



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO SALUD MENTAL

TEMORES DE LA EMBARAZADA CURSANDO TERCER TRIMESTRE QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL EN EL PERÍODO ABRIL-MAYO 1999

AUTORES:

Br. Ávila, Selva
Br. Craigdallie, Ma. Alejandra
Br. Dutra, Liliana
Br. Gomendio, Verónica
González, Carolina

TUTORES:

Lic. Psic. Capezzuto, Beatriz
Lic. Enf. Garay, Margarita

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1999

*Cuando se viaja
en pos de un objetivo
es muy importante prestar atención
al camino. El camino es el que nos enseña
la mejor forma de llegar y nos enriquece
mientras lo estamos recorriendo .*

*"El Peregrino"
Paulo Coelho*

INDICE

| | |
|--|---------------|
| <i>Introducción.....</i> | <i>pag.1</i> |
| <i>Definición del Problema y Objetivos.....</i> | <i>pag.2</i> |
| <i>Marco Teórico.....</i> | <i>pag.3</i> |
| <i>Identificación de Variables.....</i> | <i>pag.7</i> |
| <i>Definición Operacional de cada dimensión.....</i> | <i>pag.8</i> |
| <i>Diseño Metodológico.....</i> | <i>pag.9</i> |
| <i>Presentación de los Datos Obtenidos de las</i> <i>Entrevistas.....</i> | <i>pag.11</i> |
| <i>Análisis e Interpretación de los Datos.....</i> | <i>pag.17</i> |
| <i>Conclusiones.....</i> | <i>pag.19</i> |
| <i>Resumen.....</i> | <i>pag.20</i> |
| <i>Sugerencias.....</i> | <i>pag.21</i> |
| <i>Bibliografía.....</i> | <i>pag.22</i> |
| <i>Referencias.....</i> | <i>pag.23</i> |

ANEXOS:

Anexo 1- Marco Teórico

Anexo 2

2.a- Entrevista a la Psicóloga Denise Defey.

2.b- Entrevista al Doctor Sotelo.

2.c- Entrevista a las Embarazadas.

Anexo 3- Datos estadístico.

Anexo 4- Datos Básicos de las Entrevistas.

Anexo 5- Información General.

INTRODUCCION

El presente trabajo, fue realizado por cinco estudiantes de generación 92, de cuarto año del Instituto Nacional de Enfermería (INDE), cuya planta física se encuentra en el tercer piso del Hospital de Clínicas Dr: Manuel Quíntela, realizando una investigación en el Departamento de Salud Mental, teniendo como tutoras a la Licenciada en Enfermería Margarita Garay y Psicóloga Beatriz Capezutto.

Esta investigación se realizó con el fin de acrecentar conocimientos, sobre aspectos psicológicos de la mujer embarazada; dicha motivación se debió a que, en el transcurso de nuestra carrera, específicamente al cursar Materno-Infantil, nos abocamos a los aspectos biológicos, no profundizando en los aspectos psicológicos y sociales tan relevantes en este período de la vida.

Si bien el embarazo es un fenómeno común, se presenta de manera diferente en cada mujer y en cada uno de los partos. Así como los procesos biológicos preparan al feto para la vida extrauterina, complejos procesos psicológicos concomitantes preparan a la madre para la adaptación a las demandas que implica la maternidad.

A través de la lectura de material bibliográfico surgió la inquietud de indagar con que frecuencia los temores descritos en la bibliografía, se presentaban en la realidad de la población seleccionada.

Según el problema y los objetivos planteados, nuestro estudio es de tipo descriptivo, transversal y prospectivo.

La población ó universo del estudio está constituida por el total de madres primíparas, cursando el tercer trimestre de embarazo entre 20 y 31 años que se atienden en el Hospital Pereira Rossell, en el período comprendido entre abril-mayo del corriente año.

Considerando la información que se deseaba obtener se elabora como instrumento una entrevista semiabierta, estructurada, la cual se realizó en el período anteriormente mencionado.

La ejecución de la propuesta se realizó a 37 embarazadas, que se encontraban en la sala de espera de la clínica "C" del antedicho hospital, con las características anteriormente mencionadas, constituyendo nuestra muestra.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Cuales son los temores que se presentan con mayor frecuencia en embarazadas primíparas, cursando el tercer trimestre de gestación entre 20 y 31 años de edad, que concurren a la Policlínica "C" de Ginecología del Hospital Pereira Rossell, ubicado en Bulevar Artigas 1550, departamento de Montevideo en los meses de abril y mayo del corriente año.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer los temores más frecuentes de embarazadas primíparas que cursan el tercer trimestre de embarazo entre 20 y 31 años de edad, que se controlan en la Policlínica "C" de Ginecología del Hospital Pereira Rossell, ubicada en Bulevar Artigas 1554, departamento de Montevideo en los meses de abril y mayo del corriente año.

Objetivos Específicos:

- a) Caracterizar a la población seleccionada según, nivel de instrucción, búsqueda de información, edad, situación de pareja y apoyo familiar.
- b) Describir los temores de las embarazadas primíparas.
- c) Relacionar los temores con, nivel de instrucción, búsqueda de información, edad, situación de pareja y apoyo familiar.

MARCO TEORICO

Desde un punto de vista fisiológico el embarazo y parto constituye un episodio normal , de la vida procreativa femenina. (Ver Anexo Nº1, Gestación).

El embarazo moviliza ansiedades debido a una serie de cambios a los que tiene que enfrentar la mujer en esta etapa, a nivel social, familiar y personal.

En lo corporal, la mujer debe aceptar la pérdida de su propia imagen, a menudo vivenciarse como un cambio del cuerpo, con sentimientos de fealdad y falta de atractivo sexual, en algunos casos.

“Los movimientos del feto, denotan la presencia de algo que está creciendo en su interior, lo que origina sentimientos ambivalentes, por un lado satisface su deseo de crear y producir y por otro, puede sentirlo como un parásito que incluso podría llegar a destruirla”.(1).

La ambivalencia se erige como un concepto central para comprender la psicología de la maternidad (no solo de la madre). Ambivalencia de afectos encontrados frente a un hijo que por un lado, se quiere y cuida, pero que también es fuente de temores y preocupaciones, al punto de que por momentos parece un enemigo que ha venido a complicar la vida de la madre, e incluso a ponerla en riesgo. No solo la madre transita estos pensamientos y sentimientos encontrados; un marido dejado de lado durante el embarazo y la crianza preguntará seguramente si no estaba mejor antes; los futuros abuelos también se ven sacudidos en el cambio generacional que se aproxima (ya no serán padres sino abuelos, signo de vejez) y sus hijos ocuparán el lugar de padres que ellos ocupaban hasta el momento.

“La experiencia clínica y la literatura concuerda: la ambivalencia hacia la maternidad es universal, inevitable, normal y deseable”. (2)

Las ansiedades frente al parto que se manifiestan en el miedo al dolor, en el tercer trimestre dejan paso al miedo a la episiotomía, al desgarro y a su propia muerte. (3)

Los mecanismos de defensa más importantes que puede utilizar la mujer frente a estas ansiedades son, el pensamiento mágico omnipotente, la negación, la regresión, la proyección y la represión.

La misma idealización de la maternidad que la hace percibirla como algo maravilloso e imaginar a su hijo como el más hermoso y perfecto la ayuda a transitar molestias y sinsabores del embarazo, al punto que se intensifica en correlación inversa con el riesgo. Del mismo modo, la negación, como proceso inconsciente del no querer saber se incrementa en esos casos, si bien aparece en todas las embarazadas.

La regresión, hace que paradójicamente se sienta más niña en el momento de su plenitud biológica, le permite buscar y obtener protección y aceptar las indicaciones del médico.

(1)-(3) Amylivia y Esteban “Mujer, Deseo y Embarazo”

(2)- Denise Defey “Mujer y Maternidad”

La regresión puede afectar la relación con la pareja y el personal médico, generando una actitud exageradamente pasiva. adecuadamente y es característica su presencia en los casos que hay dificultad de mantener el reposo adecuado por falta de conciencia de los riesgos.

Teniendo en cuenta que la sexualidad, en algunos casos, es un proceso conflictivo, no es extraño que durante el embarazo sea un aspecto negado y reprimido; la mujer llega al mismo con toda una serie de mitos, tabúes sociales y desinformación frente a su situación y todo lo que la rodea. Estos mitos aún más importantes en lo que hace referencia a las relaciones sexuales durante el embarazo, están basados en la represión sexual que la sociedad impone, esto genera fantasías y temores expresados por mujeres embarazadas en relación al tema de la sexualidad.

Si bien en algunos casos hay un aumento del interés sexual, en general hay una disminución del mismo y la actividad sexual, debido a múltiples motivos. Podemos mencionar por ejemplo, la regresión y la tendencia de la mujer a volcarse en sus pensamientos hacia el embarazo, el temor de dañar al hijo o afectar el buen curso del embarazo.

“Las relaciones sexuales son muy beneficiosas salvo que el médico las desaconseje; al ser una fuente de placer, gratificación y descarga, disminuye las ansiedades de la mujer. Esta se sentirá más segura y valorizada al saberse deseada por su pareja, disminuirán los posibles celos tanto de la pareja hacia el hijo, como de la embarazada hacia otras mujeres. A nivel corporal resultan importantes ya que contribuyen a la elasticidad y flexibilidad de los músculos perineales, que tendrán posteriormente una función básica en el parto.” (4).

Generalmente toda embarazada, posee temores con respecto al hijo, así como también ansias de gestar un ser dentro de sí para integrarlo a una sociedad más justa y feliz.

⇒ **Temor a tener un hijo anormal o monstruoso**, temor manifestado principalmente en las primerizas por falta de experiencia previa.

⇒ **Temor a engendrar un niño con Síndrome de Down**, esto se da en general porque estos niños conviven socialmente, se los ve a diario, contrariamente a otras patologías, que no son tan evidentes

⇒ **Temor a no tener leche**; A la mujer, antes del parto, le preocupa como organizarse, entre trabajo, estudio, quehaceres domésticos, sexualidad, diversiones, otros hijos y lactancia.

⇒ **Temor a morir en el parto**. “El parto, es un momento crucial para todo individuo, dónde se pone en juego la capacidad de vivir y morir, donde se reviven las angustias y depresiones que se vivieron en su propio parto.”(5).

Según datos estadísticos la muerte materna en el año 1989 fue de 7.6 por 10.000 terminaciones de embarazos, en 1995 estas aumentaron a 11 por 10.000 terminaciones de embarazo. (Ver Anexos, N°3, Datos estadísticos) (6).

(4) Raquel Soifer “Psicología del embarazo, parto y puerperio”

(5) Mirta Videla, “Maternidad, Mito y Realidad”.

(6) C.L.A.P. , “Sistema de Información de Perinatología del año 1996”

⇒ **Temor a la muerte del hijo:** En días previos al parto, con frecuencia la embarazada manifiesta haber dejado de sentir los movimientos fetales durante todo un día, lo que la lleva a pensar a la muerte del hijo en su vientre. (4)

Según datos estadísticos la tasa de mortalidad perinatal en Uruguay, en 1993 es de 16 de cada 1.000 nacidos vivos y muertos de más de 500 gramos y en 1995 es de 15.9. (6).

⇒ **Temor a sufrir mucho dolor en el parto:** este temor se va transmitiendo de generación en generación. Generalmente, poco tienen que ver con la realidad que cada mujer vivirá en su proceso. La mujer teme fundamentalmente al dolor del desprendimiento del hijo, a la separación de éste, con quién vivió simbióticamente nueve meses.

El Dr. A. Nikolaiev y colaboradores, llegan a la siguiente conclusión: "Se puede admitir que la representación del dolor de parto se ha formado en la mujer por la influencia de constantes excitaciones verbales amenazadoras; esta idea fijada y formada en el segundo sistema de señales, sobre lo penoso e inevitable del dolor de parto adquiere todas las particularidades de una dominante inerte que no se anula sino que de vez en cuando se inhibe, "la impresión que se formó en la corteza queda por mucho tiempo o para siempre como una cicatriz profunda". Desde el génesis se expresa que la mujer parirá con dolor y siendo ésto la base de múltiples religiones."(7).

Se puede considerar que el dolor de parto es en esencia un dolor viscerocortical; este dolor puede ser también cortical o psicógeno.

⇒ **Temor a no desempeñar bien el rol de madre:** toda mujer embarazada entra en el nuevo y fantástico mundo de las maderas y los pañales.

De golpe descubre que existe todo un código de lenguaje completamente desconocido hasta entonces, (cólicos, pezones, ombligo, horarios, batitas), la madre duda de su capacidad para desempeñar simultáneamente ambos roles, de mujer y de madre.

⇒ **Temor a no poder separarse del bebé luego del parto:** uno de los temores que puede presentar la mujer, es de separarse físicamente del hijo. Desde el embarazo, muchas dicen que no podrán sacarlo del cuarto, que temen que se ahogue, que temen no escucharlo si llora.

A todas ellas hay que repetirles muchas veces que el oído de la madre es selectivo (solo se despiertan con el llanto del hijo), y que el bebé adapta la intensidad del llanto a la distancia a la que se encuentre la madre

⇒ **Temores con respecto a la anestesia:**

Existen dos tipos de mujeres, las que se resisten a ser anestesiadas sintiéndolo como un robo de su vivencia y por otro las que reclaman ser anestesiadas argumentando que el parto las enfrentará con el dolor y la muerte. En general la gran mayoría de las mujeres no quieren ser anestesiadas, quieren vivir su parto y que nadie les robe esta vivencia.

(6) C.L.A.P., "Sistema de Información de Perinatología del año 1996".

(7) Nikolaiev, "Parto sin dolor"

⇒ **Temor a la operación cesárea, al forceps.**

“Las mujeres les temen a estas técnicas porque atacan su cuerpo, su hijo y su psiquis. La cesárea le arrebatata a la mujer la vivencia total del parto, la aleja de su marido, se la somete a un acto quirúrgico, en lugar de ayudarla a parir.

Otro de los temores de las parturientas es el forceps, debido a los traumatismos que puede ocasionar tanto a la madre como al niño.” (5). Según datos estadísticos, en el Uruguay referente a cesáreas realizadas, el porcentaje de nacidos vivos y muertos de más de 500 gramos, en 1993 fue de 21.9, y en 1995 es de 23.8. En el Pereira Rossell en el año 1997 de 7958 nacimientos, 1190 fueron cesáreas. (6).

Otros temores de la embarazada: Son muchos los temores que enfrenta la mujer que espera un hijo. Lo desconocido, deseado y temido a la vez la llena de expectativas. Los hijos se gestan dentro sin poder verlos y controlarlos, de este modo, aumentan las dudas y emerge la problemática que cada mujer posee ya internamente acerca de su capacidad de engendrar. También el temor a quedar sola en el parto y sin ayuda, el temor a tener mellizos, a que el médico no se lo encuentre en el momento preciso, al parto prematuro, al aborto en los primeros meses, a las hemorragias, a tener un hijo del sexo no deseado, temor a los problemas económicos, el temor a las grietas de los pezones durante la lactancia, etc.

Según la psicóloga Denise Defey, los temores que se dan con mayor frecuencia durante el tercer trimestre son : “Muerte fetal, muerte materna perinatal, miedo de abandono de la pareja, disminución de femineidad, temor a tener un hijo Down.” (8) (Ver Anexo N°2.a).

En la magnitud del problema inciden factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales.

Es importante destacar, que no hay otras investigaciones realizadas sobre este problema en el país (Instituto Nacional de Enfermería., Facultad de Psicología, Facultad de Medicina, Centro Latinoamericano de Perinatología), ni trabajos que hayan sido publicados, en el exterior (buscados en la INTERNET).

(6) C.L.A.P. “Sistema de Información Perinatal del año 1995”

(8) Denise Defey, entrevista realizada a .

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Edad.
Nivel de Instrucción.
Situación de pareja.
Embarazo
Primíparas
Temor
Información.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

EDAD: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Grado o altura que alcanzan, caudal de conocimientos académicos.

SITUACIÓN DE PAREJA: Modo de estar con relación al sexo opuesto.

EMBARAZO: Preñado de la mujer.

PRIMÍPARAS: Que pare por primera vez.

TEMOR: Inquietud del alma derivado al mal que amenaza, sospecha, recelo, es más consciente.

INFORMACIÓN: Satisfacción fundamental, necesidad de nutrición psíquica que experimentan los hombres.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE CADA DIMENSIÓN (Indicadores)

Edad: - Años cumplidos a la fecha.

Máximo Nivel de Instrucción alcanzado:

Primaria:

Completa
Incompleta

Secundaria:

Completa
Incompleta

Estudios terciarios:

Completo
Incompleto

Situación de Pareja:

Soltera
Casada
Viuda
Divorciada
Pareja estable

Embarazo: Tercer trimestre:

Séptimo mes
Octavo mes.
Noveno mes.

Temor:

- Temor a tener un hijo anormal.
- Temor a morir en el parto
- Temor a sufrir dolor en el parto.
- Temor a que le cambien o le roben el bebé.
- Temor a no saber desempeñar el rol de madre.
- Temor a la muerte del bebé.
- Temor a no poder separarse del bebé luego del parto.
- Temor a la operación cesárea, o al forceps.

Información:

- Profesionales de la salud.
- Familiares.
- Personas allegadas.
- Revistas y folletos.
- Libros.

DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología utilizada en esta investigación es descriptiva, la elección del tipo de estudio fue realizado en base a que busca respuesta, al problema y los objetivos planteados.

Se realizará un corte transversal, el mismo será prospectivo,

La población o universo de estudio está conformada por la totalidad de embarazadas primíparas, entre 20 y 31 años cursando el tercer trimestre de embarazo, que se controlan en la clínica "C" del Hospital Pereira Rossell, en el período comprendido entre el 21 de abril al 21 de mayo del año en curso. Dicho nosocomio depende del Ministerio de Salud Pública, brinda atención al niño y a la mujer, la clínica ginecológica "C" está dirigida por el Profesor Doctor José Carlos Cuadro. Esta clínica está integrada por médicos grado 2,3 y 4 así como residentes, internos y estudiantes de la Facultad de Medicina, cursando Materno Infantil, también lo integran dos parteras y auxiliares de enfermería.

Su director el Doctor Cuadro, además de ocuparse de la dirección de esta realiza ateneos los días martes y jueves, con los estudiantes, no realizando atención directa.

La unidad de observación y de análisis es también la unidad de muestreo, la embarazada primeriza.

Considerando los objetivos y los propósitos del estudio, los recursos humanos disponibles para la recolección de datos, tiempo planificado, datos estadísticos del mes de marzo del año en curso (donde se controlan 60 embarazadas) se estima conveniente entrevistar como mínimo un 30% de la población.

El tipo de muestreo es intencional o por conveniencia.

Se decide trabajar con primíparas, dado que no tienen vivencia propia de la maternidad.

Se eligió el tercer trimestre, para conocer los temores reales que se presentan ante la proximidad del parto. El estudio se realiza con mujeres entre 20 y 31 años de edad debido a que han superado la etapa de la adolescencia y no han entrado en el grupo considerado como madres añosas, ya que a estos dos grupos se le suman otros conflictos.

Aunado a todo esto elegimos las antedichas variables debido a que es el grupo menos estudiado, por lo que hemos constatado a través de la revisión bibliográfica hasta el momento.

El instrumento que se utilizará para la recolección de datos es una entrevista estructurada, que constará de 9 preguntas semiabiertas y 2 abiertas y se realizará con el objetivo de recabar información precisa, confiable y válida. (Ver Anexo N°2.c).

La información que se obtendrá apunta a recabar datos filiatorios y preguntas para conocer los temores que se dan en el tercer trimestre de gestación, no dejando de lado, su pareja y familia. El grado de contención que ellos le brindan, podría influir en la elaboración en mayor o menor medida en los temores.

El instrumento será sometido a prueba por los integrantes del grupo de investigación, en una muestra de un número aproximado de cinco embarazadas elegidas al azar en la Clínica "C" del Dr. Cuadro del Hospital Pereira Rossell; con la salvedad que no formarán parte de la muestra final. Después de la prueba, se hará la revisión respectiva para su posterior utilización.

La tabulación y el proceso de los datos, se realizará a través de tablas de frecuencia.

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS ENTREVISTAS

(Ver Anexo N°4)

Edad de las embarazadas en relación al número de entrevistadas ()*

| EDAD años | NÚMERO DE ENTREVISTAS | F.A. | F.R. |
|-----------|--------------------------|------|-------|
| 20-25 | 20 | | 54.0% |
| 26-31 | 17 | | 45.9% |
| TOTAL | 37 | | 100% |

Mes de embarazo en relación al número de entrevistas ()*

| MES DE EMBARAZO | NÚMERO DE ENTREVISTAS | F.A. | F.R. |
|-----------------|--------------------------|------|-------|
| Séptimo | 14 | | 37.8% |
| Octavo | 16 | | 43.2% |
| Noveno | 7 | | 18.9% |
| TOTAL | 37 | | 100% |

Situación de pareja en relación al número de entrevistadas ()*

| SITUACIÓN DE PAREJA | NÚMERO DE ENTREVISTADAS | F.A. | F.R. |
|---------------------|----------------------------|------|-------|
| Casada | 9 | | 24.3% |
| Soltera | 5 | | 13.5% |
| Pareja estable | 23 | | 62.1% |
| TOTAL | 37 | | 100% |

Nivel de instrucción en relación al número de entrevistadas (*)

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | NÚMERO DE ENTREVISTADAS F.A. | F.R. |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------|
| Primaria Completa | 11 | 29.7% |
| Secundaria Incompleta | 15 | 40.5% |
| Secundaria Completa | 7 | 18.9% |
| Otros | 4 | 10.8% |
| TOTAL | 37 | 100% |

Búsqueda de información(*)

| BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN | | | | | |
|--------------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | SI | | NO | |
| | | F.A. | F.R. | F.A. | F.R. |
| | | 29 | 78.4% | 8 | 21.6% |
| TOTAL | | 37 | | 100% | |

Lugar de búsqueda de información(*)

| LUGAR | F.A. | F.R. |
|---------------------------|-------------|-------------|
| Profesionales de la salud | 19 | 35.2% |
| Familiar | 14 | 25.9% |
| Personas allegadas | 7 | 12.9% |
| Revistas y folletos | 5 | 9.2% |
| Libros | 9 | 16.7% |
| TOTAL | 54 | 100% |

De las 29 entrevistadas que buscaron información, se desglosa en donde buscaron información, cabe acotar la salvedad que el total es de 54 dado que buscaron información en una o varias fuentes.

Temores en el tercer trimestre de embarazo(*)

| TEMORES DEL TERCER TRIMESTRE | F.A. | F.R. |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| TEMOR AL DOLOR | 17 | 28.8% |
| TEMOR A LA EPISIOTOMÍA | 12 | 20.3% |
| TEMOR A TENER UN NIÑO ANORMAL | 9 | 15.2% |
| TEMOR A LA CESÁREA | 4 | 6.7% |
| TEMOR A LAS CONTRACCIONES | 3 | 5% |
| TEMOR A MORIR EN EL PARTO | 2 | 3.4% |
| TEMOR AL SUFRIMIENTO DEL BEBÉ | 2 | 3.4% |
| TEMOR AL PARTO | 2 | 3.4% |
| OTROS | 8 | 13.6% |

En este cuadro se observa la gran incidencia que tiene el temor al dolor al que le sigue el temor a la episiotomía y al temor a tener un niño anormal, sobre los demás temores observados.

Los dos primeros temores coinciden con lo manifestado por el Dr. Sotelo (Médico Obstetra de la clínica "C", ver anexo 2.b).

Con un 1.7%, tenemos los siguientes temores: a ser posesiva con el bebé, a quedar gorda, al forceps, a ponerse nerviosa, al trabajo de parto, a no saber cuidar del bebé, a la anestesia, a que el bebé se le caiga de los brazos. (Ver Anexo N° 4, detalle de temores en cada mes).

Relación de nivel de instrucción con presencia de temores (*)

| NIVEL DE INSTRUCCION | TEMORES | | | |
|-----------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|
| | SI | | NO | |
| | F.A. | F.R. | F.A. | F.R. |
| Primaria Completa | 10 | 27% | 1 | 2.7% |
| Secundaria Completa | 7 | 18.9% | | |
| Secundaria Incompleta | 10 | 27% | 5 | 13.5% |
| Estudios terciarios | 4 | 10.8% | | |
| Total | 32 | 83.7% | 6 | 16.2% |
| TOTAL | F.A. | | F.R. | |
| | 37 | | 100% | |

En base a estos datos, suponemos que a mayor nivel de instrucción, mayor cantidad de temores.

Relación de temores con búsqueda de información (*)

| TEMORES | BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN | | | |
|--------------|-------------------------|-------|-------------|-------|
| | SI | | NO | |
| | F.A. | F.R. | F.A. | F.R. |
| SI | 26 | 70.2% | 5 | 13.5% |
| NO | 3 | 8.1% | 3 | 8.1% |
| Total | 29 | 78.3% | 8 | 21.6% |
| TOTAL | F.A. | | F.R. | |
| | 37 | | 100% | |

De esta relación podemos suponer que a mayor búsqueda de información mayor cantidad de temores.

Relación de temores con situación de pareja (*)

| TEMORES | CON PAREJA | | | |
|--------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | SI | | NO | |
| | F.A. | F.R. | F.A. | F.R. |
| SI | 28 | 75.6% | 3 | 8.1% |
| NO | 4 | 10.8% | 2 | 5.4% |
| Total | 32 | 86.4% | 5 | 13.5% |
| TOTAL | F.A. | | F.R. | |
| | 37 | | 100% | |

De este cuadro se destaca que las embarazadas con pareja, tienen un alto porcentaje de temores.

Relación de temores con el apoyo familiar (*)

| TEMORES | APOYO | | FAMILIAR | |
|--------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | SI | | NO | |
| | F.A. | F.R. | F.A. | F.R. |
| SI | 25 | 67.6% | 6 | 16.2% |
| NO | 5 | 13.5% | 1 | 2.7% |
| Total | 30 | 81.1% | 7 | 18.9% |
| TOTAL | F.A. | | F.R. | |
| | 37 | | 100% | |

En este cuadro se destaca el alto porcentajes de temores que tienen las embarazas que cuentan con apoyo familiar.

Relación de temores con el número de controles (*)

| TEMORES | NÚMERO | | DE | | CONTROLES | |
|--------------|--------------|-------|--------------|-------|-----------|-------|
| | 1-3 | | 4-6 | | 7-9 | |
| | F.A. | F.R. | F.A. | F.R. | F.A. | F.R. |
| SI | 6 | 16.2% | 18 | 48.6% | 7 | 18.9% |
| NO | 1 | 2.7% | 3 | 8.1% | 2 | 5.4% |
| Total | 7 | 18.9% | 21 | 56.6% | 9 | 24.3% |
| TOTAL | F. A. | | F. R. | | | |
| | 3 7 | | 10 0% | | | |

En esta relación se observa, a mayor número de controles del embarazo mayores son los temores observados.

Temores en relación con la edad (*)

| TEMORES | ED AD | | | |
|--------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | 20-25 | | 26-31 | |
| | F.A. | F.R. | F.A. | F.R. |
| SI | 17 | 45.9% | 14 | 37.8% |
| NO | 3 | 8.1% | 3 | 8.1% |
| Total | 20 | 54.0% | 17 | 45.9% |
| TOTAL | F.A. | | F.R. | |
| | 37 | | 100% | |

Se observa que en estos rangos no existen diferencias significativas en lo que se refiere a la cantidad de los temores.

(*) Todos los datos que se presentaron en las tablas fueron obtenidos de entrevistas realizadas a embarazadas que se controlan en la Clínica "C" del Hospital Pereira Rossell.

Datos estadísticos obtenidos de Registros Médicos del Hospital Pereira Rossell, referidos a la clínica "C", del corriente año, revelan que en el mes de marzo y abril, se atendieron 60 y 72 embarazadas respectivamente.

Se estima que consultaron un promedio de 66 embarazadas en el período comprendido entre el 21 de abril al 21 de mayo; por lo que nuestra muestra constituiría un 56% de la población estimadas.

Evaluación del instrumento- Consideramos que el instrumento utilizado fue eficaz, dado que logramos cumplir con los objetivos planteados, conocer la frecuencia con que se presentaban los temores y obtener datos relevantes que podrían influir en ellos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

De la totalidad de la muestra seleccionada (37 embarazadas) se destaca que 32 de las embarazadas entrevistadas tienen pareja, de las cuales 28 manifestaron tener temor; 5 de ellas son solteras de las mismas 3 expresaron tener temor.

Estos datos obtenidos nos permiten suponer, que las embarazadas con **pareja** tienen mayor temor que las que no tienen pareja. Pensamos que las ansiedades del hombre influyen en los temores de la embarazada incrementándolos.

Apoyaría esto, lo manifestado por la Psicóloga Denise Defey en la entrevista realizada, donde expresa que: "... la embarazada sin pareja se preocupa más de sus problemas reales (económicos, vivienda, trabajo,...) olvidándose de los riesgos..."

En cuanto al **apoyo familiar** podemos destacar que de 30 casos de embarazadas que constaban con apoyo familiar, 25 manifestaron tener temor. Y de 7 embarazadas que no tenían apoyo familiar, 6 tenían temores. No podemos sugerir que el contar o no con apoyo influiría en los temores dado que los datos que obtuvimos son insuficientes cuantitativamente para realizar comparaciones.

Tomando en cuenta que trabajamos con una población de mujeres que en su mayoría no ha completado la secundaria (26 casos), creemos que las embarazadas que tienen secundaria completa y estudios terciarios (11 casos) que manifestaron tener temor; nos indicaría que a mayor **nivel de instrucción** mayor temor.

En lo que se refiere a los temores manifestados por las embarazadas, se destaca el temor al dolor (17 casos); temor a la episiotomía (9 casos), temor a tener un niño anormal (7 casos), temor al parto (6 casos), temor a la cesárea (3 casos), temor a morir en el parto (2 casos) y temor a las contracciones (2 casos). Se destaca en nuestro estudio la incidencia que tuvo el temor al dolor. Si bien el dolor tiene una gran carga psicogénica, se puede disminuir el umbral del dolor por ésta e influencias verbales. Consideramos que nuestra sociedad predispone a la mujer a dicho temor.

De la relación: cantidad de temores con **búsqueda de información**, los datos obtenidos nos hacen suponer que a mayor temor, mayor búsqueda de información (29 embarazadas buscaron información y tienen temor). De éstas 29 embarazadas, 19 consultaron con profesionales de la salud, 14 con familiares, para evacuar sus dudas y temores. (se debe considerar en estos valores de que varias de las entrevistadas buscaron información en más de una fuente).

Se observó que la mujer embarazada, busca mayor información con el fin de, racionalizar los temores, quiere saber para poder "dominar" o "controlar" los temores.

En lo que se refiere al **número de controles realizados**, relacionados con los temores; creemos que a mayor número de controles, mas temores dado que de 9 embarazadas con mayor número de control, 7 manifestaron tenerlo.

Sobre la **edad** de las embarazadas concluimos que en este rango elegido (20-31 años), no existen diferencias en lo que se refiere a la cantidad y características de los temores.

CONCLUSIONES

De la muestra seleccionada, en base a los datos que obtuvimos se puede manifestar que:

- Los temores más frecuentes son: al dolor, a la episiotomía, a tener un niño anormal y al parto.
- A mayor nivel de instrucción mayor temor.
- A mayor búsqueda de información más temor.
- A mayor número de controles realizados, más temores.
- En relación a la edad, no se constató diferencias en cuanto al tipo y cantidad de temores.

Pretendimos en esta investigación, conocer los temores más frecuentes de la población objeto de estudio.

En base a datos estadísticos obtenidos de la Institución anteriormente mencionada, consideramos que la muestra captada fue significativa.

RESUMEN

El trabajo de investigación realizado, surge de la inquietud de conocer los temores que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres embarazadas, en especial ante la proximidad del parto (tercer trimestre de embarazo).

Se estudió en mujeres primíparas, por que no tienen experiencia previa; la edad seleccionada (20-31 años), fue con el objeto de no tomar embarazadas adolescentes, ni añosas donde se suman otros cambios.

El lugar donde se seleccionó la muestra fue el Hospital Pereira Rossell en la Clínica "C" del Dr. Cuadro, donde se atienden aproximadamente 60 a 70 primíparas mensualmente; (según datos obtenidos en Registros Médicos y de las entrevistas realizadas a Médicos dicha clínica).

Se eligió esta Institución por ser un centro especializado en Materno infantil y constituir un lugar de confluencia Nacional.

Se seleccionaron 37 mujeres embarazadas, las cuales cumplían con las características descriptas en nuestro objetivo, en un período que abarcó 30 días (del 21 de abril al 21 de mayo del corriente año).

Nuestro trabajo de investigación fue descriptivo, de corte transversal y prospectivo; utilizando una entrevista semiabierta (estructurada) como instrumento para la recolección de información. La tabulación y procesamiento de los datos se realizó por medio de tablas de frecuencia.

En base a la información obtenida se llegó a la siguiente conclusión:

Los temores que se presentaron con mayor frecuencia fueron: al dolor, a la episiotomía, a tener un niño anormal y al parto.

SUGERENCIAS

Proponemos en una siguiente investigación, realizar un estudio comparando las embarazadas que se atienden en instituciones públicas y privadas, manteniendo las mismas características.

Se sugiere que la enfermera universitaria, se involucre con el equipo multidisciplinario, con el fin de apoyar los aspectos psicológicos en este período de la vida de la mujer.

Escuchando y realizando educación incidental y programada, de manera continua en el transcurso del embarazo, con el fin de que la mujer viva plenamente esta experiencia con la menor carga posible de temores.

BIBLIOGRAFIA

- BORREI CARRIO F.**, "Manual de Entrevista Clínica", Barcelona, DOYMA, 1989.
- CLAP**, "Sistema Informativo Perinatal", Montevideo, 1996.
"Sistema Informativo Perinatal", (Centro Hospitalario Pereira Rossell-Clinicas Ginecologicas "A" y "C", Montevideo, 1998.
- DEFEY, D.**, "Mujer y Maternidad", Montevideo, Roca Viva, 1994.
- DICCIONARIO** de Medicina, Buenos Aires, Ateneo, 1991.
- ESTEBAN R., AMILIVIA S.**, "Mujer, Deseo y Embarazo", Barcelona, Fundamentos, 1987.
- GRANADA V., VAZQUEZ I.**, "La mujer y el proceso reproductivo", Bogotá, Guadalupe, 1990.
- HERNANDEZ DE CANALES**, "Metodología de la Investigación", México D.F. Limusa, 1989.
- LANGER M.**, "Maternidad y Sexo", México D.F., Paidós, 1988.
- LAPLANCHE**, "Diccionario del Psicoanálisis".
- NIKOLAIEV A.**, "El Parto sin Dolor", Buenos Aires, Cartago, 1957.
- PITT B.**, "Estoy Embarazada", Buenos Aires, Pomaire, 1988.
- RONALD Y CATS**, "Libro de Consulta de la Embarazada", Barcelona, Gedisa, 1987.
- SABINO C.**, "Cómo hacer una tesis", Buenos Aires, Humanitas, 1986.
- SEGURANYES GUILLOT G.**, "Enfermería Maternal", Barcelona, Masson, 1993.
- SOIFER R.**, "Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio", Buenos Aires, Kargienan, 1992.
- VIDELA M.**, "Maternidad, Mito y Realidad", Buenos Aires, Nueva Visión, 1990.
- WEST, J.B.** "Bases fisiológicas de la práctica médica", Buenos Aires, Panamericana, 1987.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV ITALIA 578 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

0036T

22

REFERENCIAS

- 1.3- Amylivia y Esteban "Mujer. Deseo y Embarazo".
- 2 - Denise Defey "Mujer y Maternidad".
- 4 – Raquel Soifer, "Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio".
- 5- Mirta Videla, "Maternidad, Mito y Realidad".
- 6- C.L.A.P.. "Sistema de Información de Perinatología del año 1996"
- 7- Nikolaiev A. "Parto sin dolor"
- 8- Denise Defey, Entrevista realizada a la Psicóloga.

Las referencias del 1 al 7 se encuentran en el Anexo N°1, Marco Teórico.
La referencia 8. se encuentra en el Anexo N° 2, 2.a.

ANEXO 1

MANUAL DE ENTREVISTA CLINICA

Borrelli.Carrió

En la entrevista clínica se dan dos facetas de forma casi inseparable:

- a) Una faceta interpersonal, en la que dos o más individuos entran en relación y se comunican
- b) Otra faceta en la que se produce un acto de tipo técnico en la que el profesional procede a aplicar sus conocimientos científicos.

Esta faceta de la entrevista clínica nos lleva al centro de las habilidades de comunicación. Todo profesional debería tener conocimientos mínimos en este terreno.

Debería saber por ejemplo, que las preguntas muy concretas conducen a respuestas de escaso valor.

Este proceso de comunicación se establece en un "ambiente" o entorno y mediante una sucesión de acontecimientos situados.

Usuario y profesional tienen un esquema previo sobre como comportarse y que se espera de ellos.

Interferencias y ruidos en el proceso de comunicación.

Estamos hablando con nuestro usuario y alguien nos interrumpe. Hemos sufrido una interferencia.

Puede que un teléfono esté sonando insistentemente en otra habitación y ello dificulta el diálogo.

Causas más habituales por las que una entrevista puede ir mal:

- * Ruidos en el entorno.
- * Recepción inadecuada en el centro de salud.
- * Demasiada gente en la consulta.
- * Decoración o diseño de espacios inadecuados.
- * Interrupciones, llamadas telefónicas.

Interferencias cognitivas.

- Incapacidad del usuario para expresarse de manera comprensible.
 - Creencias mágicas o fuertes convicciones sobre aspectos del enfermar o sanar.
 - Creencias del entrevistador tendientes a ignorar los aspectos psicosociales de sus usuarios
- Interferencia emocional.
- Usuario afecto de trastornos mental (depresión, ansiedad...).
 - Entrevistador disfuncional: actitudes de desresponsabilización, expresiva proyección sobre el usuario.
- Interferencia social.
- Notable diferencia sociocultural entre el usuario y el profesional de la salud.

CARACTERISTICAS DE UN BIEN ENTREVISTADOR: EMPATIA, CALIDEZ, RESPETO Y CONCRECIÓN.

Por empatía entendemos la capacidad del entrevistador para comprender los pensamientos y emociones del paciente la empatía tiene una doble formulación: verbal y no verbal: De hecho es nuestra actitud comprensiva lo que se manifiesta con una sonrisa oportuna o una mirada amistosa. El usuario nos juzgará simpático por lo que le diremos, pero más por lo que observa pero aún más porque en efecto seamos comprensivos y tolerantes.

Por calidez de la relación asistencial entendemos la proximidad afectiva entre usuario y entrevistador.

La calidez es esencialmente no verbal, podríamos decir que es el clima que rodea un encuentro.

Por concreción entendemos la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que esta se desarrolle en términos comprensibles para ambos y de forma bidireccional. El término definido de esta forma, sería equivalente al de "comunicación eficaz".

Tanto el entrevistador como el usuario saben de lo que hablan y lo hacen con palabras de significado preciso y claro, de manera equilibrada.

Entendemos por respeto, la capacidad del entrevistador para transmitir al usuario que un problema le atañe y que se preocupa por él preservando su forma de pensar sus valores ideológicos y éticos.

TIPOS DE ENTREVISTA

*Según los objetivos de la entrevista:

Operativa: objetivos acordados previamente.

Diagnóstica o de escucha: la finalidad de la entrevista no ha sido acordada previamente.

*Según el método de entrevistador.

Libre: libertad total del entrevistador para escoger los contenidos o explicar.

Dirigida estructurada: Contenidos totalmente predeterminados por el sanitario.

Semidirigida semiestructurada: contenidos parcialmente determinados por el sanitario, con espacio para la libre narración del usuario.

*Según el receptor de los cuidados de Salud:

Dual: el profesional de salud entrevista a un solo usuario.

Múltiple: se producen en la misma consulta varias visitas a distintos usuarios Ej: : varios familiares.

Grupal o familiar: Por lo general una familia.

Para terceros el consultante lo hace en nombre de otra persona que es el usuario.

*según el canal de comunicación:

cara a cara: Profesionales y usuario están frente a frente.

Por teléfono: la entrevista se produce a través de éste medio.

COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Bajo el término de "comunicación no verbal" agrupamos el aspecto general del individuo, los gestos realizados con las manos y la cara, las expresiones faciales incluyendo la mirada, la posición del cuerpo y sus movimientos, la tonalidad, timbre y oscilaciones de la voz...

ASPECTO GENERAL DEL INDIVIDUO.

*Para lenguaje: tono y timbre de voz.

*Movimientos: sincronía
gestos habla.

*Posición: abierta
cerrada

*Gestos: Emblemas
reguladores
ilustradores
adaptadores

*Expresiones faciales:

*Estado emocional: confort, placer, excitación, felicidad, desconfort, ansiedad, enojo, tristeza, evitación.

GESTACIÓN

MODIFICACIONES ANATOMO –FISIOLÓGICAS:

La gestación es un proceso fisiológico normal en el que se producen modificaciones anatómicas y funcionales en el organismo materno.

La mayoría de los cambios que se producen en la gestación se deben a los efectos de hormonas específicas.

Estos cambios permiten a la madre nutrir al feto, preparar su cuerpo para el parto desarrollar sus mamas y almacenar grasas para proporcionar las calorías necesarias al final de la gestación y para la secreción láctea en el puerperio.

El estado psicológico de la madre también se ve influenciado por los cambios hormonales, estos cambios interactúan con otros factores externos, influyendo en su transición a la maternidad.

APARATO REPRODUCTOR

El útero aumenta su tamaño de forma progresiva a lo largo de la gestación adaptándose al crecimiento del feto.

La capacidad del útero al final de la gestación es 4.000 ml como mínimo por lo que se ha visto aumentado unas 1.000 veces.

Las mamas sufren modificaciones a nivel glandular y alveolar que las harán aptas para la secreción láctea.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

El sistema cardiovascular sufre modificaciones importantes con el objeto de asegurar la circulación placentaria, el intercambio gaseoso de oxígeno materno fetal y el aporte de nutrientes al feto.

El volumen sanguíneo aumenta entre un 30 y 50 % en el curso de la gestación. Como consecuencia de ello se produce un incremento del volumen circulante y el consiguiente aumento del gasto cardíaco.

La frecuencia cardíaca aumenta 10-15 lat/min en el último trimestre de la gestación. La presión arterial permanece dentro de los valores normales.

La presión venosa en las extremidades inferiores está aumentada debido a la dificultad del retorno sanguíneo ya que el útero ejerce una compresión de la vena cava inferior y las ilíacas. Como consecuencia de ello, en algunas mujeres aparece edemas, varices en las piernas y en la vulva y hemorroides.

En las mujeres gestantes puede aparecer el denominado síndrome de hipotensión en decúbito supino. Este síndrome se produce como consecuencia de la compresión que ejerce el útero en la vena cava inferior cuando la mujer se halla en esta posición, los valores de tensión arterial se restablece cuando se coloca en decúbito lateral.

APARATO URINARIO

En el primer trimestre de la gestación puede aparecer polaquiuria por la compresión que ejerce el útero grávido en la vejiga urinaria contra el pubis, y también al final de la gestación, por la compresión de la presentación fetal sobre la vejiga urinaria.

Al estar aumentado el volumen sanguíneo se incrementa la función renal y como consecuencia se produce un aumento de la diuresis, con la aparición de nicturia por el incremento de la función renal durante el descanso nocturno, al producirse la descompresión de la vena cava inferior.

APARATO RESPIRATORIO

Se produce una situación de hiperventilación con pseudo disnea. El ángulo subcostal se incrementa en la gestación entre 65 y 100 ° aproximadamente y el diafragma se eleva cerca de 4 cm como consecuencia de la compresión abdominal y la respiración deviene diafragmática.

SISTEMA DIGESTIVO:

Hay modificaciones del apetito como polifagia, polidipsia o bien anorexia transitoria. Algunas mujeres también desean caprichos por determinados alimentos "antojos". El tono y la motilidad gástrica se hallan disminuidos, ocasionando regurgitación esofágica y pirosis.

La motilidad de los intestinos delgado y grueso se halla también reducida durante la gestación y como consecuencia suele aparecer estreñimiento.

CAMBIOS ENDÓCRINOS:

Los cambios endócrinos son muy importantes en la gestación.

Los estrógenos y la progesterona son producidos por la placenta en grandes cantidades.

Hay un aumento de la secreción de las hormonas pituitarias.

La prolactina, hormona encargada de la secreción láctea.

La oxitocina, hormona implicada en el inicio del parto.

CAMBIOS EN LA POSTURA Y EN LA PELVIS:

El cambio del centro de gravedad en la mujer gestante conduce a una lordosis lumbosacra de compensación.

Se produce laxitud de los ligamentos pélvicos, alteración de la articulación sacroiliaca y la sínfisis púbica que permiten aumentar la capacidad de la pelvis durante el parto.

RAQUEL SOIFER.

PSICOLOGIA DEL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO

Ansiedades específicas del embarazo.

Observación clínica permite detectar ciertos movimientos específicos de incremento de la ansiedad durante el embarazo.

- a) En el comienzo de la gestación.
- b) Durante la formación de la placenta (2do y 3er mes)
- c) Ante la percepción de los movimientos fetales (tres meses y medio).
- d) Por la instalación franca de los movimientos (5 meses)
- e) Por la versión interna (seis y medio mes en adelante).
- f) El comienzo del noveno mes.
- g) Los últimos días antes del parto.

Cada uno de estos accesos de ansiedad, que pueden durar días o semanas y llegar a producir sintomatología física propia, o inclusive provocar el aborto o parto prematuro se caracteriza por fantasías bien determinadas y específicas.

El embarazo es una situación que involucra no solamente a la mujer en sí, sino también a su compañero y al medio social inmediato que inevitablemente lo acompañan en su proceso psicológico de regresión.

ANSIEDADES PRODUCIDAS POR LA VERSION INTERNA

- Desde la mitad del séptimo mes en adelante puede producirse la versión interna que lleva al niño ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal de parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca un nuevo estado de ansiedad.

La gran mayoría de las versiones patológicas (presentación de nalgas, lateral, de hombro, etc.) se deben a la contractura de los músculos pélvicos que se oponen de esa manera a la versión.

Esta contractura es producto de la intensa crisis de ansiedad que corresponden a fantasías de vaciamiento. Comunicación fluida entre obstetra y su equipo permite determinar en el octavo mes si ya se ha completado o no la versión y acentuar las explicaciones y enseñanzas de relajación necesarias.

La sensación consciente más clara es de que algo está pasando que asusta y desconcierta: las embarazadas suelen describirla como una sensación semejante a la que se experimenta en un ascensor de marcha rápida, o como una revolución dentro del abdomen, o un dolor intenso en el bajo vientre, o de que algo le está empujando el hígado etc.

Ha veces estas sensaciones conscientes no existen en cuyo caso hubo negación de la percepción ese mecanismo tan útil para la embarazada o bien ante su percepción, la crisis de ansiedad inconsciente determina ciertos procesos somáticos (crisis de hipertensión, lipotimia, gripes agudas, hiperemesis, diarreas, constipación pertinaz, aparición franca de edemas, un brusco y excesivo aumento de peso, intensificación dolorosísima de los calambres etc. La emergencia más grave es el parto prematuro entendiéndose por tal el que se produce entre los 6 y 8 meses cumplidos.

El parto prematuro: en todos los casos de parto prematuro que había una relación estrecha entre la percepción de la versión y la crisis de ansiedad.

Los movimientos despiertan la del parto prematuro sensación de pérdida y fantasías del parto prematuro en el ámbito consciente. La leyenda popular en este caso desproporcionada en relación con el número real de partos prematuros, siendo su expresión más corriente que a partir de esa época una mujer debe estar lista para que el parto se produzca en cualquier momento y tener ya terminado el ajuar etc. En consecuencia, la psicohigiene del parto prematuro debe abarcar no solamente a la mujer y sus conflictos inconscientes, si no también investigar en la relación matrimonial, familiar y socioeconómica procurando brindar el apoyo y ayuda necesarios.

SINTOMAS PSICOSOMATICOS DE APARICION FRECUENTE EN ESTE PERIODO.

HIPERTENSION: se piensa según la experiencia que debe ser considerada como una reacción defensiva frente a la disminución fisiológica de la PA sanguínea propia del estado.

Se puede comprobar que esta reacción corresponde a una fantasía inconsciente de muerte, en la que el niño, identificado con arcaicas figuras terroríficas perentorias, en el sentido Kleiniano del termino aparece como el exterminador.

La HTA configura la tendencia maternal en pugna contra esta fantasía, un síntoma transicional si bien puede llegar en estado más paranoides a presentar características graves.

LIPOTIMIAS: Una base orgánica reside en la hipotensión, desde el punto de vista psíquico se originan en fantasías de vaciamiento y aniquilación.

Es como si la versión interna significara que alguien se ha introducido adentro de la mujer para despojarla del niño de todo su interior y de la vida misma. Corresponde a la confusión entre versión interna y parto. Su aparición suele ser más frecuente en las personalidades esquizoides con vínculos simbióticos inconscientes muy intensos.

HIPEREMESIS: Su contenido psíquico es similar al de la IITA, el mecanismo psíquico es la expulsión del perseguidor.

DIARREAS: Tiene el mismo significado inconsciente que la hiperemesis, el mecanismo elige en este caso la vía intestinal.

CONSTIPACION PERTINAZ: defensa contra la negación de vaciamiento, el método utilizado, la contractura, actúa en este caso sobre la porción terminal del intestino su finalidad inconsciente es la fantasía de retención del feto.

EDEMAS Y AUMENTO EXCESIVO DE PESO: Por lo general van asociados y pueden combinarse con la constipación. Es otra defensa en este caso incorporativa u retentiva contra la ansiedad de vaciamiento. Comprobamos que aparecen en personalidades con fuerte estructura narcisista, de tipo infantil inmaduro e intensa fijación y dependencia de la propia madre. Con frecuencia, en los que a menudo han perdido tempranamente a la madre.

CALAMBRES: Para esta época suelen instalarse en forma muy dolorosa. En el psíquico traduce fantasías inconscientes terroríficas de ser atacadas físicamente. Representa tanto el temor al hijo en sí como al parto doloroso o traumático (fórceps, cesárea).

Su aparición es común en aquellos ambientes en donde se tiende a negar los temores y donde esta prohibido hablar de ellos.

La experiencia indica que los casos psicoprofilácticos, su incidencia es mucho menor que en las mujeres no preparadas.

Todos estos síntomas de los cuales las mejores exponentes son el calambre u la lipotimia por ser los más dramáticos y súbitos, traducen básicamente, además del conflicto, un pedido de ayuda y protección, al sentirse incapaces ya de tolerar y elaborar la crisis de ansiedad.

Ansiedades y fantasías determinantes de la crisis de ansiedad por la percepción de la versión interna son reactivadas por una situación intrínseca que es la futura maternidad.

El temor a no ser capaces de criar bien al hijo, se ve muy incrementado cuando existe la noción del desconocimiento acerca de ese tema. En nuestra época las mujeres tienen escasa o ninguna oportunidad de aprender el que hacer maternal (en otros tiempos cuando las familias numerosas brindaban continuamente esa experiencia a través de los numerosos hermanitos etc. Nos encontramos entonces ante una situación deficitaria que debe urgentemente resolverse. De ahí que los cursos psicoprofilácticos incluyan generalmente la enseñanza práctica de puericultura.

ANSIEDADES DEL COMIENZO DEL NOVENO MES

- Con la llegada del noveno mes surgen varias modificaciones fisiológicas: el feto tiende a desarrollarse más rápidamente ganando en peso y volumen: las contracciones fisiológicas acentúan, el cuerpo debe nuevamente cambiar sus mecanismos posturales para la bipedestación. A todo esto se suma la prohibición de la sexualidad que aún subsiste lamentablemente.
- Estas modificaciones intensifican las ansiedades que además, van acercándose a la noción de la proximidad del parto. La incertidumbre en cuanto a la fecha resume y sintetiza todas las otras incertidumbres y se transforma en un o de los fenotipos obligados. A través de "cuando será el parto" se expresan las incógnitas de cómo será el parto, como será la criatura, cual será su sexo, como resultará su crianza etc. El temor a la muerte en el parto obra características intensas por lo general inconsciente.
- En esta ansiedad derivada de la incertidumbre, juega un papel preponderante el narcisismo infantil que es la defensa habitual contra estos estados. El narcisismo infantil dispone del pensamiento mágico y de la omnipotencia de las ideas. Pero ambos no logran satisfacer totalmente el requerimiento, que el embarazo sigue transcurriendo a pesar de todo. Esto genera más ansiedad por cuanto se asiste al fracaso de la defensa. Otras veces, la defensa resulta victoriosa, en cierto sentido y es responsable del Parto Anticipado (a los 8 meses cumplidos), como manera de huir y resolver el estado de espera e incertidumbre.
- El marido tironeando entre su propia ansiedad o no sentimientos de responsabilidad, su terror a que la esposa fallezca en el parto (expresión de la fantasía inconsciente envidiosa) y la ansiedad de ésta y del ambiente. Cuando la ansiedad se hace intolerable vuelven a aparecer los trastornos psicósomáticos o en su lugar, la evasión matrimonial en la búsqueda de relaciones extraconyugales o en la dedicación excesiva al trabajo.

RELACIONES SEXUALES

No solamente que no ocasionan prejuicio alguno en este momento del embarazo, si no que, además, son altamente beneficiosas, por muchos motivos a lo largo de todo el embarazo, ya que no deberían ser interrumpidas en ningún momento salvo en extremos peligrosos como la amenaza de aborto o la placenta previa.

- Mantenimiento de la armonía conyugal, al disminuir los celos en ambos en el marido hacia el hijo, en la esposa hacia las posibles relaciones irregulares de él.
- Conservan la capacidad libidinosa y orgástica de la mujer, permitiéndole la momentánea tranquilización de sus ansiedades.
- Contribuyen a la elasticidad y flexibilidad de los músculos perineales tan exigidos en este momento y que deberán distenderse al máximo en el parto.

La crisis de ansiedad se pueden expresar:

- 1) PARTO ANTICIPADO.
- 2) DISTINTAS SOMATIZACIONES: gripes, anginas, cólicos, calambres, lumbalgias, edemas, palpitaciones, insomnio, hiperactividad, mayor nerviosismo.

Las fantasías se centran en torno al temor a la muerte, al dolor al vaciamiento, a la castración, etc.

Superada esta crisis que por lo general no dura más de una semana reaparece la hipersomnia en la mayoría de los casos brindando la posibilidad de retracción y negación necesaria para tolerar las intensas ansiedades de este momento.

LA PERCEPCION DEL SEXO DE LA CRIATURA

La clínica ha permitido observar que en la mujer embarazada hay un conocimiento bastante certero, al nivel inconsciente que se traduce en muchos casos por sensaciones conscientes, indefinidas, acerca de cual es el sexo de la criatura.

Se pudo comprobar que para el hijo varón predominan las fantasías terroríficas (en torno a una imagen hostil y agresiva que amenaza de muerte, proyectada sobre su hijo sobre ella misma) y aumento de ansiedades persecutorias o depresivas.

Para la hija mujer predominan las fantasías depresivas y persecutorias, las fantasías depresivas tienen como ejes a la ansiedad de vaciamiento y de pérdida, para ña mujer la hija reactiva las sensaciones de su propia infancia y la vivencia de un ser igual a ella, en tanto que el hijo varón representa los aspectos masculinos que no pudo desarrollar psicológicamente.

ANSIEDADES DE LOS DÍAS PREVIOS AL PARTO.

En medio de la incertidumbre que es la ansiedad consciente dominante, aparecen crisis intensas de duración variable, en la que se expresa por lo general conscientemente:

- Temor a la muerte en el parto.
- Temor al dolor
- Temor al parto traumático por forceps o cesárea.
- Temor a un hijo deforme.

Temor a la muerte del hijo.

Con bastante frecuencia, se presenta en el medio de la crisis, la sensación de haber dejado de percibir los movimientos fetales durante un día. Es angustiante dicha situación, la falta de percepción asociada a la muerte eventual del niño.

Desde el punto de vista orgánico, puede producirse porque la criatura se mueve menos en esa época del embarazo, dado que el crecimiento ha rebasado la capacidad de distensión del útero, con lo cual el espacio resulta reducido y porque hay un cierto grado de encaje.

Desde el punto de vista psíquico, la intensidad de la ansiedad, produce el embotamiento de la percepción a lo cual se le une muchas veces un estado de contractura de los músculos del suelo pélvico que inmoviliza a la criatura.

Por lo general "la falsa alarma" (cuadro en que la embarazada siente contracciones que tan solo traducen la accentuación de contracciones fisiológicas pero que son percibidos como frecuentes y en parte dolorosos) constituye un ensayo que esa mujer necesita accrea de cómo deberá comportarse en el momento de ir a la clínica.

Dr: Brice Pitt.

SENTIMIENTOS CONTRADICTORIOS

Diferencia entre desear algo y tenerlo finalmente.

Las imperfecciones se hacen evidentes y se requiere un período de ajuste hasta que todas las consecuencias de ese logro se dan por aceptadas.

Sentir odio en ocasiones hacia quienes mas se ama, justamente porque les amamos tanto les da un enorme poder para herirnos con su desdén o su abandono para preocuparse de otros.

Existe una ambivalencia particularmente llamativa en el campo de la anticoncepción.

Hasta la mujer más contenta con su embarazo tendrá ciertos celos, y la que en apariencia lo rechaza más firmemente puede estar actuando así a pesar de que su anhelo más profundo es tener un niño.

La mayor parte de las futuras madres se ubican en algún punto intermedio entre aquellos dos extremos y sus sentimientos son igualmente contradictorios y entremezclados pero están más equilibrados.

Una causa adicional de la contradicción de sentimientos durante el embarazo se debe a los grandes cambios que se producen en nivel hormonal en sangre. Tales cambios afectan a la mayor parte de las mujeres durante sus ciclos menstruales provocándoles depresión o irritabilidad hacia el final de sus períodos.

Durante el embarazo los cambios hormonales son aún mucho mayores y debido a esto la mujer debe padecer inexplicables y perturbadoras modificaciones de su estado de ánimo pasado de la depresión y el llanto incontenible a la irritabilidad y de esta a la mas tierna hipersensibilidad siempre en forma cambiante y caprichosa.

También el marido es ha menudo objeto de sentimientos contradictorios (está preparado para ser padre?) ¿Como será la relación de pareja? Como reaccionará él ante los cambios en el aspecto físico de su pareja, reducción de la actividad sexual.

Sentimientos antes los médicos y matronas. Se les tiene confianza y a la vez desconfianza de ellos, hacia el hospital, etc.

RELACIONES SIGNIFICATIVAS

Tres personas son especialmente importantes para la gran mayoría de la mujer encinta:

* Su madre.

* Su padre.

* El futuro niño.

+ LA MADRE: Muchas de las "cuentas sin saldar" que afloran a la superficie si se trata del primer embarazo, tienen que ver con la madre de la embarazada.

Algunos psicoanalistas creen que el descubrimiento de que la primera fuente de satisfacciones (la madre) es también el origen de frustraciones, (por ejemplo cuando no logra calmar con bastante rapidez sus mecanismos o aliviar su sufrimiento, resulta profundamente perturbador) constituye el origen mismo de la depresión.

Para un niño sus padres son seres enormes y aún cuando más tarde en la vida pueden parecerle de un tamaño más normales. El impacto de esa primera impresión quedará

vigente durante toda su vida más allá de estos viejos problemas de Madre-hijo “esa madre que amo y necesito pero a la que también he odiado y herido y sé que puede herirme a mí”. Existen también problemas de rivalidad con el padre por quien se queda con la atención indivisa de la madre y más tarde esa rivalidad se establece con los hermanos especialmente los menores.

Cuando comienza a advertirse su propia temeridad, la niña comenzará a sentir envidia del amor y cuidado que el padre dispensa a su madre y de vez en cuando tratará de ocupar su lugar.

Esto le llevará a sentir culpa y temor al castigo de su madre...

Todas las emociones son muy intensas para que la mayoría de las niñas pueda soportarla durante su infancia y por lo común son reprimidas o sacadas de en medio empujándolas al inconsciente (por lo que no pueden ser evocadas fácilmente).

FREUD decía que el inconsciente es “dinámico” significando que los conflictos que han sido reprimidos y que no pueda ser recordados, así todo tienen su efecto considerable sobre el desarrollo y la personalidad adulta.

Manera ideal de salir de los conflictos no resulta con la madre es por medio del proceso de identificación durante la adolescencia y al comienzo de la vida adulta. A medida que la hija crece y se hace adulta comienza a pensar en la madre como en otra mujer dentro de la misma familia y entre ellas se desarrolla una creciente proximidad en la medida en que comparten intereses femeninos, sentimientos que va desplazando al anterior antagonismo. No siempre sucede así. Algunas madres no muestran buena disposición hacia ese nuevo juego de compañerismo y otras veces los sentimientos reprimidos de culpa y hostilidad en la hija son tan fuertes que impedirán toda proximidad afectiva con la madre. La embarazada necesita en su madre en muchos sentimientos, necesita su aprobación (Temor profundo de que el embarazo sea de algún modo anulado, que la concepción no tenga lugar primeramente, que haya un aborto, que el bebé sea anormal a no sobreviva al parto.

PAREJA

Una pareja es una cosa y más los hijos otra una mujer puede querer tener hijos y la pareja no.

Pueden desearlo pero no en ese momento.

Aún cuando el hijo sea deseado, surgen en el padre deseos de ansiedad.

La reacción del marido ante la noticia del embarazo, su conducta durante el transcurso del mismo, su actitud durante el parto y su grado de compromiso así como su futura capacidad de ser buen padre, son elementos que llenan de preocupación a la mujer.

FUTURO NIÑO

En el inicio de su embarazo muchas mujeres están más preocupadas pensando en el embarazo mismo y en el efecto que este tendrá en sus vidas, que en el propio niño que dará a luz.

Para muchas mujeres, hasta ese momento el niño es más una idea que una realidad, e incluso les resulta difícil imaginarlo como algo, con vida propia, más allá de lo que son los tejidos vivos de su propio cuerpo.

Preocupación que su hijo no tenga anomalías elección del nombre antes del nacimiento suele dar un indicio de cuan intensa presión pueden ejercer las preferencias previas de los diferentes miembros de la familia.

Se los imaginan más adelante en la universidad, en el trabajo, etc.

Es saludable que la madre pueda imaginar anticipadamente las diferentes etapas futuras de su hijo y que pueda explorar su imaginación, las diversas posibilidades de un modo flexible y con aceptación de esas alternativas.

Para una mujer que nunca ha tenido un niño, el quedar embarazada puede resultar una sensación alarmante y la realidad que la fantasía la llenan de aprehensiones.

La realidad es que su vida pueda cambiar mucho y que quedará atada y limitada por una gran responsabilidad.

Fantasías son mezclas de expresión de deseo y temor a lo desconocido, matizadas con fragmentos inconexos de información, raptos de imaginación, sueños y anhelos reprimidos de la niñez.

_ Ver a una persona deformada puede deformar al bebé

_ Seguirá deseándola su pareja.

_ Nauseas, vómitos.

_ Hipertensión gravídica (forma seria de vómitos)

_ Antojos.

_ Lo que desea es ser consentida.

_ Produce molestias al tener que orinar con frecuencia.

_ Constipación.

_ Metabolismo aumenta en el embarazo (cansancio).

Progesterona, hormona producida en abundancia en el embarazo tiene un efecto sedante y se suman preocupación, o no poder dormir bien.

Depresión.

Ansiedad, tienden a volverse más introvertidas a partir del tercer mes de embarazo más progesterona y preocupación del feto que crece dentro suyo.

La embarazada se pone lenta y pasiva dejando que los demás se ocupen de todo mientras ella se queda sentada soñando despierta con su bebé.

Muy a menudo la autoestima es confundida con la vanidad y como tal menospreciada, sin embargo es indispensable poder sentir respeto y aprecio por una misma, llenarse de amor para poder luego amar a los demás más libremente.

MATERNIDAD, MITO Y REALIDAD. Psic. Mirta Videla

Toda embarazada posee temores con respecto al hijo, así como también ansías de gestar un ser dentro de sí para integrarlo a una sociedad más justa y feliz.

Temor a tener un hijo anormal o monstruoso, temor manifestado principalmente en las primerizas por falta de experiencia previa.

Temor a engendrar un niño mongólico, esto se da en general porque a estos niños se los ve a diario por la calle.

Temor a no tener leche; esto a decidido sobre todo por el ritmo de vida. La mujer debe después del parto hacer una redistribución de la energía disponible, entre trabajo, estudio, quehaceres domésticos, sexualidad, diversiones, otros hijos y lactancia.

Temor a morir en el parto. Las primerizas no poseen generalmente este temor, que ya es casi exclusivo de las secundíparas ó múltiparas, porque poseen otros hijos a los que temen dejar solos si algo les sucede.

Temor a la muerte del hijo, aparecen por razones inconsientes que tienen que ver con una serie de conflictos no resueltos con la madre. Cuánto mayor haya sido la patología relacionada con ésta, más llena de temores y angustias se sentirá la embarazada.

Temor a sufrir mucho dolor en el parto: este temor se va transmitiendo de generación en generación. Generalmente, poco tienen que ver con la realidad que cada mujer vivirá en su proceso. La mujer teme fundamentalmente al dolor del desprendimiento del hijo, a la separación de este con quién vivió simbióticamente nueve meses. Es este dolor del que nos habla a veces, y es importante ayudarla a concientizarla.

Se debe estar alerta para no caer en algo que nos acecha permanentemente y es aquello de que: "Debe doler", "Se debe sufrir", "Parir es un castigo si se hace con placer", "La mujer debe someterse al médico y al hombre y el placer está prohibido".

Temor a no desempeñar bien el rol de madre: toda mujer que se embaraza entra en el nuevo y fantástico mundo de las mamaderas y los pañales.

De golpe descubre que existe todo un código de lenguaje completamente desconocido hasta entonces, la madre duda de su capacidad de mujer y de madre, teme la venganza materna ante sus agresiones a los hermanos en el momento de la crianza de éstos. Tienen miedo de acunarlos manifestarle su cariño, contarle viejas canciones de cuna que todos conocemos.

Temen a la maternidad y buscan apoyo para asumirla.

El puerperio es un momento muy especial de la mujer allí, ella pone en juego todas sus capacidades de madre, produciéndose una tendencia a la depresión, causada fundamentalmente por el temor de no poder desempeñarse bien frente a su hijo.

La mujer debería realizar un método de ensayo y error a través de ese delicado aprendizaje que es la crianza de una criatura.

Temor a no poder separarse del bebé luego del parto: el miedo mas grande de la parturienta es el de separarse físicamente del hijo. Desde el embarazo, muchas dicen que no podrán sacarlo del cuarto, que temen que se ahogue, que temen no escucharlo si llora.

A todas ellas hay que repetirles muchas veces que el oído de la madre es selectivo (solo se despiertan con el llanto del hijo), y que el bebé adapta la intensidad del llanto a la distancia en que esté la madre.

Pero esto no es suficiente, y suelen deprimirse el día en que lo sacan de su habitación. Todas estas son actitudes de sobre protección hacia el hijo que ocultan a nivel inconsciente. **Otros temores de la embarazada:** Son muchos los temores que enfrenta la mujer que espera un hijo. Lo desconocido, deseado y temido a la vez la llena de expectativas. Los hijos se gestan dentro sin poder verlos y controlarlos, de este modo, aumentan las dudas y emerge la problemática que cada mujer posee ya internamente acerca de su capacidad de engendramiento.

El temor a quedar sola en el parto y sin ayuda, el temor a tener mellizos, el temor a que el médico no se lo encuentre en el momento preciso, el temor al parto prematuro, al aborto en los primeros meses, el temor a las grietas de los pezones durante la lactancia, el temor a las hemorragias, temor a tener un hijo del sexo no deseado, temor a los problemas económicos etc.

Preocupaciones con respecto a la anestesia:

Existen dos tipos de mujeres, las que se resisten a ser anestesiadas sintiéndolo como un robo de su vivencia y por otro las que reclaman ser anestesiadas argumentando que el parto las enfrentará con la muerte o la locura. En general la gran mayoría de las mujeres normales no quieren ser anestesiadas, quieren vivir su parto y que nadie les robe esta vivencia tan feliz.

La angustia y el dolor de las parturientas cuando se despiertan de una anestesia "a traición" es muy grande, comprenden que no han podido gozar de la salida del hijo, su primer llanto, no fueron ellas las primeras en saber el sexo del niño que no se les permitió verlo asomándose al mundo.

Temor a la operación cesárea, al forceps Las mujeres les temen a estas técnicas porque atacan su cuerpo, su hijo y su psiquismo. La cesárea le arrebató a la mujer la vivencia total del parto, la aleja de su marido, se la opera, en lugar de ayudarla a parir.

Otro de los temores de las parturientas es el forceps que puede ocasionar desgarros, lesiones del canal blando, del cuello uterino, órganos vecinos del plexo nervioso, fracturas luxaciones, infecciones puerperales... o muerte de la madre.

Algunas mujeres contaban que pasaron su parto atemorizadas por la presencia de esas pinzas sobre la mesita sin saber que eran y haciendo las fantasías más disparates al respecto.

Uno de los mayores temores de la embarazada y parturienta es el traumatismo craneano del forceps; heridas cutáneas, musculares, hundimiento y fractura de cráneo...

Mi cuestionamiento está dirigido no al uso de la técnica sino al modo como se abusa o mal uso.

Marie Langer, "Maternidad y Sexo", Cap.X, Embarazo y Parto.
Esteban R., Amilivia S., "Mujer, Deseo y Embarazo"

El embarazo y parto constituyen un episodio normal de la vida procreativa femenina, por lo que podría suponerse que transcurre en la mujer sana sin mayores molestias. Pero en la realidad, no ocurre así, sino por el contrario, los trastornos del embarazo, dolores, dificultades y angustias del parto son tan frecuentes que se los considera como fenómenos normales y casi inevitables.

Sin embargo un examen psicológico más profundo nos revela que estos trastornos provienen de conflictos psicológicos y de identificación con otras mujeres ya trastornadas en su feminidad.

En las sociedades primitivas, las mujeres embarazadas daban a luz solas o ayudadas por ancianas; En la medicina griega aparecen las comadronas, organizadas por Hipócrates, esto se mantiene hasta el siglo XVII y XVIII, en que empiezan a intervenir los médicos. El parto que hasta entonces era un acto natural se transforma en un acto médico.

Con el desarrollo de la medicina y los instrumentos técnicos, con la disminución de la mortalidad tanto materna como fetal la preocupación empieza a incluir los aspectos dolorosos del parto, aparece la anestesia en 1847 y llega hasta hacerse obligatoria en Inglaterra en 1949. El acto médico se transforma así en un acto quirúrgico.

Con la anestesia se conseguía evitar el dolor, pero también se suprimía, y de alguna manera se sustraía, a la madre de algo tan importante como es la presencia activa en el nacimiento de su hijo.

La mujer actual demanda no tener dolor en el parto. La mujer deposita así sus dificultades en el dolor y el médico se convierte en el instrumento para evitarlo.

En 1930 un partero inglés el Dr. Read, investigando sobre los partos en los que él asistía, llega a la conclusión de que la actitud de la mujer influye en el desarrollo del mismo y que el Temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal. Resalta la importancia que adquieren los factores emocionales en la producción del dolor, se genera un circuito Temor-Tensión-Dolor. La mujer espera el dolor y tiene miedo, esto ocasiona una tensión muscular generalizada y, en particular del cuello uterino, que dificulta la dilatación y obstaculiza la progresión del parto. Afirma que la vivencia del parto tiene relación con la influencia que la mujer ha recibido de su propia madre. Si este acto ha sido considerado para ella un hecho natural, no tiene que ser doloroso, por el contrario, lo será, si así ha sido transmitido.

Read considera que el conocimiento y control de los factores emocionales produce una disminución del temor y la ansiedad, del dolor, de la duración del parto, del uso de analgésicos y anestésicos, así como del número de intervenciones.

El objetivo principal en ese momento de la Psicoprofilaxis obstétrica era suprimir el temor, lo que se trataba de conseguir a través de la educación de la mujer y del aprendizaje de ejercicios de respiración y relajación. Otro origen de la Psicoprofilaxis Obstétrica fue el método desarrollado por la Escuela Soviética, Nikolaiev, "El parto sin dolor"

El origen del dolor en el parto se debe a un condicionamiento en la mujer por el que asocia la idea del parto al dolor: esta asociación es el resultado de una larga tradición histórica; según ellos el dolor existe realmente, pero puede ser inhibido por medios psicológicos. Es importante descondicionar a la mujer para que se rompa el vínculo entre dolor y parto y a continuación condicionarla de nuevo respecto a que el parto es un acto fisiológico normal. Esta labor se conseguiría mediante una educación general, teórica y práctica así como la enseñanza de los ejercicios correspondientes de relajación y respiración, con ello se evita la asociación parto-dolor y se sustituye con la idea de contracción, asociada a la de respiración, con la respiración se logra un mayor aporte de oxígeno tanto para la madre como para el hijo y con la relajación se disminuye la tensión muscular por inhibición de la corteza cerebral; con la relajación neuromuscular, se disminuyen las necesidades de oxígeno para el resto de la musculatura y éste es utilizado básicamente por el músculo uterino, consiguiéndose así una contracción más eficaz, lo que facilita el desarrollo del parto.

Ambos métodos se basan en el esclarecimiento previo de los procesos fisiológicos y en el aprendizaje de ejercicios de respiración y relajación. Estas escuelas modifican el concepto doloroso del parto y consiguen de nuevo la participación activa de la mujer en el mismo. La carencia de ambas reside en que actúan fundamentalmente sobre la conducta de la mujer en el parto tratando de modificarla a través de técnicas; pero al actuar sobre los efectos y no sobre los factores causales no impiden que estos sigan incidiendo de diversos modos tanto en ese parto como en los posteriores, han dejado de lado las motivaciones conscientes e inconscientes de la embarazada, así como la influencia de los prejuicios sociales en relación a la maternidad, que introyectadas por la mujer influyen también en el desarrollo de dicho proceso. Estos pueden dar lugar a síntomas que, en general, se consideran como naturales en sí cuando no son más que la expresión de la represión social en torno al proceso del embarazo y del parto.

En el momento actual el embarazo puede ser entendido como una etapa de crisis en la vida de la mujer, en el sentido de que se producen en ella cambios importantes tanto a nivel personal como familiar y social; ellos también incidirán en reactivar conflictos infantiles en relación con la figura maternal, cuando se habla de crisis se hace referencia no solo a un momento difícil y de cambio, sino también a una posibilidad de aprendizaje y desarrollo personal.

El embarazo sería un proceso donde se pone en juego no solo lo biológico, sino también lo psicológico, a través de la singularidad de la mujer, y lo social, por lo que representa el embarazo, el parto y la maternidad en la sociedad y por el papel que tiene la mujer en la misma.

Por ello la forma en que sea vivido influirá en las experiencias futuras, no sólo de embarazos y partos posteriores, sino también en el establecimiento del vínculo madre-hijo que será el modelo primario de relación para el niño.

Margaret Mead, por sus estudios antropológicos comparados de diferentes sociedades, llegó a la conclusión de que cada una de estas tiene sus preconceptos frente a las funciones procreativas de la mujer, preconceptos a los cuales la mayoría de ellas adopta.

En sociedades que consideran que el embarazo debe ser acompañado de náuseas y el parto de dolores y peligroso, la mayoría de las mujeres sufre efectivamente de estados nauseosos y tienen partos difíciles, mientras que en otras sociedades que no rodean de peligros y tabúes a la mujer en este estado, los embarazos y partos suelen transcurrir con facilidad y sin mayores incidentes.

La identificación de la mujer con su madre en sus funciones maternas, madres que describen el parto como una experiencia muy angustiada y llena de dolor, sus hijas tenían partos difíciles, mientras que mujeres que tenían partos con felicidad por haberse educado en ambientes opuestos.

Aunque la actitud de cada mujer frente a su feminidad depende hasta cierto punto de la actitud del ambiente que la rodea en su infancia, intervienen además factores mucho más personales que condicionan su conducta ulterior. Esto explica por que en la misma sociedad, y hasta en el mismo reducido círculo familiar, cada mujer desarrolla un caudal de angustia y de trastornos diferentes frente al embarazo y parto.

Dunbar y Squier recomiendan que la embarazada sea atendida no solo por un médico obstetra sino también por un especialista en medicina psicosomática y demuestran la utilidad de esto en relación a material clínico.

Durante el embarazo y parto la embarazada repite especialmente su relación con su propia madre.

La embarazada se identifica con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina. El feto representa para el inconsciente de la embarazada a su propia madre y especialmente a su superyo materno, así su relación ambivalente con la madre es revivida con su hijo futuro, otra representación del feto es la de algo robado a la madre, este algo puede ser tanto un hijo que pertenece a la madre, como el pene del padre que la madre lleva dentro.

El temor de la embarazada de dar a luz un hijo monstruoso, expresa que juzgan sus propios deseos infantiles como monstruosos, también proviene este temor a los propios sentimientos destructivos contra el hijo, representante del marido, uno de los padres o de un hermano, pero siempre de algo que para el inconsciente pertenece a la propia madre.

Anhelar un hijo para revivir su propia infancia en él o para darle precisamente lo que ella no tuvo.

Puede anhelar un hijo por rivalidad con las demás mujeres ó para retener a su marido ó por necesidad de status. Pero en el fondo el deseo de la mujer de dar a luz un hijo proviene de su necesidad psicobiológica de desarrollar todas sus capacidades latentes.

La mujer embarazada necesita amparo y protección, porque sufre una regresión parcial, su estado despierta sus angustias tempranas y principalmente las ligadas a la relación con su madre. A menudo le teme porque siente al niño como robado a ella, en otros casos se puede observar la conducta contraria, de gran apego y sometimiento a la madre, es otra forma de elaborar el mismo problema.

Las tendencias favorables y adversas entran en conflicto y se manifiestan en el plano psicológico y psicosomático, provocando angustias y trastornos típicos. Entre estos últimos los más frecuentes son de tipo oral y anal, la Hiperémesis y el antojo significan un intento inconsciente e irracional de abortar por vía oral y la defensa contra este deseo.

En la diarrea y el estreñimiento el intento de aborto y la defensa se desarrollan en el plano anal y adquieren más gravedad para la persecución del embarazo. En el aborto real, las tendencias inconscientes hostiles al embarazo son tan fuertes que salen victoriosas actuando sobre los órganos adecuados.

Pero aunque no exista embarazo exento de angustia y conflicto, justo por el gran cambio y logro que implica, normalmente va acompañado por un gran sentimiento de felicidad.

La mujer se siente serena y tranquila, identificada con su ideal de madre y con su hijo bien protegido por ella, vive en este estado, la unión más íntima que puede existir entre dos seres. Desde que nació, por primera vez no está sola, sensación de dar y recibir amparo y amor.

Dar a luz está considerado en cada cultura de forma diferente como experiencia que puede ser peligrosa o dolorosa, interesante y satisfactoria o importante, pero acompañada de ciertos riesgos.

El argumento de que el fondo biológico del proceso del parto influya mucho más en la conducta instintiva de la mujer que la actitud y las experiencias de su ambiente choca con la gran variedad de conceptos sobre el parto. Tanto una situación que la mujer naturalmente teme con toda su alma como una situación hacia la cual la mujer naturalmente se acerca dispuesta y feliz, tanto un peligro que tiene que ser evitado, como un cumplimiento deseado con fervor, se debe considerar estas actitudes como algo adquirido, la actitud de ambos sexos frente al parto contiene elementos complejos y contradictorios y que cada sociedad puede temer como maldad una u otra, a veces una serie de actitudes opuestas entre sí.

Un estudio de Henriette Kleim, Honard Potter y Ruth Dick de trastornos y angustias más frecuentes del embarazo y parto en un grupo de primerizas en situación económica y social difícil revela que el promedio de las mujeres afectivamente estables, maduras, tuvieron un parto fácil y embarazo bueno, estas aceptaron conscientemente su maternidad.

Si existía una situación económica y social difícil el embarazo era conflictivo y el parto se tornaba difícil.

Lo esencial es que la mujer no se sienta abandonada e incomprendida en su angustia.

El embarazo y parto están acompañados de malestar, angustia y dolor por factores psicogénicos.

Si se logra educar hijas sanas que tengan un mínimo de angustia y sentimiento de culpa y que puedan aceptar gozosamente su femineidad, se pueden esperar que el embarazo y el parto sean nuevamente lo que son aún en algunas sociedades, el máximo logro de sus facultades biológicas acompañado por la plena conciencia de intervenir en la más grande experiencia posible, haber gestado y alimentado dentro de sí a un nuevo ser y haber dado a la vida.

ANSIEDADES, MECANISMOS DEFENSIVOS Y SINTOMAS

Cambios que tiene que enfrentar la mujer en esta etapa..

Corporal, la mujer debe aceptar la pérdida de su propia imagen, a menudo se vivencia como una deformación progresiva del cuerpo, con sentimientos de fealdad y falta de atractivo sexual.

Los movimientos del feto constatan la presencia de algo que está creciendo en su interior, lo que origina intensos sentimientos ambivalentes, de un lado satisface su deseo de crear y producir y por otro, puede sentirlo como un parásito que incluso podría llegar a destruirla.

El embarazo también actúa como desencadenante de la problemática relativa a la identidad sexual.

En síntesis, las ansiedades frente al embarazo estarían en relación con la pérdidas tanto reales como fantaseadas, que la mujer siente. Si estas pérdidas, no son elaboradas se genera agresividad, que pueden expresarse en que no es capaz de cuidar y alimentar al niño, anormalidades del niño, muerte del feto, basadas a nivel consciente, en el hecho remoto pero real de estas posibilidades.

Las ansiedades frente al parto que se manifiestan en el miedo al dolor dejan paso al miedo a la episiotomía, al desgarro y a su propia muerte.

La episiotomía además de la realidad que implica de corte o ruptura en la vida de la mujer, el miedo al desgarro se refiere a un momento posterior al parto es el miedo a la pérdida de ese hijo que ha estado dentro de ella durante nueve meses en el vínculo más estrecho y simbiótico que pueda existir.

El miedo a la muerte, que en un principio aparece referido a la posibilidad de muerte real en el parto, se incrementa por el desplazamiento de las pérdidas imaginarias, simbólicas o reales que la mujer vive.

Los mecanismos de defensa más importantes que puede utilizar la mujer frente a estas ansiedades son el pensamiento mágico-omnipotente, la negación, la regresión, la proyección y la represión.

Teniendo en cuenta que la sexualidad es un proceso conflictivo, no es extraño que durante el embarazo sea un aspecto negado y reprimido.

La mujer llega al mismo con toda una serie de mitos, tabúes sociales y desinformación frente a su situación y todo lo que la rodea. Estos mitos aún más importantes en lo que hace referencia a las relaciones sexuales durante el embarazo y están basados en la represión sexual que la sociedad impone, esto genera fantasías y temores expresados por mujeres embarazadas en relación al tema de la sexualidad.

Según Raquel Soifer, las relaciones sexuales son muy beneficiosas, salvo que el médico lo desaconseje.

Al ser una fuente de placer, gratificación y descarga, disminuye las ansiedades de la mujer que se sentirá más segura y valorizada al saberse deseada por su pareja, disminuirá los posibles celos tanto de la pareja hacia el hijo, como de la embarazada hacia otras mujeres.

A nivel corporal resultan importantes ya que contribuyen a la elasticidad y flexibilidad de los músculos perineales, que tendrán, posteriormente una función básica en el parto.

En el tercer trimestre de embarazo, en este estadio, caracterizado por la proximidad del parto, se reactivan e incrementan los temores en relación con:

- Dolor en el parto.
- Anormalidades del hijo.
- Muerte de ambos.
- Dudas en relación de circunstancias del mismo, dolor, posibles complicaciones, anestesia, atención en el Hospital, el médico, etc.
- Capacidad para cuidarlo y alimentarlo.

Ambivalencia en cuanto a retención y la expulsión del feto, embarazo prolongado y embarazo prematuro.

MUJER Y MATERNIDAD

Psic. Denise Defey

La maternidad: La mujer, los otros y nosotros

Si se toma cualquier revista de divulgación para hablar sobre el embarazo "La imagen idílica es la de una embarazada joven, fresca, envuelta en el abrazo de un marido cariñoso y protector, con un hermoso vientre de segundo trimestre, piernas y brazos esbeltos, expresión plácida y satisfecha, hombre y mujer de raza blanca y bien alimentados y ubicados en un frondoso jardín".

¿Cuál es la otra cara? La percepción por un embarazo tardío y la obsesión del Síndrome de Down, el aceptamiento de un quinto o un décimo embarazo, la soledad de una maternidad sin apoyo, ni compañía, la pérdida de un embarazo (de un hijo), la hinchazón de las piernas y las manos, las estrías, las hemorroides, la angustia por muchas causas (quizás por el hecho de estar angustiada y pensar que no está permitido), la pobreza, la violación, la maternidad a los 12 ó 13 años.

Sin embargo, la otra cara tampoco es tan oscura como puede aparecer.

Un reciente estudio del C.L.A.F.H. y G.I.E.P. (Bernardi 1991) muestra que el riesgo de alteraciones en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 5 años en sectores pobres era marcadamente menor en madres adolescentes (especialmente luego de los 15 años). Los embarazos adolescentes eran en gran parte planeados y constituían una fuente de equilibrio psíquico y social para las madres, siendo los hijos objeto de atención e interés en que eran intensamente valorados. Por el contrario, las mujeres que transitaban otra etapa posterior de la vida sufrían ya generalmente una depresión crónica y un desgaste físico y emocional que les impedía atender y estimular adecuadamente al niño.

El trabajo cotidiano con mujeres embarazadas "normales" o de "bajo riesgo" por otra parte, muestra que aún el embarazo más cuidadoso, planificado, prolijamente cuidado y anheladamente esperado es objeto de múltiples sentimientos contradictorios.

La ambivalencia se erige entonces como concepto central para comprender la psicología de la maternidad (no solo de la madre).

Conflictuada por sus sentimientos encontrados y presionada (a veces, incluso acosada) por un medio que la felicita, presupone que está radiante y asume tener ese hijo es lo mejor que le puede suceder, la embarazada sufre y se siente culpable. Lo mismo ocurre a la madre reciente. Este sufrimiento muchas veces ocurre en silencio, incluso frente a sí misma y es entonces el cuerpo es el que habla. Surgen así múltiples manifestaciones de esta tensión no dicha: vómitos, amenaza de parto prematuro, agravamiento de trastornos como la diabetes y la hipertensión, anorexia, embarazo psicológico (pseudociego) y otros trastornos aparecen al acabalgarse la disposición orgánica y el conflicto psíquico.

La experiencia clínica y la literatura concuerdan: la ambivalencia hacia la maternidad es universal, inevitable, normal y deseable.

Para crecer un niño precisería de presencia y afecto, protección y dedicación, pero también de cierto grado de ausencia que le permita anhelar la presencia y crear así el recuerdo y la capacidad de recordar y amar, cierta indiferencia que le permita buscar en

otros la mirada cargada de interés, así en mundo de sus vínculos y afectos, cierto enojo que le permita aceptar límites y reconocer peligros así como también aprender y manejar el propio enojo.

Procesos psicológicos durante el embarazo

Así como los procesos biológicos preparan el cuerpo del feto para la adaptación a la vida extrauterina, complejos procesos psicológicos concomitantes preparan a la madre para la adaptación a las demandas psicológicas que implica la maternidad.

Podría hablarse de un proceso de gestación psíquica del hijo, por medio del cual lentamente se va creando un espacio en la mente de la madre para él.

El inicio de la percepción de los movimientos fetales marca un jalón importante en el proceso de comenzar a percibirlo como otro diferenciado.

Esta transición en las madres de representarse mentalmente ("marea representacional") al hijo tiene gran importancia en la preparación de la madre para poder cuidarlo, también para poder aceptarlo como un ser con necesidades sincronizadas con las suyas.

Si bien el hijo en gestación es generalmente uno solo, el proceso de gestación psicológica implica siempre un caleidoscopio de imágenes de hijos posibles, de modo que simultáneamente imagina al hijo de un sexo u otro, con diferentes características físicas y de personalidad y parecido a diferentes niños conocidos, reproduciendo características de determinadas familiares o personas valoradas.

Existe dos creencias de modo más manifiesto o de modo más difuso que se hallan presente en todas las embarazadas, la convicción de que sus pensamientos y estados de ánimo afectan al hijo, en el sentido de producirle un daño si siente angustia, tristeza o rechazo, como en la idea de que el feto tiene los mismos pensamientos y estados de ánimo de la madre, los cuales puede percibir.

Las consecuencias de estas dos creencias son múltiples: por un lado, constituyen un inicio del proceso de apego y cuidado del hijo, ya que hay una preocupación por no dañarlo, pero, por otro lado la sensación del ser permanentemente observado por el feto y de dañarlo con el pensamiento, dificulta aún más, el libre juego de las ideas y sentimientos ambivalentes. Con lo cual se incrementa el riesgo de que la tensión se manifieste por la vía orgánica o de que la madre manifieste su enojo o molestia por medio de acciones más o menos impulsivas como el no cumplimiento del reposo o la realización de un aborto provocado.

Los procesos de tensión conflicto no llegan generalmente a un extremo por la acción durante el embarazo de múltiples mecanismos de defensa inconscientes y automáticos que protegen a la madre.

Si bien es indiscutible su utilidad y es imprescindible protegerlos tanto en la vida cotidiana como en el trabajo psicológico, estos mecanismos también pueden jugar malas pasadas.

La idealización excesiva haría más difícil tolerar todo, lo que se aparte de lo esperado; la negación puede impedir realizar un tratamiento adecuadamente y es característica su presencia en los casos en que hay dificultad de mantener el reposo indicado; la regresión

también puede afectar la relación de pareja en grado excesivo y generar una actitud exageradamente pasiva en relación al personal médico.

En lo que se refiere a la pareja y en especial a las relaciones sexuales si bien en algunos casos hay un aumento del interés sexual; Debido a múltiples motivos.

La regresión y tendencia de la mujer a volcarse a sus pensamientos e interés hacia el embarazo y el hijo con exclusión de la pareja, el temor de dañar el hijo o afectar el buen curso del embarazo y la dificultad de integrar la maternidad y el sexo hacen que en general haya una disminución de la actividad e interés sexual.

En el hombre ciertos fenómenos son característicos: la vivencia de exclusión, un deseo de participar del embarazo y de proteger a su mujer, temores en cuanto al bienestar de ésta y a los cambios que va a implicar el hijo para la pareja, etc.

West., "Bases Fisiológicas de la Práctica Médica", Fisiología del dolor.
Nikolaiev A., "El Parto Sin Dolor", Fisiología del dolor del parto.

La somestesia que implica el tacto, la presión, dolor, temperatura y la propiocepción aporta información sobre la maquinaria corporal, de modo que la persona pueda actuar de acuerdo con las motivaciones presentes y con la debida consideración a los recuerdos sobre cómo los comportamientos que ocurrieron en similares circunstancias fueron evaluados en el pasado.

El dolor puede originarse en cualquier tejido excepto en el cerebro. Consta de sensaciones de dolor que se experimentan como dañinas y de reacción al dolor de respuestas somáticas y autónomas y de reacciones emocionales que pueden superponerse a experiencias pasadas ó inducidas, asociadas con el dolor.

Las fibras aferentes provenientes de vísceras penetran a la médula espinal por medio de las raíces posteriores, cuerpos celulares en ganglios de dichas raíces.

Aferentes viscerales pasan a través de varios troncos nerviosos autonómicos y plexos y llegan al sistema nervioso central por vía del vago, esplácnico, pélvico y otras raíces nerviosas (análogas a las raíces medulares posteriores y de las estructuras correspondientes del tallo cerebral, proyecciones centrales conforman un sistema ascendente de proyección visceral, que están a lo largo de la médula, tallo cerebral y diencefalo (red gris sensoriomotora). Existe una notable correspondencia entre las células ricas en receptores que fijan sustancias opiáceas, las células que producen opiáceos endógenos.

El problema del dolor en general y el dolor del parto en particular es sumamente complejo y difícil de interpretar.

La inervación de los órganos sexuales femeninos, interoceptores del útero, estableciendo la presencia en el útero del complejo sistema de receptores Baro-mecano-químico y termorreceptores, diversas vías de recorrido de los impulsos dolorosos que se originan en la periferia y se dirigen hacia los centros como resultados de la excitación de los interoceptores, entre ellos, los receptores del útero.

Además de los nervios raquídeos que contienen las fibras sensitivas que constituyen las raíces posteriores de la médula, recorriendo larga ininterrumpidamente vía tacto-espinotalámica hacia el tálamo óptico, también desempeñan un gran papel en el origen y transmisión del dolor el sistema nervioso simpático y los vasos sanguíneos, que los impulsos dolorosos pueden alcanzar la corteza cerebral no solamente por los estrechos haces aislados de las fibras nerviosas, sino también por vías indirectas que se entrecruzan miles de veces y que el dolor puede transmitirse no solamente por el fascículo espinotalámico, sino también por toda una cadena de neuronas cortas.

En el mecanismo del dolor hay que destacar: 1-la modificación patológica del quimismo de los tejidos, 2- la alteración de la regulación mutua de los componentes aislados de las formaciones nerviosas, en primer término la corteza y subcorteza, 3- el gran papel que desempeña en el origen y formación de cualquier sensación dolorosa los mecanismos

reflejo-condicionados y el segundo sistema de señales, 4- finalmente la concepción fisiológica de Pavlov sobre la función de la corteza de los grandes hemisferios cerebrales, como sección superior de análisis y síntesis en el sistema nervioso, basado en esto Pavlov demostró que primero actúa la excitación sobre los receptores que perciben la excitación del ambiente exterior e interior y son el primer eslabón de la sensación dolorosa. Los impulsos obtenidos durante la excitación de los receptores llegan a través de las vías nerviosas correspondientes al sistema nervioso central y aquí en las células de la corteza cerebral se transforman en sensación dolorosa. Por consiguiente, el dolor, es decir su formación definitiva en la corteza es indudablemente resultado de la función cortical, apoyado esto la elaboración de reflejos condicionados al dolor.

El Dr. Pshonik estableció que una excitación subdolorosa puede ser transformada en dolorosa bajo la acción de un estímulo indiferente (capacidad de la corteza), posteriormente también demostró que esta capacidad de la corteza también puede disminuir o anular el dolor, convirtiendo excitaciones dolorosas en subdolorosas, es decir que la corteza condiciona la aparición del dolor.

Esta posibilidad de subordinar el dolor (reacción incondicionada dolorosa) a la regularidad de las funciones fisiológicas de la corteza, tiene una gran importancia para la aclaración de la genesis de los dolores del parto, también se obtienen resultados de la influencia de la palabra en ellos (segundo sistema de señales).

Se puede admitir que la representación del dolor de parto se ha formado en la mujer por la influencia de constantes excitaciones verbales amenazadoras; esta idea fijada y formada en el segundo sistema de señales sobre lo penoso e inevitable del dolor del parto, adquiere todas las particularidades de una dominante inerte que no se anula, sino que de vez en cuando se inhibe, "la impresión que se formó en la corteza queda por mucho tiempo ó para siempre, como una cicatriz profunda" (A.A. Ujtomsky).

Durante el parto algunas mujeres, a causa de importantes modificaciones neurodinámicas en la corteza y también en el sistema cortico-subcortical, pueden presentar y según parece presentan realmente, condiciones que ayudan a reconstruir en dominante doloroso, formado previamente.

La importancia del sentido de la palabra (semántica), la idea, expresada por la palabra, posee para el hombre una fuerza de excitación sobre la corteza cerebral, no menor y hasta tal vez mayor que el estímulo "material" real. La palabra con su sentido significativo puede provocar reacciones de las más variadas por parte del sistema nervioso, producir modificaciones materiales, bioquímicas y tróficas del organismo.

No cabe ninguna duda, que los dolores del parto están siempre condicionados por un sustrato material: 1- las modificaciones anatómo funcionales reversibles de los órganos de la pelvis menor y de la cavidad abdominal, que ocurren inevitablemente durante el proceso del parto y condicionan la excitación de los órganos vecinos. También la aparición de reacciones por parte del organismo en su conjunto, en el sentido de formación de reflejos incondicionados adecuados, entre ellos los dolorosos, 2- aquellas particularidades funcionales del estado del sistema nervioso central y en primer lugar de sus partes superiores (corteza, subcorteza) que determinan la posibilidad de la aparición de sensaciones dolorosas, ya sea abriendo el camino a los impulsos dolorosos que se dirigen

desde la periferia hacia las partes superiores, del sistema nervioso central, cerrándoles el camino, contribuyendo a la formación de la sensación dolorosa sobre la base de la experiencia vital previa ó de la influencia del medio ambiente, todo esto forma conexiones temporarias y reflejos condicionados, los que a su vez pueden ser inhibidos y apagados.

Como causa inmediata de la excitación de los interoceptores del útero y del origen de los dolores de parto aparecen las siguientes:

- 1- Dilatación del cuello del útero (orificio interno y segmento inferior son zonas muy ricas en terminaciones nerviosas muy sensibles, baro y mecanorreceptores, la rigidez del cuello del útero tanto del orificio interno como el externo puede depender de la edad de la parturienta, muy joven o muy añosa, dilataciones muy rápidas así como muy lentas acentúan los dolores del primer periodo del parto transformando impulsos subumbrales, en impulsos por encima del umbral.
- 2- Distensión del peritoneo y ligamentos del útero inevitables en las contracciones uterinas.
- 3- Contracciones reforzadas del útero en presencia de obstáculos relativos para su evacuación : cuello que no se dilata, resistencia del piso de la pelvis, dolores particularmente fuertes que se originan cuando las contracciones son muy intensas, etc..
- 4- Constricción y dilatación de los numerosos vasos sanguíneos uterinos que poseen su propio sistema, sumamente sensible, de receptores nerviosos.
- 5- Modificación del quimismo de los tejidos, la acumulación, a causa de la función contractil del útero, de sustancias que producen la excitación de los quimiorreceptores de las membranas mucosas y serosas del útero.

Las condiciones enumeradas que originan los dolores del parto son comúnmente a casi todas las parturientas, sin embargo el grado de manifestación en forma de impresión viva de dolor de parto, en otras palabras, la intensidad de la sensación dolorosa, es diferente en las distintas mujeres. Las causas anatomofuncionales pueden no manifestarse del todo y aún existiendo, los impulsos originados por ellas, pueden quedar por debajo del umbral de sensación y la aparición o falta de dolores dependerá solamente de la calidad y de la cantidad de factores que puedan provocar el dolor, sino también del estado en ese momento de las relaciones mutuas entre corteza y subcorteza, la relación entre los procesos de excitación y de inhibición en la misma corteza y del tono y actividad de la parturienta.

Esta diferencias en la intensidad de la sensación dolorosa depende de varias causas:

- 1- Estado inicial del sistema nervioso central de la parturienta, (relación corteza, subcorteza cerebral, grado de actividad, excitación, inhibición..)
- 2- Estado emocional, actitud para su embarazo y futuro hijo.
- 3- Calidad y cantidad de las conexiones condicionadas temporarias que se forman en la parturienta durante el embarazo, en multiparas, partos anteriores, en primíparas, influencias del ambiente exterior e interior, en particular las influencias verbales.
- 4- De la marcha del proceso del parto: normal, complicado o patológico.

El dolor del parto se acompaña de las siguientes particularidades:

- a- Emociones negativas, muy penosas, como intranquilidad, miedo, rabia, desesperación, sentimientos angustiosos de lo inevitable, de impotencia frente a ese dolor (capaces de aumentar el dolor).

- b- Fuertes reacciones motrices, movimientos continuos de la parturienta en la cama, fricción de la parte inferior del abdomen con las manos, cintura, tensión de los musculos abdominales, tendencia a levantarse, saltar, etc..
- c- El dolor comienza a percibirse cuando la excitación alcanza gran intensidad, cuando el umbral de intensidad de la sensibilidad doloroso es muy alto, es frecuente que las primeras etapas pasen inadvertidas (indoloras y más las contracciones preparatorias en las primerizas) recién cuando la suma de las excitaciones alcanza una gran fuerza, la parturienta comienza a sentir las como dolor.
- d- Dolor difuso, partiendo principalmente de la cavidad uterina, se siente en varias partes del cuerpo a veces en lugares muy alejados.

La emoción del miedo, el sentimiento del miedo, puede fortalecer la inhibición cortical y excitar la subcorteza, el miedo puede inhibir todos o muchos de los reflejos condicionados comúnmente muy fijados, puede destruir las conexiones condicionadas acostumbradas y causar una conducta humana "no adecuada" "caótica", pánico a veces muy absurda e inconveniente. Todo esto puede referirse al miedo, al sentimiento de pavor, ligado a la penosa espera del dolor, que pareciera inevitable (miedo al parto, miedo al dolor del parto).

Las mujeres en su gran mayoría llegan al término de su embarazo normal, con un cierto desequilibrio temporario de las relaciones normales entre la corteza y subcorteza, (cierta intensificación de la inhibición de la corteza y una excitación de la subcorteza por inducción).

Muchas mujeres padecen dolores moderados, pueden, como se dice "sufrirlos". No pasan por emociones negativas; la idea del hijo y la alegre espera de él, supera a todas las otras excitaciones, estímulos fuertes, aparecen como excitaciones intensas de la corteza y crea en ella la dominancia.

También las parturientas tienden a tomar parte activa en el proceso del parto, siguiendo las instrucciones del médico y de la partera, y en la medida posible quieren dirigirlo, acelerar su marcha. Por lo general son mujeres que tienen los rasgos de un tipo fuerte de sistema nervioso, con procesos de excitación e inhibición bien equilibrados, con una relación mutua normal, de la función cortical y subcortical, y con cierto predominio del segundo sistema de señales sobre el primero.

Finalmente, las mujeres que poseen rasgos de debilidad del sistema nervioso (con procesos inhibitorios y excitatorios desequilibrados) con un sistema nervioso inerte, están muy sujetas a las emociones negativas, muy sometidas por el miedo al parto, con tensión y pavor, esperan los terribles "dolores de parto", inevitables, según ellas; se impresionan y con palabra imprudente dicha por el médico, la partera, la nurse y aguzan el oído y la vista para recoger cualquier indicio. Estas mujeres carecen del dominante manifiesto, cuyo único contenido hubiera sido la próxima maternidad y el niño. Esperan con enorme impaciencia, no tanto el nacimiento del hijo como el fin de sus sufrimientos. En estas mujeres, el umbral de sensibilidad desciende más todavía bajo el efecto de un miedo u otras emociones negativas. Realmente sufren mucho, aunque en ellas el sustrato material de los dolores, en forma de modificaciones locales anatómo-fisiológicas, no puede diferenciarse

absolutamente en nada del sustrato material en las mujeres de los dos primeros grupos.

Sin embargo en las mujeres de los dos primeros grupos, los impulsos originados por causas locales, son débiles de por sí y por eso no alcanzan la corteza o bien la corteza misma, con su normal y perfecta función de la selección de cierra el camino o transforma la excitación dolorosa en indolora o finalmente los impulsos "irrumper" en la corteza con correlaciones intercorticales favorables entre los procesos de inhibición y excitación apagándose aquí rápidamente, siendo dominados sin provocar dolor en absoluto o provocando una sensibilidad de dolor escasa. Estos dolores, aunque son reflejos incondicionados, pueden ser ahogados por la corteza por vía de la "distracción" del proceso de excitación a otra actividad.

El estudio de las parturientas que sufren tanto con el dolor, muestra muy a menudo dos particularidades: la primera consiste en que si son multiparas hay a menudo una anamnesis obtétrica recargada, partos difíciles, patológicos, llegando a veces a la pérdida del hijo. Al comenzar el parto renacen todas las conexiones formadas en el parto anterior, relaciones penosas, sui-generis. En el comienzo del trabajo de parto se forman en ellas dominantes muy desfavorables en relación con el parto actual, emociones de carácter negativo; entre esas dominantes ocupa el principal papel la idea de lo inevitable de los sufrimientos, dado que esas mujeres tienen ya su experiencia de parto doloroso; en ellas se ha formado reflejos condicionados al dolor y ahora, las mismas condiciones, las mismas excitaciones, provocan por sí solas la reacción de dolor. La segunda particularidad de estas mujeres sufrientes aunque fuesen primíparas, consiste en que tienen pánico al parto, ya que oyeron horrores sobre el mismo. La emoción del miedo, como estado de excitación subcortical, de acuerdo a la ley de inducción negativa tiene a la corteza en un estado de inhibición más o menos grande, disminuyendo su tono y el umbral de sensibilidad.

Desgraciadamente no sólo los parientes y amigos sino también el personal médico, a causa de su imprudencia y poca práctica en abordar a la embarazada, crean en la mujer joven dominantes estables sobre lo inevitable y lo penoso de los dolores de parto; la palabra, entrando en la vida anterior de la mujer en unión condicionada con el fenómeno o sólo con la idea del fenómeno que se define con esa palabra, en la mayoría de las mujeres, las palabras "dolores" y "contracciones" se han convertido en sinónimos, la sensación presuntamente inevitable de dolor en las contracciones de parto, desde hace tiempo y a menudo se combinaba en la consciencia humana con el mismo fenómeno de las contracciones, de modo, que a la larga "dolores de parto" sustituyó a la idea de contracciones de parto, es así como la idea de parto, es decir de las contracciones de parto, comenzó a provocar, inevitablemente, en la mujer joven, la idea de dolores del mismo. La conexión condicionada entre esas ideas como el resultado del continuo refuerzo en la masa de las mujeres, por la propia experiencia, por la influencia verbal sobre la corteza o a través del segundo sistema de señales, se hizo tan firme, que en las embarazadas que esperan el parto, ya la primera sensación de contracción, de por sí indoloras, combinándose o con las reacciones ligadas a dolores sufridos anteriormente o con la idea de los dolores y de sufrimientos inevitables con las contracciones, causa la aparición de los dolores.

En algunas mujeres jóvenes primíparas, pero que previamente sufrían de dolores en combinación con sensaciones parecidas a las contracciones durante la menstruación, tiene

lugar en la corteza la combinación de estas ideas distintas (menstruación-contracción-dolor; parto-contracción-dolor) la primera idea es el resultado de la experiencia, que quiere decir, de reacciones reflejas condicionadas e incondicionadas o de sus huellas en la corteza; la segunda idea, es el resultado de impresiones condicionadas firmemente ligadas a la raíz de muchas influencias verbales sobre la corteza a través del segundo sistema de señales . Se forma así incluso en las mujeres primíparas, un reflejo doloroso complejo, condicionado e incondicionado.

En resumen se puede considerar que el dolor del parto es en esencia un dolor viscerocortical; este dolor puede ser también cortical o psicógeno.

ANEXO 2

- 2.a – Entrevista a la Psicóloga Denise Defey***
- 2.b – Entrevista al Doctor Sotelo***
- 2.c – Entrevistas a Embarazadas***

ENTREVISTA REALIZADA A LA PSICOLOGA DENISE DEFEY

- 1- ¿Qué función desempeña en el área materno infantil y en el equipo?
 - Soy psicóloga y tengo un cargo en la Facultad de Medicina dentro del departamento de Psicología Médica y coordinando todo lo que se hace de Psicología Médica en el Hospital de Clínicas y Pereyra Rossell, Maternidad, Ginecología y Neonatología.

- 2- ¿Quién integra el equipo?
 - En el Hospital Pereyra Rossell yo estoy a cargo, son ocho a nueve psicólogos y son todos honorarios, al ser horarios no están todo el día, todo el tiempo, ni con un horario completo, por lo general van un día ó dos, tres horas en la mañana ó en la tarde. Se hace una reunión semanal que es muy importante, no solo para los pacientes porque coordinas, supervisas y organizas el trabajo, sino también que es muy importante para la supervivencia de uno el tener un grupo de pertenencia.

- 3- ¿Se trabaja de modo interdisciplinario?
 - El trabajo específicamente consiste en: técnicamente lo que nosotros hacemos es lo que se llama "interconsulta", en general el médico, enfermera, asistente social o la partera te pide que veas a una paciente, en ocasiones no hay nada que hacer, se va a trabajar las ansiedades del parto.

- 4- Según sus investigaciones,- ¿Cuáles son los temores que se dan con mayor frecuencia durante el tercer trimestre de embarazo?
 - Muerte fetal, muerte materna perinatal, Miedo de abandono de la pareja, disminución de la femeneidad, el hombre comparte la mujer con el bebé, le guste o no.
El miedo a morir en el parto es real, porque en el mundo muere una mujer cada un minuto y medio.
El temor a tener un hijo Down de alguna forma es como un miedo fisiológico ya que la embarazada se imagina siempre en algún momento teniendo un hijo Down, madre de un malformado, son procesos preparatorios, la mente se prepara para lo que va a traer la maternidad.
Lo normal es que durante el embarazo, haya una merea representacional, son imágenes de un ir y venir, de donde está embarazada de mil niños, hoy imagina una niña, mañana un niño, que va a ser un abogado, un tirano, malcriado, o va a ser buenísimo. De manera que cuando el niño nace, es más probable que esté preparada para lo que le toque; La tecnología altera este proceso natural. Esto se llama toxicidad diagnóstica, los medios se vuelven en contra de la evolución natural.

- 5- ¿ Y las fantasías?
 - Lo normal y lo deseable es una mujer que pueda fantasear mucho.
La mujer debe aceptar que el niño sea distinto a lo que ella quiere, no lo debe poseer.

- 6-¿Influye el hecho de que sean primíparas?
 - Si influye, más fantasías.

A las madres del segundo, se sienten más culpables porque no se pueden imaginar el otro. Se imaginan al que tienen de dos meses, con tres meses. No se pueden imaginar queriendo a otro.

7- ¿Y la situación de pareja?

- Si influye.

Los hombres han tenido en los últimos años, un viraje hacia la maternidad.

Las razones de esto, son fundamentalmente dos:

- Mayor permiso social, los hombres descubren y se forman con el mundo del bebé, para descubrir más ese mundo.

- Segundo la fuente de autoestima, de las mujeres han sido los hijos y la fuente de autoestima de los hombres ha sido el trabajo, según antropólogos, incluso en otras culturas, el hombre tiene vedado el acceso a los bebés para que trabaje, porque el bebé es tan atractivo que sino nadie trabajaría.

En los últimos años, con el tema de la inseguridad laboral, que se despiden al que sabe más, a los mejores, porque cobran más, esto ha minado en mucho la fuente de autoestima de los hombres, los hombres muchas veces, están volcando su autoestima a los bebés y a su vez la mujer busca su autoestima en el trabajo.

Es más frecuente que los hombres estén más involucrados y que fantaseen juntos de alguna forma.

Cuando no hay pareja es más probable, que la madre fantasee con el niño como propiedad. Esto tiene sus niveles de riesgo porque el niño necesita padre y madre.

8- ¿Ha observado que las fantasías influyan en los temores?

-A mayores fantasías, más exacerbadas, mayores temores.

A mayores fantasías mayor protección del embarazo. El stress aumenta las chances de un parto prematuro.

Desde el punto de vista fisiológico, la angustia no expresada causa alteraciones (contracciones, hipertensión, etc.).

Lo que hace mal es la angustia no tramitada psiquicamente, la persona que se lo guarda.

Una embarazada de buen pronóstico, tiene ambivalencia, por momentos, tranquila pero por momentos nerviosa; quiere al bebé y no quiere al bebé, dentro de ciertos niveles.

Si es una persona que está viviendo momentos difíciles y no larga esa presión, ahí hay que preocuparse, por ejemplo, el parto prematuro ocurre una semana después de un suceso vital estresante. Pero justamente las personas que llamamos menos mentalizadas, personas que se guardan las cosas no lloran, no consultan.

9- El que hayan recibido información, influye en las fantasías y temores?

-A mayor conocimiento más miedo.

Los temores de las mujeres son reales. A mayor conocimiento más miedo, está mal que en una clase de parto se les planteen todos los riesgos que pueda tener, la naturaleza previó que durante el embarazo el cerebro segregue una sustancia similar a las benzodiazepinas, que hace que la mujer esté en una especie de limbo; esto si bien no está confirmado está en estudio. Más alejada de las preocupaciones reales, se olvida de los riesgos.

ENTREVISTA REALIZADA AL DR. SOTELO. Policlínica "C" de Maternidad del Hospital Pereira Roseell.

El Hospital Pereira Rossell depende del Ministerio de Salud Pública, brinda atención pediátrica y a la mujer.

La clínica Ginecológica "C" está dirigida por el Prof. Dr. José Carlos Cuadro.

Dicha clínica está integrada por médicos de grado 2, 3 y 4 así como residentes, internos y estudiantes de la facultad de medicina cursando materno-infantil.

También lo integran parteras y personal de enfermería .

Su director el Dr. Cuadro además de ocuparse de la dirección de esta realiza ateneos los días lunes y jueves con los estudiantes de la facultad de medicina.

1_ En sus consultas ¿Ha notado si existe diferencias entre las preguntas que le realizan las primíparas de las múltiparas?

Sí, las múltiparas preguntan menos debido a la experiencia que tienen, no se enfrentan a algo desconocido como las primíparas.

Las que van a ser madres por primera vez tienen muchas dudas como: como son las contracciones, cuando deben venir a internarse, como será el parto en que casos se hace cesárea o forceps que es la episiotomía si a todas se les realiza o hay excepciones, cuantos días permanecerán internados, que deben traer para el bebé...

2_ Según su experiencia ¿Cuales son los temores más frecuentes en las embarazadas primíparas?

Miedo al parto en general, al dolor, a la episiotomía al forceps, a la cesárea, a un trabajo de parto prolongado.

Y en lo que tiene que ver con el bebé, miedo a que no sea normal, que no esté en posición y que se complique el parto.

3-Para terminar ¿tiene idea cuantas primíparas consultan mensualmente en esta policlínica?

Unas 50 aproximadamente.

ENTREVISTA

Número de cédula:

Edad:

Mes de embarazo.

Número de Control:

Situación de pareja:

Nivel de Instrucción:

-¿ Cómo está pasando el embarazo?

- ¿Ha buscado información sobre el embarazo y parto?

- ¿Sobre que tema ha buscado información?

-En dónde?

- Su pareja la acompaña en el transcurso del embarazo?

- ¿Su familia, la apoya?

- ¿Qué dudas tiene sobre el parto?

- ¿Tiene algún temor? ¿Cuál/es?

- ¿Cómo imagina a su bebé?

- ¿Quiere manifestar algún otro comentario sobre su embarazo?

- Tiene alguna duda que podamos aclararle.

ANEXO 3

8. DIAGNOSTICO DE SITUACION PERINATAL

8.1 Introducción

Los documentos generados automáticamente por los programas del SIP permiten esbozar una aproximación a un diagnóstico de situación perinatal. Este diagnóstico no es más que una estimación debido a la no cobertura total y a la falta de información observada en muchas historias clínicas. Se analizan aquí los indicadores perinatales principales sobre los datos agrupados en sectores de actividad perinatal. Se analizan la mortalidad perinatal, la mortalidad materna, el bajo peso al nacer y las patologías maternas prevalentes. Las cifras presentadas en este capítulo fueron obtenidas de la salida standard del programa del SIP "ESTADISTICA BASICA".

8.2 Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal se calcula en base a las historias clínicas perinatales (HCP) donde el personal de salud llenó las variables que indican el estado de vida o de muerte del recién nacido y si éste fue dado de alta con vida. La estimación de esta tasa depende de que TODAS las terminaciones de embarazo estén registradas y de que en NINGUNA historia clínica falte el dato de vida o de muerte al nacer y de vida o muerte al alta. Actualmente es imposible hacer una estimación exacta de la mortalidad perinatal a nivel nacional a partir de datos del SIP por tratarse de datos incompletos. Para evaluar la magnitud del sub registro basta considerar que, aún en 1995, del total de casi 40000 historias clínicas, 847 eventos perinatales no tienen información sobre el estado de vida o de muerte del feto, lo que representa una mortalidad fetal adicional potencial de 21 por mil. A esto deben sumarse unos 4000 recién nacidos sin dato de seguimiento. Esta situación ha mejorado sin embargo desde 1994, pero sugiere aún que las tasas estimadas aquí pueden estar por debajo de las tasas reales. En la tabla 21 se presentan las estimaciones de mortalidad hechas por el SIP en los diversos sectores del país, con los datos disponibles.

El Area de la Salud del BPS, los Hospitales Militar y Policial, las Clínicas Universitarias y el Interior estatal tienen un nivel histórico de mortalidad en 20 por mil aproximadamente.

Las Mutualistas de Montevideo y del Interior están obteniendo tasas sensiblemente menores : 12 por mil y 9 por mil respectivamente. Estas tasas tienen sin embargo una incertidumbre derivada de la falta de cobertura y de llenado completo de las variables de estado de vida o de muerte en las historias clínicas.

A nivel nacional, la tasa estimada en base a estos datos es de 15.9 por mil nacidos vivos y muertos de más de 500 g, lo que representa una disminución respecto a años anteriores. Debido a la falta de datos, la tasa real puede ser mayor.

TABLA 21 - MORTALIDAD PERINATAL II

| | 85-89 | 1990-92 | 1993 | 1994 | 1995 |
|----------|-------|---------|------|------|------|
| BPS | 21 | 19 | 20 | 20 | 19 |
| MILI-POL | 17 | 21 | 15 | 23 | 22 |
| ABC | 38 | 20 | 14 | 17 | 19 |
| MUT-MVD | - | 9 | 17 | 17 | 12 |
| INT-MUT | - | - | 12 | 18 | 9 |
| INT-MSP | 25 | 15 | 15 | 18 | 18 |
| Uruguay | 24.1 | 17.1 | 16.0 | 17.9 | 15.9 |

Tasas por mil nacidos vivos y muertos de más de 500 gramos.

8.3 Mortalidad materna

La mortalidad materna fue estimada para el período 1985-1989 en 7.6 por 10 mil terminaciones de embarazo en base a los datos recogidos mediante el SIP. Es imposible, al igual que para la tasa de mortalidad perinatal, hacer una estimación confiable de mortalidad materna a partir de datos del SIP debido a falta de cobertura y de datos completos para las historias ingresadas. En efecto del total de 39226 embarazadas, se desconoce el estado de vida o de muerte de 5685 puérperas (20%). La tabla 22 muestra las muertes maternas registradas desde 1985.

TABLA 22 - MUERTES MATERNAS 1985-1995

| | 1985-89 | 1990-92 | 1993 | 1994 | 1995 |
|--|----------|----------|----------|----------|---------|
| BPS | 13 | 10 | 3 | 2 | 1 |
| MIL-POL | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| ABC | 12 | 4 | 3 | 4 | 17 |
| MUT-MVD | - | 7 | 1 | 9 | 14 |
| INT-MUT | - | - | 0 | 6 | 4 |
| INT-MSP | 6 | 4 | 1 | 5 | 6 |
| Uruguay | 33 (7.6) | 27 (4.3) | 10 (3.5) | 27 (8.8) | 43 (11) |
| defunciones y (tasa por 10 mil terminaciones de embarazo). | | | | | |

Fueron registradas 43 muertes maternas en 1995 mediante el SIP; la estimación de la mortalidad supera los valores obtenidos en años anteriores. Este aparente aumento puede ser el resultado del mejor registro de defunciones maternas, sometidas a auditoría por parte del Programa Materno Infantil. La tasa de mortalidad materna estimada en base a estas 43 defunciones es de 11 por diez mil terminaciones de embarazo. Esta cifra puede incluir un margen de sobre-registro debido a errores de digitación no detectados por las instituciones antes de enviar los datos al MSP. Por otra parte la cifra de mortalidad materna deducida de los certificados de defunción es de 3.8 por diezmil terminaciones de embarazo, que tiene probablemente un sub-registro aun no dimensionado.

8.4 Bajo Peso al Nacer

La Tabla 23 presenta la evolución del porcentaje de bajo peso al nacer (BPN) en los diferentes sectores. La tendencia de 1995 es hacia una disminución del BPN en casi todos los sectores y a nivel nacional.

La frecuencia del BPN varía del simple al doble entre sectores de instituciones perinatales del país. El sector mutual de Montevideo y del Interior del país tiene alrededor de un 6% de BPN, mientras que las clínicas universitarias atienden una población de riesgo mayor con un 10% de BPN. Los demás sectores se ubican entre estos dos extremos.

7.4 Cesáreas

El incremento en el porcentaje de cesáreas no se ha detenido aun en el Uruguay, aunque la velocidad de aumento es menor, como se muestra en la figura 3. A nivel nacional el 23.8% de las terminaciones de embarazo corresponde a la cesárea. El porcentaje de cesáreas en los diferentes sectores de instituciones perinatales del país es muy variable y tuvo la evolución que se indica en la Tabla 17.

TABLA 17 - CESAREAS POR SECTOR DE INSTITUCIONES 1985-95

| | 85-89 | 1990-92 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---------|-------|---------|------|------|------|
| BPS | 19 | 21 | 22 | 22 | 20 |
| MIL-POL | 15 | 20 | 21 | 22 | 24 |
| ABC | 16 | 17 | 17 | 17 | 16 |
| MUT-MVD | - | 28 | 38 | 39 | 39 |
| INT-MUT | - | - | 20 | 25 | 26 |
| INT-MSP | 17 | 15 | 11 | 14 | 13 |
| Uruguay | 14.4 | 19.5 | 21.9 | 23.6 | 23.8 |

porcentaje de terminación de embarazos por cesárea sobre el total de nacidos vivos y muertos de más de 500 gramos.

La figura 3 muestra la evolución del porcentaje de cesáreas en el sector mutual de Montevideo, en los hospitales del MSP del Interior y en el total del país: se observa que en los últimos tres años el ritmo de incremento se ha reducido en las mutualistas de Montevideo, pero la tasa se mantiene elevada.

El sector de instituciones estatales se mantiene alrededor del 20% de cesáreas en Montevideo (BPS, Hospitales Militar y Policial y Clínicas Universitarias) y en el 13% en el Interior. Muy diferente es la situación del sector mutual que llega al 39% en Montevideo y aumenta al 26% en el Interior.

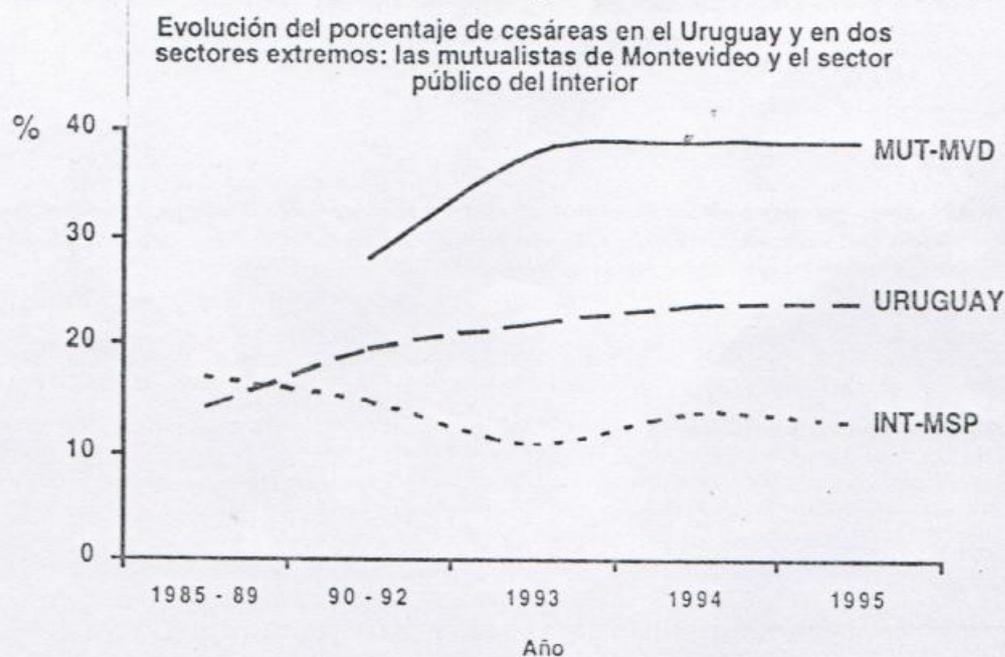


Figura 3 Evolución del porcentaje de cesáreas en el Uruguay y en dos sectores extremos: las mutualistas de Montevideo (INT-MVD) y el sector público del Interior (INT-MVD).

LUGAR DE NACIMIENTO

| | | |
|-------------|------|-------|
| C.H.P.R. | 7958 | 94.0% |
| OTRO CENTRO | 279 | 3.3% |
| EN CIUDAD | 225 | 2.7% |
| TOTAL | 8462 | 100% |

PARTOS EN C.H.P.R. 1997 DISTRIBUCION POR EDADES

| EDAD en AÑOS | CASOS | % CASOS | CESAREAS | %CESARE |
|--------------|-------|---------|----------|---------|
| 10-14 | 69 | 0.9% | 12 | 17.4% |
| 15-19 | 1976 | 24.8% | 222 | 11.2% |
| 20-24 | 2503 | 31.4% | 350 | 14.0% |
| 25-29 | 1546 | 19.4% | 265 | 17.1% |
| 30-34 | 1008 | 12.7% | 184 | 18.2% |
| 35-39 | 607 | 7.6% | 105 | 17.2% |
| 40-44 | 237 | 3.0% | 51 | 21.4% |
| 45-49 | 12 | 0.2% | 1 | 8.3% |
| TOTAL: | 7958 | 100% | 1190 | |

ANEXO 4

Distribución de edades de las entrevistadas

| EDAD | NÚMERO DE ENTREVISTADAS |
|-------------|--------------------------------|
| 20-25 | 20 |
| 26-31 | 17 |
| TOTAL | 37 |

Distribución de embarazadas según mes de embarazo

| MES DE EMBARAZO | Nº DE ENTREVISTADAS |
|------------------------|----------------------------|
| SÉPTIMO | 14 |
| OCTAVO | 16 |
| NOVENO | 7 |

Distribución de embarazadas según situación de pareja

| SITUACIÓN DE PAREJA | Nº DE ENTREVISTADAS |
|----------------------------|----------------------------|
| CASADA | 9 |
| SOLTERA | 5 |
| PAREJA ESTABLE | 23 |

Distribución de embarazadas según nivel de instrucción

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | Nº DE ENTREVISTADAS |
|-----------------------------|----------------------------|
| PRIMARIA INCOMPLETA | 0 |
| PRIMARIA COMPLETA | 11 |
| SECUNDARIA INCOMPLETA | 15 |
| SECUNDARIA COMPLETA | 7 |
| OTROS | 4 |

Distribución de temores según mes de embarazo

| TEMORES EN EL SÉPTIMO MES | CANTIDAD |
|-----------------------------------|-----------------|
| TEMOR AL DOLOR | 9 |
| TEMOR A LA EPISIOTOMÍA | 7 |
| TEMOR A TENER UN NIÑO ANORMAL | 6 |
| TEMOR A LA CESÁREA | 2 |
| TEMOR A SER PORSESIVA CON EL BEBÉ | 1 |
| OTROS | 7 |

| TEMORES EN EL OCTAVO MES | CANTIDAD |
|---------------------------------|-----------------|
| TEMOR AL DOLOR | 6 |
| TEMOR A LA EPISIOTOMÍA | 5 |
| TEMOR A TENER UN NIÑO ANORMAL | 3 |
| TEMOR A LAS CONTRACCIONES | 2 |
| OTROS | 6 |

| TEMORES EN EL NOVENO MES | CANTIDAD |
|---------------------------------|-----------------|
| TEMOR AL DOLOR | 2 |
| TEMOR AL PARTO | 1 |
| TEMOR A LAS CONTRACCIONES | 1 |
| TEMOR A NO SABER CUIDAR AL BEBÉ | 1 |
| TEMOR A LA CESÁREA | 1 |

ANEXO 5

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

La exposición del trabajo será realizada en forma oral, narrativa, por las integrantes del grupo, en un tiempo aproximado de 20 minutos.

Se utilizará como material de apoyo transparencias y se culminará la presentación del mismo con un video que tendrá la finalidad de concluir la exposición.

1999



Instituto de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas



15 razones que hacen la diferencia

1. Reconocimiento académico dentro y fuera de fronteras.
2. Convenios con instituciones públicas y privadas.
3. Permanente actualización técnica y bibliográfica.
4. Staff docente interdisciplinario de 1er. nivel.
5. Plan de estudios para profesionales del interior y exterior del país.
6. Integración de teoría y clínica.
7. Centro asistencial propio.
8. Práctica clínica supervisada.
9. Producción científica (libros, investigaciones, jornadas, ateneos).
10. Alta especialización en intervención en crisis.
11. Compromiso con el desarrollo del Psicoanálisis.
12. 15 años de docencia especializada y más de 500 profesionales formados.
13. Capacitación acorde a las exigencias del mercado laboral.
14. Costos accesibles y descuentos especiales.
15. Registro oficial en el Ministerio de Educación y Cultura.

Agora es una institución psicoanalítica dedicada al desarrollo y aplicación de instrumentos específicos para el tratamiento de las situaciones de crisis y cambio vital. El marco referencial teórico parte de las concepciones de Freud, Alexander, Balint, Fromm y Karchel en torno a la configuración de un modelo focal del abordaje y el proceso terapéutico.

En los últimos años ha venido manteniendo convenios e intercambios académicos o asistenciales con: Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Instituto Nacional de la Juventud del Ministerio de Educación y Cultura, Intendencia Municipal de Montevideo, Ministerio de Turismo, Instituto Nacional del Menor, Coordinadora de Psicólogos, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Universidad Nacional de Lomas del Tránsito, Centro de Estudios en Psicopatología (CENAP).

Instituto Nacional del Menor, Coordinadora de Psicólogos, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Universidad Nacional de Lomas del Tránsito, Centro de Estudios en Psicopatología (CENAP).



CURSOS

postgrados

Staff Docente

SALUD MENTAL MATERNO-INFANTIL:

- Salud Materno-Infantil en la práctica clínica cotidiana (Semestral).
- La mujer, su salud sexual y reproductiva (1 año).
- Técnica Focal (Anual).
- Técnica de las intervenciones en Salud Materno-Infantil (Semestral).
- Embarazo, parto, puerperio (Semestral)
- Vínculo temprano padres bebé (Semestral).
- Parentalidad en situaciones de riesgo (Semestral).
- Pérdida perinatal (Semestral).
- Psicología de la esterilidad (Semestral).
- Taller clínico (Anual).

PSICOTERAPIA FOCAL Y BREVE:

- Técnica Focal I (Anual)
- Intervención en Crisis (Semestral)
- Psicopatología del hombre común (Semestral)
- Teoría de la Técnica Psicoanalítica (Semestral)
- Taller clínico I (Anual)
- Técnica Focal II (Semestral)
- Terapia breve en niños (Semestral)
- Psicopatología Dinámica (Anual)
- Taller Clínico II (Supervisión) (Anual)
- Práctica Clínica

- Psicoterapia focal y breve (2 años)
- Salud Mental Materno-Infantil (2 años)

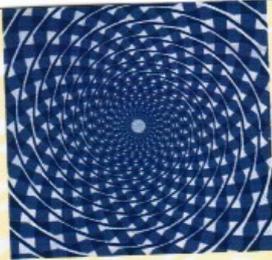
Capacitan para el trabajo en prevención y el ejercicio psicoterapéutico a través de una sólida formación teórica y práctica, dirigida por profesores universitarios de reconocida trayectoria.

Los valores que impulsan este quehacer son el compromiso con la demanda social, la planificación de la asistencia técnica, la investigación de resultados y el consecuente desarrollo de nuevos diseños de atención en salud mental

(pueden ser realizados en forma independiente)

(pueden ser realizados en forma independiente)

- Ps. Luján Arcal • Ps. María Assanelli,
- Ps. Raquel Baráibar • Ps. Vilma Belzarena,
- Ps. Miguel Carbajal • Ps. Wilson Darakjan,
- Ps. Denise Defey • Ps. Hebert Elizalde,
- Ps. Abel Fernández • Ps. Beatriz Fernández,
- Dr. Esteban Gaspar • Dra. Lourdes González,
- Ps. Marisela Loureiro • Ps. Gabriela Montado,





*Instituto de Intervenciones
Psicoanalíticas Focalizadas*

Departamento de Egresados

Invitamos a los compañeros egresados de las diferentes especializaciones, a integrarse a las actividades que venimos desarrollando en pos de ampliar nuestro campo profesional (convenios asistenciales y académicos, formación, investigación, etc.)

Los esperamos a todos el miércoles 14 de abril a las 19 hs. en nuestra sede.



8va. jornada científica de Agora

Psicopatologías del hombre común

Desempleo/Accidentes/Corrupción/
Sexo virtual/Adicciones mediáticas/Niños agenda/Consumopatía

Sábado 21 de agosto de 1999 - Sindicato Médico del Uruguay

Informes e inscripciones: AV. BRASIL 2359 - MONTEVIDEO - TEL. 707 87

Nacer Mejor



Preparación
para el parto

Terapias naturales
para vivir mejor
el embarazo
y parto



Instituto de Intervenciones
Psicoanalíticas Focalizadas

Psic. Denise Defey
DIRECTORA DOCENTE

Avda. Brasil 2359
Tel/Fax (598-2) 782052

C.P. 11300 - Montevideo - Uruguay
E-Mail: agora@chasque.apc.org

El embarazo, que es un momento de gran cambio físico y emocional, puede ser también fuente de crecimiento personal y de pareja.

Cada vez más mujeres desean vivirlo de manera activa, preparándose el cuerpo y la mente para recibir de la mejor manera al niño que va a nacer, y prefieren recurrir a métodos naturales para evitar o controlar las pequeñas molestias.

Nacer Mejor te brinda la oportunidad de prepararte para el parto desde una perspectiva holística, en pareja, y apelando a tu propio poder y capacidad ancestral de dar a luz.

Si deseas que tu hijo nazca en tu casa te podemos proporcionar ayuda profesional necesaria y si prefieres que nazca en una institución te brindaremos asesoramiento y tratamientos naturales para que puedas conseguir un embarazo y parto libres de problemas.

Luego del parto te podemos apoyar en el arte de amamantar y en las dificultades que puedan surgir en la lactancia.



Pero sea como sea que tu hijo nazca, sea como sea que pueda nacer, lo principal es que unos brazos firmes lo acunen, una voz dulce lo abraze y un pecho tibio lo alimente. Lo principal es que sea recibido con amor.
