo, la contención de la pareja y familia es vital en esta etapa.

Unos días antes del parto, muchas embarazadas, se preocupan por tener todo en orden, cambiar los muebles de lugar, preparar el cuarto, etc. Las pacientes se encuentran más desbordantes de energía y dispuestas que en los meses anteriores del embarazo. (Maldonado, 2011)

A pesar de las diferentes vivencias en cada trimestre Fernández y Sánchez, de la Pontificia Universidad de Salamanca, señalan que la edad gestacional no es significativa al relacionarla con depresión (Fernandez y Sanchez, 2012 como se citó en Borda et al., 2013); Figueredo, por otra parte, observó que la depresión se concentraba en el tercer trimestre, pero no obtuvo significancia estadística (Figueredo et al., 2007 como se citó en Borda et al., 2013). Resultados similares se observaron en el trabajo de Borda (Borda, 2013).

### **3.5. PERCEPCIÓN DE LA MATERNIDAD EN EL EXTRANJERO**

Dado que el Centro de Salud Ciudad Vieja cuenta con un gran porcentaje de madres extranjeras, incluimos dentro del marco teórico la percepción de la maternidad en el extranjero ya que esto puede tener impacto en su vivencia emocional.

En una entrevista titulada “Las Luces y las Sombras de una Maternidad Expatriada” realizada por el diario El País, a la psicóloga Celia Arroyo, fundadora de Augesis, se explicó que el embarazo suele presentarse como un duelo; en psicología esta palabra significa “pérdida”. A lo largo de la vida perdemos y ganamos; trabajos, amigos, parejas y hasta funciones corporales. En este caso la maternidad en sí misma conlleva un duelo, y esto debido a que implica perder el estilo de vida que se tiene (Diario El País, 2019).

Por otra parte, cuando se vive en el extranjero se añade lo que Joseba Achotegui denomina los siete duelos del inmigrante. Estos son la pérdida de la familia y los amigos, la lengua, la cultura, los paisajes y la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de origen y la seguridad física. (Achotegui, 2000 como se citó en Rubio, 2012). La emigración para una mujer embarazada implica la renuncia a criar a los hijos en el propio país, lejos de las personas con las que han crecido, que conforman su grupo de apoyo, y que proporcionan seguridad emocional.

Las mujeres que son madres en el extranjero se enfrentan a varias barreras, emocionales así como culturales, de idioma, etc. Además de los retos de ser madre que toda mujer pasa durante este proceso se une el hecho del desarraigo, la soledad, cambio de idioma, adaptación en general. Estar fuera del país de origen, de la familia, en otra cultura, implica la necesidad de encontrar nuevas redes de apoyo, hacer amigos nuevos, los cuales en muchos casos se logran después de muchos años.

Entre las preocupaciones de las mujeres que se enfrentan a vivir la maternidad fuera de su país de origen, se destaca que les inquieta no poder compartir esa experiencia con los familiares y amigos, que sus hijos tengan una relación estrecha con sus abuelos, tíos o primos; también la cultura es un tema que provoca cierta ambivalencia, el desafío a que sus hijos no se identifiquen con la cultura, que no compartan con ellas esa identidad.

Estamos acostumbrados a asociar el embarazo como la maternidad con etapas positivas llenas de felicidad, sin embargo, también son tiempos muy duros física y emocionalmente, en algunas ocasiones pueden ser momentos de mucha soledad aun viviendo en nuestro país. Las extranjeras embarazadas no solo pasan por la soledad que el embarazo presenta en muchas ocasiones sino que también se le suma el hecho de estar lejos de su lugar de “confort” por así llamarlo. (Diario El País, 2019).

### 3.6. LA EDUCACIÓN Y LA MATERNIDAD

La educación formal, entendida como un proceso de enseñanza y aprendizaje transmitido en institutos educativos oficiales, organizada en niveles o modalidades, es el sistema educativo propuesto por el Estado de la República Oriental del Uruguay para garantizar el desarrollo de competencias para la vida. (IMPO, 2020). Ha sido identificada como un factor protector en salud, suscitando conductas saludables y proporcionando herramientas para el afrontamiento de adversidades médicas. Es así, que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), una organización internacional cuyo objetivo es identificar y construir políticas que fomenten el bienestar general, en su proyecto “*Entendiendo los resultados sociales de la educación*”, ha creado un modelo que explica la influencia positiva de la educación en la salud, mejorando indicadores de salud objetivos y la autopercepción de buena salud.

Extrapolando este concepto al embarazo, es esperable encontrar algún grado de beneficio en su desarrollo y resultado a mayor nivel educativo. Sin embargo la evidencia es contradictoria. (Glazier R. et al., 2004) registraron que los síntomas ansiosos y depresivos se presentaron con una relación inversamente proporcional a mayor grado de educación. En cambio, (Borda M. et al., 2013) en su trabajo no encontraron diferencias significativas en cuanto a la incidencia de depresión entre las pacientes con un nivel educativo menor o mayor al título de bachillerato. Datos similares registraron (Leis y Gallegos, 2018) al valorar como los niveles de estrés, depresión y ansiedad se ven influenciados por factores externos como el nivel educativo y el apoyo emocional, social y de confianza percibido por las pacientes. Encontraron una correlación positiva entre el nivel de educación, dividido en primaria, secundaria, universidad y posgrado, y el grado de apoyo percibido.

### 3.7. APOYO PERCIBIDO POR LA USUARIA

Se ha demostrado que durante el embarazo el estado emocional de la gestante se ve modificado siendo este más intenso, por lo que requiere de mayor apoyo de su entorno, parece ser que hay una especie de regresión emocional, en la que necesita de mayor cuidado (Maldonado et al., 2008) Esta atención puede ser brindada por su familia directa, madre, abuela, pareja o por personas cercanas como amigos, compañeros de trabajo, etc. Estudios demuestran que lo primordial es el acompañamiento más que la persona quien lo realice.

Refiriéndonos específicamente a la familia, es en esta donde se crea el ambiente que condiciona a la mujer desde edades muy tempranas; la familia constituye el primer grupo humano al que nos vemos inmersos por lo que es de aquí donde acarreamos creencias, modos de vida, temores, mitos y criterios de riesgo durante el proceso salud enfermedad. La mecánica familiar ausente o negativa trae consigo gran estrés a la embarazada. En una investigación realizada en Cuba titulada “Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud” se comprobó que la disfunción familiar está en relación directa con el aumento en el número de embarazos adolescentes y gestaciones no deseadas (Calderón et al., 2014).

En Colombia se llegó a la conclusión que tanto la disfunción familiar de algún tipo (leve o grave) como el apoyo social percibido bajo constituye un factor de riesgo con significancia estadística y por otro lado, esto lleva a un aumento en la depresión post parto (Borda et al., 2013).

Sin embargo, la familia no ha dejado de ser el sistema de apoyo más utilizado en situaciones agobiantes. (Herrera et al. 2006), midieron el riesgo psicosocial teniendo en cuenta la ansiedad severa y el apoyo familiar, descubrieron que la conexión entre

estas dos influía en las complicaciones gestacionales que la usuaria desarrollaba, dificultades como parto prematuro y bajo peso al nacer.

Cuando la usuaria se siente acompañada es más probable que presente momentos de felicidad, esto a su vez, por medio de la liberación de endorfinas, favorece el afrontamiento de situaciones de estrés dado que dichas proteínas son capaces de inhibir las fibras nerviosas que transmiten el dolor, estimula los centros de placer del cerebro creando situaciones satisfactorias que contribuyen a eliminar el malestar y disminuir las sensaciones dolorosas. Esto tiene como resultado un cambio en la actitud y estado de ánimo de la usuaria (López, 2016) Siguiendo esta línea de pensamiento, en Portugal (Figueiredo et al.,2007) evidenció que vivir en pareja es un factor protector para las gestaciones.

### **3.8. EXPERIENCIA EN GESTACIONES ANTERIORES**

Previo a ahondar en los diferentes factores que pueden condicionar cambios en las emociones entre las mujeres que han tenido o no gestas previas, es importante tener presente que, emociones como la ansiedad son parte del proceso en el desarrollo de los seres humanos, el cual puede estar presente en todos los períodos de la vida. Dependiendo de la etapa que se esté transcurriendo se puede considerar como un estado emocional más esperado o no, al cambiar de trabajo, al estar expectante por el resultado de un examen médico, por el matrimonio, embarazo o nacimiento de un hijo, entre otros, son momentos en la vida de los seres humanos que el sentir ansiedad es más probable que otras ocasiones.

En el caso de las embarazadas la ansiedad puede ser experimentada en diferentes grados dependiendo de sus gestas. En el caso de las primigestas al presentarse condiciones ginecoobstericas adversas por las cuales no han pasado previamente genera gran inseguridad y temor a lo que podría ocurrir, una amenaza de aborto al

inicio del embarazo, por ejemplo, es la principal variable predictora de una alta ansiedad en el transcurso del embarazo, lo que señala la importancia de brindar una mayor cantidad de información posible, mediante un apoyo psicológico prematuramente en la gestación. No siempre se encuentran causas que justifiquen la amenaza del aborto lo que lleva a muchas mujeres a percibirlo como un fracaso individual, ocasionando sentimientos de culpa y de "castigo merecido", estos son aspectos relevantes a considerar dentro de las acciones de atención a la salud psicológica. Los sentimientos de las madres primerizas se deben atender desde el momento en que se diagnostica la amenaza de aborto para lograr evitar la cronificación del estado emocional de la gestante, porque esta puede influir negativamente tanto en la salud mental y el parto como en la salud de la madre, el bebé físico y emocional. El trabajo con estas mujeres puede prevenir de manera más eficiente el empeoramiento progresivo de la ansiedad al final del embarazo. Enfermedades crónicas, aumento ilimitado de peso u otras dificultades pueden condicionar de igual manera el fenómeno descrito, es decir, sentimientos de culpabilidad.

En cuanto a las mujeres multigestantes, uno de los factores que influye en los niveles de ansiedad es que un alto porcentaje de estas usuarias no estaba buscando el actual embarazo, más allá de que en la actualidad los avances en la anticoncepción han permitido un mayor poder de decisión de las parejas y de la propia mujer.

Los niveles de ansiedad elevados se asocian con los bajos ingresos. La situación económica de las usuarias es un punto en el que gran parte de los profesionales manifiestan no poder aportar, sin embargo, muy por el contrario a lo que se suele pensar, el profesional de salud puede cooperar en este punto al asesorar sobre las políticas públicas, entre ellas: subsidio por maternidad y paternidad para aquellas embarazadas que aporten al Banco de Previsión Social (BPS), durante la gestación pueden acceder a una prestación económica que ampara a las mujeres durante este periodo, a partir de las treinta y dos semanas en adelante, con el cien por ciento

del salario (BPS, 2021). Es importante informar a las madres sobre las diferentes posibilidades. Dentro de la actividad privada la licencia es de catorce semanas, iniciando seis semanas antes de la fecha probable de parto y finalizando a las ocho semanas post parto; si la usuaria lo desea y cuenta con consentimiento médico puede dar comienzo a la licencia más cerca del parto, sin que esto modifique las catorce semanas ya establecidas, las cuales en este caso se las terminan de cumplir después del parto. En la actividad pública el subsidio es de trece semanas, iniciando una semana antes de la fecha probable de parto y dando fin a las doce semanas post parto, pudiendo adelantarse hasta seis semanas antes del nacimiento. (Ministerio de Desarrollo Social, 2019). Cuando la pareja está conformada por dos mujeres el subsidio por maternidad le corresponderá a la gestante, su pareja tendrá derecho a la licencia por paternidad. Otros planes de ayuda son la asignación familiar la cual es entregada desde el momento que se confirma el diagnóstico de embarazo, es otorgada bimensualmente y el monto varía dependiendo de los ingresos que tenga el hogar. (BPS, 2021). Uruguay Crece Contigo por otra parte es una política pública cubierta por el estado con el fin de apoyar la primera infancia, sus acciones están dirigidas hacia las embarazadas, niños y niñas menores de cuatro años teniendo presente una óptica de derecho, género y generaciones (Ministerio de Desarrollo Social, 2021).

Entre las variables ginecobstétricas, las experiencias traumáticas previas como pueden ser los antecedentes de abortos constituyen un factor de riesgo importante. En un artículo realizado en Barranquilla, Colombia se verificó que otros antecedentes como óbito fetal o cualquier otro problema de desarrollo fetal, pueden ocasionar situaciones de ansiedad o miedo a que se vuelvan a repetir en la actual gestación (Perez, 2013), estos datos coinciden con otro estudio llevado a cabo en Hungría (Robert et. al, 2012) el cual evidenció que esta variable aumenta el riesgo de depresión durante la gestación. Por otra parte, las multigestas con buenos resultados obstétricos previos pueden sentir más seguridad a la hora de transitar el nuevo embarazo por el hecho de tener cierta experiencia ante los cambios fisiológicos del mismo. En contraparte la mujer nuligesta puede ser que sienta más incertidumbre y ansiedad por el miedo a lo desconocido.



### 3.9. SALUD Y CAMBIO EN EL PARADIGMA DE ATENCIÓN

A lo largo de la historia la definición de lo que es la salud a tomado varios matices los cuales se han ido modificando en la medida que se han presentado cambios culturales y sociales. Antiguamente se consideraba meramente como “*ausencia de enfermedades*”, dejando por fuera aspectos sociales, ambientales y psicológicos. Se veía al cuerpo humano como una “máquina” a la que había que “reparar”; no se tenía en cuenta formas de prevención de esas enfermedades; este modelo generaba muchos gastos en salud debido a la complejidad que alcanzaban las patologías de las personas.

Con el paso del tiempo esa idea cambió, por entenderse como una “*visión negativa, una definición por exclusión, por oposición, en la que no se concreta nada acerca de la verdadera naturaleza de la salud*” (Gavidia, 2012. pp.167).

Más en la actualidad la OMS en su carta constitucional de 1946 definió a la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. A pesar de las críticas que contrajo esta nueva perspectiva por ser considerada un concepto estático o utópico, ofrece aspectos innovadores como mostrarse en términos positivos e incluir lo psíquico y social. (OMS, 1946 como se citó en Gavidia, 2012).

Para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población es necesario considerar lo que se enunció en una publicación de la OPS “*además de los organismos biológicos y el medio físico contaminado, existen aspectos psicosociales y socioculturales que permiten explicar la presencia de formas específicas de enfermar y de morir para cada sociedad*”. (OPS, 1994 como se citó en Holthuis, 2003).

Como preámbulo a esta nueva concepción de salud y atención, existió un movimiento que señaló las limitaciones del modelo clínico, el cual era biologicista e individualizado, cuyo sitio de acción es el hospital, donde se solucionan problemas puntuales de los individuos, no siendo la solución social que se requería. Se marcó así la necesidad de replantearse estos conceptos (Holthuis, 2003)

El concepto de promoción de la salud se incorporó en La Asamblea Mundial de la Salud de 1977 y en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) llevada a cabo en Alma Ata en 1978, en la que se concluyó que los modelos de intervención de la enfermedad, no son eficaces, siendo necesario actuar sobre los determinantes de la salud; fue así que la atención primaria en salud junto a la promoción se eligieron como método para lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000", que pretendía para dicho año, alcanzar un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

El cambio en el paradigma de atención tuvo buenos resultados en el abordaje de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. (Holthuis, 2003). La promoción de la Salud entonces, surge de este contexto, que si bien al comienzo no fue una práctica imperiosa, marcó un antes y después y fue un concepto crucial a llevar a efecto dentro de la salud pública.

En la carta de Ottawa se define a la promoción de la salud como:

*"Un proceso social y político que no solamente se dirige a fortalecer las habilidades y conocimiento de los individuos en salud, sino también se dirige a cambiar, las condiciones sociales, ambientales, y económicas para aliviar su efecto en el público y en la salud de cada individuo". (OPS, 2019 pp.26)*

Se propuso la intervención social y la acción política como puntos básicos, de tal modo que, con este nuevo enfoque no alcanza con una sociedad pasiva la cual únicamente recibe información, asistencia, etc. (Holthuis, 2003)

Temas importantes dentro del concepto de atención primaria en salud (APS) definidos en la declaración de Alma Ata fueron: que la asistencia debería estar apoyada en métodos y tecnologías prácticas, pero que, sin embargo, están científicamente fundados y ser socialmente aceptables. Ésta atención debe estar a la mano de toda la comunidad y su precio debe ser accesible tanto para las familias como para el país. Las personas a partir de este momento deberían internalizar la autorresponsabilidad y autodeterminación por su propia salud.

La APS es el primer contacto entre el sistema de salud y la sociedad por lo que el edificio que se emplee para dicha asistencia debe estar próximo a cada determinado grupo de personas, por tanto es común que la infraestructura sea sencilla. La APS realiza hincapié en servicios preventivos y costos razonables. (Benia, 2008)

La prevención de enfermedades fue definida como un conjunto de estrategias orientadas no solo a evitar la aparición de la enfermedad sino que también hace referencia al diagnóstico precoz de patologías, al tratamiento oportuno, y a la rehabilitación adecuada con el objetivo de detener el avance de la enfermedad evitando así complicaciones.(Vignolo et al., 2011).

Entendemos por todo lo descrito anteriormente la importancia de no solo promover la salud física sino también la salud mental y social.

### 3.10. LOS CUIDADOS PRENATALES DE RUTINA

*“Se entiende por cuidados prenatales a la serie de consultas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.” (CLAP, 1990).*

Con los cuidados prenatales se pretende:

- Detectar enfermedades maternas asintomáticas
- Reconocer factores de riesgo que puedan dañar la normal evolución de la gestación
- Prevenir, diagnosticar precozmente y tratar complicaciones
- Vigilar el correcto desarrollo fetal: crecimiento y vitalidad
- Disminuir, dentro de lo posible, molestias asociadas al embarazo
- Preparar a la gestante, física y psicológicamente para el nacimiento y maternidad
- Realizar asesoramiento en diferentes aspectos

El cuidado prenatal competente debe ser:

- Precoz
- Periódico
- Completo.
- De amplia cobertura.

Precoz: este punto hace referencia a que la primera consulta debe realizarse lo antes posible en el embarazo, idealmente dentro del primer trimestre para que de esta manera se pueda tomar medidas adecuadas de promoción, protección y recuperación de la salud, motivos principales del control prenatal. También nos facilita diferenciar tempranamente aquellos embarazos que necesiten de mayor atención por ser gestaciones de riesgo, esto nos permitirá planear competentemente la atención de cada usuaria según sus características (OPS,2019)

Periódico: es decir que debe ser regular en el tiempo, es una secuencia de consultas, la cantidad de ellas así como el tiempo entre la realización de una y otra dependerá si nos encontramos ante embarazos de alto o bajo riesgo. Las mujeres con embarazos de bajo riesgo requieren un número menor, por lo menos, cinco consultas distribuidas en los tres trimestres (Escuela de Parteras, 2021) que las mujeres con embarazos de riesgo. En 2007 el Ministerio de Salud Pública (MSP) publicó que no se mejoraron los resultados perinatales dentro de los embarazos de bajo riesgo al aumentar el número de consultas obstétricas por encima del mínimo establecido, es decir, cinco encuentros; no obstante, estos estudios analizados por el MSP manifiestan que con esta frecuencia muchas usuarias se sintieron insatisfechas y mostraron deseo de haber tenido un mayor seguimiento. Lo que se ha utilizado por ende es una frecuencia de consultas mensuales hasta la semana treinta y dos, quincenalmente hasta la semana treinta y seis y semanalmente hasta el parto; esta continuidad puede modificarse a criterio del profesional de salud o si la usuaria lo refiere y siempre que haya condiciones que lo justifiquen. (MSP, 2007)

Completo: se deberá asegurar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Cuidados prenatales, vigilancia durante la gestación, evaluación del riesgo concepcional y conductas. (OPS,2019)

Amplia cobertura: esto es, lograr que todas las embarazadas, o en su defecto, la gran mayoría de ellas, tengan acceso a controlarse adecuadamente en un centro de salud, de esta manera se logrará más exitosamente la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal (OPS,2019)

Para realizar el control de embarazo y que éste, a su vez, sea de calidad, no se empeñan grandes instalaciones, aparatos complicados, o laboratorios sofisticados, por el contrario, lo que si se utiliza es una historia clínica que reúna y documente la información pertinente, se puede emplear además objetos creados con el fin del control prenatal como la cinta obstétrica o tecnologías básicas como el uso de doptone (no siendo estrictamente necesario si se cuenta con Estetoscopio de Pinard), ecografías, doppler, etcétera.

Un ejemplo evidente de medicina preventiva es el correcto control prenatal, atención institucional del nacimiento, utilización de criterios de riesgo para realizar referencias a otros profesionales o centros, y la atención inmediata de los recién nacidos, con esto se ayuda a eludir muertes, lesiones maternas y perinatales.

Algunas ventajas del correcto control prenatal son: al abordar las incertidumbres de la gestante, su entorno y la familia se ayuda a ver la maternidad desde una perspectiva positiva, evitar la personalización de los mitos y tabúes lo que permitirá disminuir miedos; el realizar un control respetuoso hacia las creencias y culturas de la gestante apoyara la adherencia de ésta al sistema de salud lo que dará lugar a que la usuaria y su familia acepte el asesoramiento a brindar, como puede ser el promover hábitos familiares saludables, impulsar la lactancia natural, crear ambientes libres de humo, cuidados del niño/a, etc.

Algunos puntos que pueden influir negativamente a que se logre el control prenatal descrito anteriormente son:

- En el caso de realizar control prenatal en mutualistas, el costo que esto puede sobrellevar. Para aquellas usuarias que se encuentren dentro del sistema de salud público las barreras pueden ser: pérdida de horas de trabajo, gastos en transporte, personas necesarias para el cuidado de los demás hijos mientras se encuentre en salas de internación o cuando deba realizar exámenes o consultas durante el embarazo, etc.
- Deficiente atención por parte del personal de salud.
- Dificultades a nivel institucional.
- Cultura.
- Baja adherencia al sistema de salud.

Se ha puesto énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la

calidad de la atención. Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

Como se ha visto en los dos apartados anteriores la definición de salud y el control prenatal se han ido modificando con el pasar del tiempo, pasando de una perspectiva negativa con énfasis únicamente en la salud física a una visión más amplia, teniendo en cuenta el factor social y psicológico de las usuarias, a pesar de esto, el componente físico sigue siendo por lejos el factor primordial en la atención prenatal de los embarazos desplazando la salud emocional de las usuarias a un tick en el carnet prenatal.

### **3.11. PERFIL DE LA OBSTETRA PARTERA**

A lo largo de los años la partera, matrona o comadrona ha sido la persona idónea en la asistencia de la mujer; los primeros registros de su actuar radican en pinturas rupestres del periodo paleolítico donde mujeres parían en cuclillas (método que en la actualidad se ha comprobado sus beneficios), con las piernas o nalgas apoyadas sobre piedras, solas o en compañía de otra mujer que oficiaba como partera.

Se ha descrito su accionar en escritos como la biblia, desde el mil ochocientos antes de Cristo, papiros de la era egipcia, la edad media, moderna y contemporánea y hasta la actualidad; resulta increíble saber que aun cientos de años antes de Cristo las parteras tenían conocimiento respecto a la fecha probable de parto, predicción del embarazo, mecanismos para acelerar el parto, pronóstico del recién nacido según su llanto, asistencia del parto, control del embarazo, educación sobre alimentación y buenas prácticas, métodos de alivio de dolor, utilización de sillas para el expulsivo, etc (Manrique, 1996).

En Uruguay el veintiséis de Febrero de mil ochocientos ochenta y uno Adela Peretti recibió el primer título de partera, convirtiéndose en la primera mujer con título universitario otorgado por facultad de medicina en el país .

Según la Organización Mundial de la Salud las parteras profesionales están encargadas no únicamente de la atención de la mujer durante el control pre-post

natal, trabajo de parto y parto, sino que además desarrollan grandes tareas con respecto a salud sexual y reproductiva, planificación familiar, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, comisionan las medidas oportunas para prevenir problemas de salud, logrando la detección de anomalías y buscando el aporte de otros profesionales de la salud cuando amerite, así como la toma de medidas de emergencia cuando el médico no esté presente, todo esto desde una perspectiva integral, respetuosa y de empoderamiento de las mujeres y sus derechos.

En el último trabajo publicado por dicha organización titulado *“Un nuevo informe de la alarma sobre la escasez mundial de 900.000 profesionales de la partería”* se reafirmó, ya que es un hecho que se había visto previamente en la ante última actualización de la OMS titulada *“El estado de las parteras en el mundo 2014”* la importancia de estos profesionales, la escasez brutal en inversión de los mismos, agravado aún más en la crisis de Covid 19, y el alto alcance de sus aportes. Se estimó que si se invirtiera en el personal de partería, para dos mil treinta y cinco se habría evitado aproximadamente dos tercios de las muertes maternas, de las muertes natales y de la mortinatalidad, lo que salvaría cuatro punto tres millones de vidas al año (OMS, 2021).

Las obstetras parteras tienen un rol crucial en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en disminuir la mortalidad infantil y aumentar la salud materna.

En nuestro país el perfil y competencias que desarrolla la Obstetra Partera/o está conformado por diversas dimensiones, académico, profesional, laboral y ético, divididas únicamente para lograr una mejor comprensión de cada punto pero indivisibles en el momento de llevar a cabo esta profesión. En este trabajo se detallan únicamente las funciones ligadas estrechamente con el enfoque central de dicho protocolo de investigación.

Desde el punto de vista profesional la obstetra partera brinda atención integral a lo largo del ciclo de la mujer en lo que refiere a promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnósticos y rehabilitación de procesos patológicos, realiza



asesoramiento en educación prenatal, educación para la salud, preparación para el parto, nacimiento, puerperio y crianza teniendo un enfoque en salud integral, salud física, psíquica, social, sexual y reproductiva, orienta la atención en primer lugar a la mujer y luego a su familia y comunidad.

Desde una perspectiva ética, la Obstetra-Partera/o debe respetar a la mujer como sujeto de derecho, puede trabajar individualmente y/o con otros profesionales de la salud, consultando y derivando cuando exceda a sus competencias profesionales como es en el caso de detectar la necesidad de interconsulta con el equipo de salud mental, proporcionar cuidados para la(s) mujer(es) y sus familias respetando la diversidad cultural, con perspectiva de género y enfoque de riesgo, con un abordaje Bio-Psico-Social. Utilizar su conocimiento profesional para lograr prácticas de nacimiento seguras en base a las mejores evidencias científicas, en beneficio de la mujer y su familia, en todos los ambientes y culturas, respondiendo a las necesidades psicológicas, emocionales y socio-ambientales. Las obstetras parteras forman parte esencial en la vida de todas las comunidades.

## **CAPÍTULO IV**

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Conocer las emociones predominantes en cada trimestre del embarazo en las mujeres embarazadas que se atienden en el Centro de Salud Ciudad Vieja.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Indagar sobre las emociones que les genera la etapa (trimestre) en el que se encuentran.
- Identificar las preocupaciones que más prevalecen en las embarazadas en cada trimestre del embarazo según corresponda a su edad gestacional.

## **CAPÍTULO V**

## 5. METODOLOGÍA:

### 5.1 ENFOQUE Y DISEÑO METODOLÓGICO

Este trabajo tiene como finalidad ejecutar un protocolo de investigación cualitativa; a fin de llevarla a cabo se realizarán entrevistas abiertas obteniendo como resultados datos no estandarizados/no numéricos, dicha investigación se valerá de las siguientes características para su realización: Deberá de ser observacional dado que las respuestas serán de origen propio de cada usuaria, no se les entregará una planilla, listas ni punteos con contestaciones ya establecidas, cada una de las participantes expresarán sus emociones sin tener componentes externos que las condicionen más allá de las propias barreras inherentes de cada persona ya que las preguntas se harán dentro de un ambiente privado y de confidencialidad.

Se plantea para llevar a cabo este trabajo cuatro preguntas grabadas (*anexo 2, pág 62*); las usuarias serán captadas en sala de espera y no dentro del control habitual con el fin de no interferir en su decisión de participar, una vez que la usuaria acepta contribuir en la investigación se pautará conjuntamente la manera más amena para la realización de la misma teniendo en cuenta las preferencias de la usuaria y las posibilidades del centro, esto podría ser, en caso de contar con un consultorio aparte, realizarlo en ese momento donde podamos brindar confidencialidad e intimidad; en caso contrario, podrá ser vía zoom/meet, o a través de llamada telefónica solicitando previamente su número de contacto y disponibilidad horaria.

La entrevista será abierta, es decir que, el entrevistador realizará su trabajo en base a una guía general de preguntas sin embargo posee toda flexibilidad para manejar esta guía según lo dictamine, en este caso se realizarán cuatro preguntas abiertas como ya fue mencionado, las cuales se realizarán posteriormente a explicarle a cada usuaria el anonimato de sus respuestas; se explicará de forma oral el objetivo de la investigación y su importancia, y la opción de participar o no según lo deseen, por otra parte, se realizará un consentimiento escrito (*anexo 1, pág 60*) para dejar constancia de su aprobación y participación.

La primera pregunta está enfocada en poder lograr un acercamiento a entender que emociones las usuarias están transitando en ese momento en particular. Un punto importante de esta pregunta es que está basada en el presente, no se interrogará, por ejemplo, a usuarias que cursen actualmente el tercer trimestre sobre cómo se sintieron al comienzo del embarazo, ya que entendemos que con el transcurso del tiempo las emociones pueden modificarse ya sea por una adaptación a las mismas, por no recordarlas puntualmente, por una negación a las mismas o por otros motivos.

La segunda interrogante nos permitirá saber qué preocupaciones puntualmente están transitando y por que estas son consideradas problemas para ellas.

El tercer punto es importante ya que como se analizó por diferentes autores dentro del marco teórico, que tan acompañadas las usuarias se perciban influye en las emociones que desarrollen.

Por último, la finalidad de la cuarta pregunta es saber cómo podemos ayudar desde nuestro lugar como obstetras parteras o desde la institución para conocer la necesidad sentida de las usuarias, el propósito de este trabajo es poder brindar una atención más completa y correcta a cada mujer por lo que conocer sus necesidades es primordial.

## **5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS**

La población seleccionada para participar son las mujeres que atienden sus embarazos en el Centro de Salud Ciudad Vieja, se tomará una muestra intencional seleccionada de diez usuarias por cada trimestre de gestación.

Criterios de inclusión:

- Embarazadas que atienden sus embarazos en el Centro de Salud Ciudad Vieja

- Usuarías que cursan embarazos de bajo riesgo por lo que su control es en primer nivel de atención, en el periodo de un año exceptuando a aquellas que entran dentro del grupo descrito abajo en criterio de exclusión.
- Usuarías que acepten participar de dicha investigación

Criterios de exclusión:

- Usuarías que cuenten con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas previas al embarazo
- Embarazadas que cursen enfermedades graves que requieran atención en centro de tercer nivel
- Toda paciente que no firme el consentimiento informado.

### **5.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos para el análisis de la investigación se recolectarán a través del cuestionario realizado a las usuarias.

Para realizar el análisis de los datos obtenidos se realizará la transcripción escrita de cada entrevista grabada en formato Word. Todos los entrevistadores deberán estar presentes, esta etapa no se puede delegar ni en ella se pueden dividir tareas dado que en este tipo de investigaciones el análisis está estrechamente ligado a la experiencia directa de los escenarios estudiados. De este punto es importante aclarar que gracias a las nuevas tecnologías y con el objetivo de reducir gastos en cuanto a transporte, este análisis puede realizarse de manera virtual a través de plataformas (zoom, google meet, etc), no siendo necesario la presencia física para la realización de la misma. A pesar de que todos los datos son importantes se tomará una perspectiva crítica con el fin de recabar y subdividir la información básica de la complementaria.

Para mayor organización el proceso de análisis de datos está dividido tres subetapas:

a) Reducción de datos:

En la primera parte de reducción de datos realizamos una simplificación, resumen, elección, clasificación y ordenamiento de los datos cualitativos, de tal manera que nos permitan hacerlos manejables para ser analizados. Esta reducción la orientaremos hacia la selección y síntesis de los datos.

b) Organización de datos:

En el proceso subsecuente a la reducción de datos se organizan los mismos para realizar el análisis de manera más factible; este punto se orienta a facilitar el pensamiento reflexivo. La organización puede darse a través de resúmenes estructurados, croquis, esquemas. Los croquis que se realizarán a través de la entrevista permitirán acceder a información relacionada con las mayores preocupaciones y desafíos de cada paciente de manera individual, para luego esquematizar de manera general los datos obtenidos. Los resúmenes proporcionarán información relacionada a los sentimientos/emociones de las pacientes y la etapa (trimestre) en el que se encuentran, permitiendo relacionar datos para su siguiente análisis.

c) Elaboración de conclusiones:

El análisis de los datos es cualitativo e interpretativo de la información obtenida de las entrevistas realizadas.

El estudio planteado es viable puesto que el grupo de investigación tendrá fácil acceso a las usuarias, ya que en primera instancia las participantes serán captadas por los investigadores previo a su control obstétrico habitual con la obstetra partera, médico de familia y/o médico ginecólogo por lo que no requeriría mayor movilización ni recursos o logística excesiva, los gastos económicos serán mínimos, comprendiendo la impresión de los consentimientos informados, ocupación de un



consultorio y el tiempo personal que se destine en el análisis de los datos extraídos. Éticamente es viable ya que se contará con el consentimiento oral y escrito de cada usuaria y en ningún caso se expondrán datos identificatorios. Teniendo en cuenta el tiempo, esta investigación plantea tener una extensión máxima de un año, con respecto a las entrevistas estas durarán aproximadamente media hora. Por todo esto deducimos que los obstáculos para realizar la investigación son mínimos.

## **CAPÍTULO VI**

## 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2021

Actividades Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración de protocolo de investigación												
Evaluación del protocolo por Comité de Ética												
Contacto con OP referente y autorización de la institución												
Recolección de datos - Entrevistas												
Desgrabar entrevistas												
Reducción de datos												
Organización de datos												
Análisis y Conclusion												

## **CAPITULO VII**

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Previo a el contacto con las usuarias se tomarán las consideraciones éticas pertinentes necesarias para realizar una investigación en seres humanos, encontrándose enmarcado en el decreto 158/19 del Ministerio de Salud Pública. Se solicitará aval al comité de ética del Centro Salud Ciudad Vieja para la realización de las entrevistas. Por consiguiente, consta por escrito el fin de la investigación, metodología y cuestionario a utilizar.

Se asesorará a cada usuaria que atienda su embarazo en el Centro de Salud Ciudad Vieja y cumpla con los requisitos para la investigación sobre la posibilidad de participar en la misma si así lo desea; de no aceptar se le solicitará que detalle brevemente a través de palabras escritas en un espacio designado para ello dentro del consentimiento a brindar, el motivo de la negativa; de aceptar la invitación a participar, junto con el consentimiento escrito, se explicarán los objetivos de dicha investigación, las personas a cargo de las mismas, los tutores designados y un contacto de referencia si en algún momento se niegan a la utilización de sus datos o tienen dudas con respecto al trabajo.

Los investigadores se comprometen verbalmente y a través de su firma a el secreto profesional que requiere tal investigación, los datos serán totalmente anónimos y en ningún caso serán utilizados por otro medio o para otras investigaciones que las detalladas en el consentimiento informado brindado a las usuarias, cualquier cita del mencionado trabajo deberá tener la referencia bibliográfica acorde.

Las entrevistas serán realizadas dentro de un ambiente privado-confidencial. En el caso de que se realice en consultorio de policlínica designado para tal fin y de contar con acompañante se le pedirá cordialmente que se retire mientras dure la entrevista con el objetivo de que las emociones que las usuarias manifiesten no interfieran en su relacionamiento con las personas de su entorno y no se sientan obligadas a contestar de una u otra forma. Aun cuando la usuaria haya aceptado participar, se le

asesora sobre la posibilidad de retirarse o no contestar la/s pregunta/s que no desee sin que esto conlleve juicios hacia su persona o afecte la relación médico paciente.

A los efectos de resguardar la identidad de las usuarias en el consentimiento informado y la entrevista, se utilizará un número de referencia el cual será informado a la paciente, a modo de llevar un control que permite mantener el anonimato, es decir, ni las entrevistas ni en el consentimiento informado quedará registrado datos identificatorios de la usuaria por lo que en el caso de que la misma desee en el algún momento que su participación sea derogada se encontrara facilmente su entrevista.

También se hace hincapié en que no existirá remuneración económica ni de ningún tipo hacia los participantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Achotegui, J. (2000). Los Duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. *Revista Medicina y cultura. Barcelona*, pp. 14-26.
- 2) Benia, W.; Reyes, I. (2008) *Temas de salud pública*. Tomo 1. Oficina del libro-FEFMUR: a de Medicina. Departamento de Medicina preventiva y social.
- 3) Calderón-Morales, I.; del Río Aguirre, C.; Rodríguez-Zamora, O.; Guisandes-Zayas, A. (2014). Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *Medisan*, vol. 18(11), pp. 1544-1549.
- 4) Centro Latinoamericano de Perinatología (1990) . El control prenatal. *Salud perinatal*, vol. 3(10), pp. 121-136.
- 5) Escuela de Parteras (2021) Consulta Preconcepcional, Control Prenatal y Control Puerperal. *Guía de práctica clínica UDELAR*
- 6) Escuela de Parteras. (2021). *Perfil y Competencias de la/ del Obstetra-Partera/o*. UDELAR  
<http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>
- 7) Fagúndez Rodríguez, C.A. (2019). *Aproximación a la realidad social y emocional del embarazo y maternidad adolescente en situación de exclusión sociocultural. Partiendo de la experiencia práctica con mujeres adolescentes embarazadas en el programa Uruguay Crece Contigo*. (Tesis de Grado) Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales, Uruguay
- 8) Fernández-Abascal, E. (1997). *Psicología general: motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

- 9) Figueiredo, B., Pacheco, A. y Costa, R. (2007). Depresión durante el embarazo y el puerperio en madres portuguesas adolescentes y adultas. *Archivos de salud mental de la mujer* , vol. 10 (3), pp. 103-109.
- 10)Gavidia V; Talavera M (2012), La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales* Vol 26 (13) pp. 161-175
- 11)Glazier, RH, Elgar, FJ, Goel, V. y Holzapfel, S. (2004). Estrés, apoyo social y angustia emocional en una muestra comunitaria de mujeres embarazadas. *Revista de ginecología y obstetricia psicosomática* , Vol. 25 (3-4), pp. 247-255.
- 12)Guerrero, G, Cabrera, I, Rodríguez, Y, y Castellanos, J. E. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 38(3). pp. 333-342
- 13)Hernández, A; Martínez, M; Benito, I (2018) *¿Qué es el embarazo?* Clinic Barcelona  
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/cuida-tu-salud/embarazo-y-parto/embarazo>
- 14)Hernández Vázquez, J. M. (2013). Beneficios de la educación sobre el bienestar en salud de la población adulta en México, 2006. *Revista electrónica de investigación educativa*, vol. 15(2), pp. 69-81.
- 15)Herrera, J.A; Ersheng, G; Shahabuddin, A.K.M; Lixia, D; Wei, Y; Faisal, M; y Akhtner, H. (2006). Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica*, vol. 37(2), pp. 6-14.
- 16)Holthuis, K; Sánchez, A; Vargas, I; Villegas, O. (2003) *Promoción, prevención y educación para la salud*. Primera edición. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social



- 17) Larrosa de León, P. (2015). *Aspectos psicológicos en la atención a la embarazada en los Centros Caif de Montevideo* [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República, Facultad de Psicología]. Repositorio Colibri.
- 18) Leis, P.R., y Gallegos, R.F. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y estrés*, vol. 24(2-3), pp. 67-72.
- 19) López, C. (2016). *Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio*. (Ponencia). Oviedo, España.
- 20) Maldonado-Durán, J.M (2011). *Salud mental perinatal*. 1ª ed. Organización Panamericana de la Salud
- 21) Maldonado-Durán, J.M, Saucedo-García, J.M., y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 22 (1), pp. 5-14
- 22) Manrique Tejedor, J; Fernández Cuesta, A.I; Echevarría Amado-Loriga, P.; Figuerol Calderó, M; Teixidó Badia, J; Barranco Moreno, M. (1996). Historia de la profesión de matrona. *De Enfermería*. Vol. 18 (26), pp. 26-28
- 23) Fernández, L.; Sánchez, A. (2006). La depresión en la mujer gestante y influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. *Universidad Pontificia de Salamanca, Facultad de Psicología (UPSA)*.
- 24) Morocho, A.M; Orellana, G; Ortega, J. (2015). *Cambios emocionales en las diferentes etapas del embarazo de las gestantes que acuden a control por consulta externa del área de salud N 1 Pumapungo perteneciente a la zona 6*. (Tesis previa a la obtención del título de Licenciado/a en enfermería). Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. Universidad Estatal de Cuenca, Ecuador.  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23002/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

- 25)MIDES (2019). *Licencias por maternidad, paternidad, adopción y cuidados en la actividad pública y privada*. Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay.  
<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/comunicados/licencias-maternidad-paternidad-adopcion-cuidados-actividad-publica>
- 26)MIDES (2021). *Uruguay Crece Contigo (UCC)*. Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay.  
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/uruguay-crece-contigo-ucc>
- 27)Montañés, M.C. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. (Resumen). Departamento de Psicología Básica, Universidad de Valencia.
- 28)MSP. (2007). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada*. Ministerio de Salud Pública del Uruguay  
[https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo\\_08\\_-\\_normas\\_atencion\\_mujer\\_embarazada.pdf](https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_08_-_normas_atencion_mujer_embarazada.pdf)
- 29)MSP. (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Ministerio de Salud Pública del Uruguay.  
[https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%  
%b3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf](https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%c3%b3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf)
- 30)Oliver, D. (2019). *Las luces y las sombras de una maternidad expatriada*. Diario El País.  
[https://elpais.com/elpais/2018/12/19/mamas\\_papas/1545212647\\_388991.html](https://elpais.com/elpais/2018/12/19/mamas_papas/1545212647_388991.html)
- 31)OMS (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio*. Organización Mundial de la Salud.
- 32)OMS. (2021). *Un nuevo informe da la alarma sobre la escasez mundial de 900.000 profesionales de la partería*. Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/news/item/05-05-2021-new-report-sounds-the-alarm-on-global-shortage-of-900-000-midwives>

- 33)OPS. (2019). *Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. Cuidados Prenatales*. 4ª Ed. Organización Panamericana de la Salud.
- 34)OPS. (1994). *Epidemiología y prevención*. Organización Panamericana de la Salud.
- 35)Pérez, M.B; Forero, C; Cabarcas, N.A; Hinestrosa, C; Lobo, S.P; Garavito, M.S; y Mejía, M.V. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, vol. 29 (3), pp. 394-405.
- 36)Schwarcz, L; Duverges,C; Fescina ,R; (2005) *Obstetricia*. 6a ed. El Ateneo
- 37)Vignolo, J; Vacarezza, M; Álvarez, C; y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, vol. 33(1), pp. 7-11.  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).
- 38)Wenger, M.A; Jones, F.N; y Jones, M.H. (1962). *Emotion: bodily change*. Ed. Van Nostrand.

## **ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO SER ENTREGADO PREVIA A LA REALIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS**

Estimada:

En el marco de la elaboración del trabajo Final de Grado para la obtención del título Obstetra Partera/o de la Escuela de Parteras de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se realizará una investigación titulada: “Emociones predominantes en cada trimestre del embarazo”. Las responsables de la misma serán Adriana Maria Carballo Rodriguez y Camila Anahi Cardoso Calimaris, con la tutoría de la Licenciada Mercedes Viera y la co-tutoría de la Asistente clínica Obstetra Partera Fernanda Rodrigues. Dentro de sus principales objetivos, se puede mencionar:

- Indagar sobre las emociones que les genera la etapa (trimestre) en el que se encuentran.
- Identificar las preocupaciones que más prevalecen en las embarazadas en cada trimestre del embarazo según corresponda a su edad gestacional.

Para la consecución de este fin, se realizarán entrevistas abiertas a las usuarias que atienden sus embarazos en el Centro de Salud Ciudad Vieja, los datos serán recolectados a partir de esta instancia. Cabe aclarar que la participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún beneficio ni perjuicio personal no afectando la calidad de asistencia. Solamente tendrá que responder de la forma más clara y honesta que pueda algunas consignas. La información se manejará de forma confidencial, siendo de uso exclusivo de los responsables de la investigación, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de los participantes durante todo el proceso. Se señala que las entrevistas serán grabadas, siendo las transcripciones llevadas a cabo por los investigadores, a los efectos de preservar su confidencialidad. El tiempo dedicado por cada participante será de media hora en total. La participación en la presente investigación, no constituye objeto de remuneración o compensación material o de cualquier otro tipo. Así, los beneficios de la misma se encuentran vinculados a los aportes que esta investigación pueda

realizar en torno a la temática central que aborda. Asimismo, cabe destacar que esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo para los participantes, y que en caso contrario, los investigadores a cargo serán responsables de aquello que pudiera resultar un perjuicio para los mismos, así como de la búsqueda y obtención de los recursos que sea necesario desplegar para compensar la mencionada situación.

Por último, mencionar que la contribución de los participantes es muy valiosa, y se les recuerda que pueden rechazar la respuesta a cualquier pregunta y tienen derecho de desistir de participar en cualquier momento del proceso, opción que no involucra ningún tipo de consecuencia para quien la tome. Por cualquier consulta o duda pueden comunicarse en cualquier momento del proceso con los investigadores responsables, Adriana Craballo 092506775 y Camila Cardoso 091433480.

Firma investigadores responsables: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

Declaración de consentimiento:

En el presente documento, manifiesto que leí y escuché la información que se me ha brindado sobre la investigación: “Emociones predominantes en cada trimestre del embarazo”. Se me ha concedido la posibilidad de plantear dudas y preguntas, ante lo cual consideré satisfactorias las respuestas recibidas. Acepto voluntariamente participar en la mencionada investigación y comprendí claramente que tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mi persona. Acuerdo asimismo ser entrevistado y que la mencionada entrevista sea grabada por los investigadores responsables.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

En caso de no consentimiento explicar brevemente los motivos del mismo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **ANEXO 2: PROTOCOLO DE ENTREVISTA**

1. ¿Qué sentimientos te genera la etapa (trimestre) en la que te encuentras?
2. ¿Cuál es tu mayor preocupación en este momento?
3. ¿Que tan acompañada, apoyada o sostenida te sientes por tu familia, pareja o amigos?
4. ¿Cómo sientes que podemos ayudarte desde nuestro lugar como acompañantes del proceso del embarazo o desde la institución?