

29.

E70123y

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA PARA DISMINUIR LA DEPRESION DESPUES DEL PARTO,
BASADO EN EL MODELO INSTRUCCIONAL DE JERROLD KEMP.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ADRIANA PATRICIA VELAZQUEZ COTA
GUADALAJARA, JAL., 1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Página

CAPITULO I

Introducción general -----	1
1.1 Planteamiento del problema -----	6
1.2 Objetivo -----	8
1.3 Definición de términos claves -----	9
1.4 Información previa -----	9
1.5 Limitaciones -----	18

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA EXISTENTE

Depresión después del parto	
2.1 Definición -----	20
2.2 Síndrome post-parto -----	21
2.3 Causas genéticas -----	26
Causas psicológicas -----	27
Causas determinantes -----	27
Causas desencadenantes -----	29
Causas ecológicas -----	31
Causas sociales -----	32
2.4 Bases teóricas -----	33
Teoría biológica y psicológica -----	33
Teoría de la psicopatología -----	34
Teorías psicológicas de la depresión -----	35
Teorías bioquímicas de la depresión -----	38
Teoría genética -----	41

2.5 Síntomas -----	43
2.6 Clasificación de la depresión -----	45
2.7 Características clínicas -----	47
2.8 Tratamiento y pronóstico -----	59
2.9 Principio y evolución del cuadro clínico -----	71
CAPITULO III	
MARCO DE REFERENCIA, CONCEPTUAL Y METODOLOGIA	
3.1 Establecimiento de objetivos -----	74
Modelo de Jerrold Kemp (Esquema)	
3.2 Enfoque metodológico para la elaboración del programa para disminuir la depresión después del parto, en mujeres -----	76
3.3 Recomendaciones para el uso del programa -----	79
CAPITULO IV	
ESTRUCTURA Y DESARROLLO DEL PROGRAMA PARA DISMINUIR LA DEPRESION DESPUES DEL PARTO, EN MUJERES	
Introducción -----	85
UNIDAD 1	
ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA CRISIS DEL POSTPARTO	
Objetivos particulares -----	89
Temario -----	94
El embarazo como una etapa de la paternidad ---	97
El concepto del propio conocimiento y el propio interés -----	103
La crisis que sigue al parto -----	105

Las emociones durante el embarazo y parto	
La lactancia actúa como antídoto para la	
depresión después del parto -----	111

UNIDAD II

NUTRICION

Introducción -----	116
Objetivos particulares -----	119
Nutrición en el embarazo y el amamantamiento -	130
A) Necesidades nutricionales en el embarazo ----	130
B) Selección de alimentos -----	137
C) Vómito -----	141
D) Dieta durante el embarazo -----	144
E) Dieta de la puerpera -----	144
F) Dieta en el amamantamiento -----	145

UNIDAD III

REPRODUCCION Y FISIOLOGIA FETAL

Objetivos particulares -----	153
Fecundación y desarrollo del óvulo -----	161
Hormonas de la gestación -----	167
Secreción de los estrógenos durante la gesta- ción -----	168
Secreción de la progesterona durante la gesta- ción -----	170
Secreción y funciones de la gonadotropina coriónica -----	171

Secreción y funciones del lactógeno placentario humano -----	173
Fisiología fetal -----	174
Crecimiento del feto -----	175
Sistema nervioso fetal -----	176
Modificaciones circulatorias al nacimiento ----	177
Fisiología de la madre durante la gestación ---	178
Mecanismo del parto -----	181
Causa teórica del inicio brusco del parto: ----	181
Nacimiento del niño (parto) -----	182
Producción de leche (lactancia) -----	184
Composición de la leche -----	187
Efecto de la lactancia en la madre -----	188

UNIDAD IV

FISIOLOGIA FETAL

Objetivos particulares -----	190
Fisiología del embarazo -----	197
A) Utero -----	197
B) Cuello uterino -----	202
C) Paredes abdominales -----	203
D) Mamas -----	204
E) Piel -----	205
F) Sangre y circulación -----	205
G) Aparato digestivo -----	207
H) Esqueleto -----	208

I) Excreción de esteroides -----	208
J) Metabolismo -----	209

UNIDAD V

EL ASOMBROSO LABERINTO DE LA MATERNIDAD

Introducción -----	216
Objetivos particulares -----	220
Embarazo época de transición -----	226
La experiencia del parto, climax físico y emocional -----	232
Empezas a ser madre -----	235
Nacimiento de la relación objetual -----	240
Desarrollo psicofísico del niño, del primer mes al séptimo mes -----	251
Desarrollo del niño desde los 6 meses hasta los 12 meses -----	253

CAPITULO V

Conclusiones -----	257
Sugerencias para futuras investigaciones -----	260
ANEXOS -----	263
La personalidad del depresivo y sus características -----	263
Depresión en las mujeres -----	266
Actitud hacia la maternidad -----	268
La experiencia del embarazo -----	269
La maternidad como algo instintivo -----	271

El embarazo como promesa -----	272
La adaptación al embarazo -----	272
Glosario -----	277
Citas bibliográficas -----	279
Bibliografía -----	287

CAPITULO I

INTRODUCCION GENERAL

Contemplabas
las estrellas por la noche
y pensabas: ¿qué será?

Pues el cielo
se ha volcado en derroche
y otro hijo te va a dar.

Y te digo con derroche
pues la vida, que es un don con
que se puede igualar, darle forma
y calor a un cuerpecillo para que
éste pueda amar.

Es el fruto de tu amor
puro y sincero
que se entrega sin pensar
en las penas y alegrías
que se mezclan al amar.

Ese niño irá creciendo
como crecen los demás
y un día como cualquiera
por el cielo luchará.

Tú cuidarás de sus pasos
por la vida lo guiarás a ese hombre
o a esa niña que mañana nacerá.

Tú tesoro se acrecienta
de amor, paz, felicidad y ese tesoro:
¿te digo? se llama MATERNIDAD.

Algunas mujeres experimentan los nueve meses de embarazo, como nueve meses de desviación de lo normal. Según este punto de vista, los tobillos y piernas inflamados, - los malestares, el eterno cansancio, así como el vientre excesivamente distendido, deben de soportarse con fortaleza y luego olvidarse.

Desde luego, es natural que una mujer esté molesta o se preocupe con facilidad. Probablemente querrá comer toda clase de cosas, todos ellos son síntomas de que, por el momento, su estado no es absolutamente normal.

La bien intencionada y particularmente sensible información de los libros sobre el embarazo, puede a veces ser tomada por ellas para reforzar una idea de que el embarazo es una enfermedad.

Muchos estudios han demostrado que las mujeres embarazadas atraviesan por cambios emocionales y hormonales, pero vuelven a la "normalidad" después del parto, esto no comprende el verdadero sentido de lo que realmente sucede.

El parto es la gran prueba por la que deben pasar -

las mujeres, para corroborar su condición como madres o hembras; el embarazo constituye tanto parte de la prueba como una preparación para ella. Hay una fuerte tendencia hacia esto en la subcultura de las mujeres, se insiste mucho en el arduo trabajo, los peligros y los dolores del parto.

Muchas mujeres muestran un aumento de las tendencias neuróticas durante el embarazo, como también después del parto. Esto refleja su estado de desequilibrio a medida que experimentan cambios psicológicos, físicos y orgánicos.

Toda mujer tiene derecho a un programa educacional sobre la maternidad, que le ayude a identificar y satisfacer sus requerimientos de salud y los de su bebé.

El embarazo y el parto pertenecen al dominio de lo relacionado con la salud de la mujer, puesto que son funciones normales para las cuales nuestros cuerpos han sido adaptados en una forma exquisita.

La educación o información que se da durante el embarazo y parto, está centrada en que la mujer opera suposiciones diferentes, hace diferentes preguntas, y ofrece --

soluciones diferentes para los problemas a los que ofrece la obstetricia, orientada hacia los padecimientos.

El cuidado centrado en la mujer se inclina hacia el mantenimiento de la salud tanto física como psicológica.

1.1 Naturaleza y orden de presentación

En el presente programa de tesis se tratará el tema de la depresión después del parto.

Primeramente se dará un panorama de la misma. Cómo ha sido concebida a lo largo de los años, hasta como se presenta el problema en la actualidad.

Posteriormente se hablará de como ha sido definida la depresión después del parto, cuáles se consideran las causas por las cuales ésta aparece y cómo evoluciona.

Enseguida, se tratará su sintomatología, en ella se describirán las diferentes formas de depresión, así como sus características generales dadas por algunos autores.

Continuando con el tema se revisarán las teorías más aceptadas por los especialistas como posibles causantes de la depresión, así como su clasificación, sus características clínicas, como también la vulnerabilidad a la depresión y el predicamento de la personalidad depresiva, su psicopatología y psicodinámica, el pensamiento, conducta, relaciones sociales del depresivo, así como terapias y tratamientos empleados para su solución. La psicofarma

ciología y su principio y evolución del cuadro clínico del depresivo, así como las conclusiones del capítulo.

Posteriormente se dará una visión general de la lactancia, embarazo y el periodo del posparto, sus posibilidades de adaptación, al medio en que se desenvuelve, rasgos generales de su personalidad.

En una segunda parte, se presentarán el programa que se propone como una forma práctica de solución al problema, qué actividades se sugieren, clases y objetivos que se persiguen con los mismos.

Finalmente, se presentarán una serie de consejos - - prácticos para las madres, que servirán de orientación en el manejo de sus bebés.

También se anexarán las recomendaciones para la aplicación del programa, para los psicólogos o algún otro especialista que ponga en práctica este programa.

Es importante mencionar, que no se pretende que el presente programa sea la solución única y total al problema de la depresión después del parto en mujeres, sino simplemente se desea que éste sirva como orientación hacia -

una mejor solución.

Este programa se ha elaborado con el firme deseo de ayudar a las futuras madres, para tratar de evitarles, en lo posible, el tener que enfrentarse a situaciones adversas, que pudieran afectar su personalidad y cuidado de su bebé.

Mis mejores deseos para que la aplicación de este programa se obtengan los resultados esperados.

1.2 Objetivo

El presente trabajo de tesis, tiene como objetivo -- elaborar un programa para ayudar a disminuir la depresión en mujeres después del parto, basado en el modelo instruccional de Jerrold Kemp, con el propósito de erradicar la depresión mediante la planeación y estructuración de una serie de técnicas y ejercicios en forma sistemática, que pueda ser aplicado por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros.

1.3 Definición de términos claves

Por PROGRAMA DE DEPRESION DESPUES DEL PARTO se entiende a la planeación de técnicas, métodos y ejercicios en forma sistemática y secuencial con el cual se logrará una mejora del problema de depresión después del parto.

Por DEPRESION DESPUES DEL PARTO se entiende por "dificultades psicológicas para aceptar la maternidad y enfrentar nuevas experiencias correspondientes a su estado, se caracteriza por una sensación de tristeza, melancolía y desaliento. La intensidad y duración de estas experiencias puede variar; pueden ser ligeras o profundas, y puede considerarse una respuesta normal a las desventajas de la vida." (Hughes, Jennifer)

1.4 Información previa general

En la mujer el embarazo produce una sensación de bienestar y autorealización, sin embargo cuando este no se verifica en situaciones de normalidad y aceptación social, puede producir severos cuadros depresivos.

El hacer frente a las tensiones inevitables que se -

presentan con la llegada de un nuevo bebé al hogar, es - más sencillo con cada hijo subsiguiente. Saber lo que se debe de esperar del recién nacido, establecer ciertas rutinas en el cuidado del bebé, adquirir experiencia en la lactancia, hacer apreciaciones realistas de su figura y - de sus niveles de energía durante unos cuantos meses después del parto, son reservas de información sumamente valiosas.

Desafortunadamente, la mayoría de las personas tienen que vivir esas experiencias a fin de lograrlas.

La depresión después del parto es mucho más común en las mujeres que han concedido muy poca importancia a las realidades de cuidar a sus bebés o bien porque tenían una impresión errónea referente a las enormes experiencias físicas requeridas para poder dar a luz.

Mejorar la experiencia del alumbramiento para todas las mujeres significa una nueva orientación en los cuidados de la maternidad hacia el mantenimiento de la salud y el respeto por el cuerpo de la mujer sana. (1)

La tristeza en el posparto, según los datos revisados por Thomas y Gordon, indican que el 54% de casos se -

producen en primíparas y el 46% en multíparas. (2)

En los primeros días del parto algunas mujeres se encuentran confusas y desorientadas, no se sienten seguras de quienes son, ni de donde están, porque han tenido información adecuada para comprender sus nuevas experiencias.

De ser tratado adecuadamente, no tiene porque durar mucho tiempo, y con frecuencia se puede evitar mediante una preparación adecuada.

Las investigaciones recientes llevadas a cabo en Londres, han demostrado que la depresión en las mujeres está ligada a cuatro "factores de vulnerabilidad".

La depresión misma es provocada por un acontecimiento vital, una pérdida o un cambio que entraña una fuerte tensión nerviosa, tal como la muerte, la separación o el divorcio, el cambio de domicilio o bien la tensión nerviosa por vivir en la pobreza. Todos estos factores, así como los acontecimientos vitales, que ponen en marcha la depresión, implican la pérdida de un control sobre alguna área importante en la vida de la mujer. (Brown, George) - (3).

Una serie de consideraciones similares se aplican a las mujeres que se deprimen cuando nace su bebé. Muchas se sienten abrumadas por las exigencias que requiere su cuidado. Aquí las primerizas corren un gran riesgo por la capacidad de nuestra sociedad para prepararlas adecuadamente, es lamentable.

Muchos psiquiatras están a favor de una causa psicológica en que el nacimiento del niño es un acontecimiento precipitante pero el punto de vista orgánico tiene algunos partidarios.

El nacimiento de un niño constituye para la madre un stress físico; el parto también es un stress psicológico importante ya que representa la cima de la realización psicosexual femenina.

La función psíquica de la mujer puede ser adecuada para la gestación en circunstancias ambientales favorables, pero en un parto extremadamente difícil o en circunstancias económicas y sociales dolorosamente adversas pueden inclinarse el equilibrio hacia un trastorno en el posparto.

Y algunas de las mujeres son psicológicamente tan po

co aptas para la maternidad que las condiciones ambientales y físicas más favorables no pueden salvarlas de una psicosis en el posparto. (4)

Pero la depresión post-natal tiende a repetirse en las mismas mujeres, puede aparecer por primera vez con el segundo o incluso con el tercer bebé. Estas mujeres pueden sentirse incapaces de enfrentarse a las exigencias del bebé o de los niños mayores. Pueden sentirse muy ansiosas por el progreso del bebé, cuando por normas objetivas el bebé se desarrolla.

Richard y Katherine Gordon han estudiado diferentes maneras de ayudar a evitar o eliminar la depresión post-natal. Descubrieron que cierto número de causas implícitas se agrupaban para formar los principales factores conflictivos, entre el papel de la maternidad y la inseguridad personal de las mujeres. (5)

Instituyeron un programa en el cual las madres recibieron instrucción y consejos sobre los siguientes puntos:

- * Las responsabilidades de la maternidad se aprende; por lo tanto informese.

- * Obtenga la ayuda de su esposo, amigas o parientes de confianza.
- * Estable amistad con otras parejas que actualmente se estén haciendo cargo de la educación de algún niño.
- * No se imponga tareas que carezcan de importancia.
- * Descanse y duerma mucho.
- * Platique y consulte con su esposo, familiares y amigos experimentados y comente sus planes y preocupaciones.
- * Consiga un médico familiar o vea al que atendía anteriormente.
- * No se preocupe demasiado por guardar las apariencias.

Las mujeres que recibieron tales instrucciones antes del parto tendieron a estar mucho menos deprimidas o desorientadas después del mismo. De la misma manera, seis meses más tarde sus bebés tendieron a ser menos irritables y

a tener, menos dificultades con el sueño y la alimentación.

Otros estudios han demostrado que la psicoterapia - también resulta efectiva como tratamiento, si la depresión se desarrolla después del parto.

La depresión post-natal no es normalmente, una enfermedad física, resulta fácilmente comprensible, y casi igualmente curable si se utilizan las herramientas adecuadas.

Los factores psicológicos que intervienen en el embarazo y en el parto aún no son ampliamente conocidos y quedan muchas cosas por saber, pero no es necesario que sea un misterio.

Las pruebas muestran claramente que cuando mejor comprende una mujer los cambios físicos y mentales que ocurren durante los nueve meses de embarazo, y los subsecuentes, tanto más fácil le será llevar a cabo la tarea que se ha impuesto y su realización será mucho mejor.

La influencia de la niñez

Un problema común entre las mujeres que se deprimen después del parto, es la forma en que sus madres las crían. Meiges y Dana Breen descubrieron que si una madre controla mucho a su hija, ésta puede deprimirse más después de haber dado a luz. Si la madre impide que tome la iniciativa y al mismo tiempo se muestra emocionalmente fría con ella, la hija tiene poco control, ya sea sobre su realización o sobre su propia vida. La falta de apoyo por parte de su esposo también hace a una mujer vulnerable a la depresión después del parto. (6)

Dana Breen descubrió que las mujeres que manejaron mejor su embarazo y parto son las que consideran a sí mismas activas y creativas en la vida en general. (7)

Un hallazgo notable consistió en que las mujeres procedentes de un hogar infeliz eran las que más tendían a realizar un esfuerzo especial a prepararse para recibir al bebé venidero. Para algunas de ellas, en realidad tal preparación las condujo a una maternidad feliz y exitosa. (Eva Frommer y Gillian Oshea).

La depresión y las relaciones con el bebé

También se estudió la falta de comunicación que las madres deprimidas experimentan por parte de sus bebés. En realidad esto puede ser causa de su incapacidad para reconocer las respuestas de su bebé para con ellas. Hemos visto que los bebés responden a sus madres cuando se les permite hacerlo. Pero sus respuestas son mucho menos definidas y más pasajeras que las de los adultos. Una madre necesita tratar a su bebé nuevamente para provocar una respuesta y ser lo suficientemente sensitiva para reconocerla.

Un régimen de hospital que separa al bebé y sólo permite a la madre tener un acceso limitado durante las horas de su alimentación, la está privando de su oportunidad de establecer una relación en la que pueda reconocer tales respuestas. Todos estos factores interactúan. Si la madre tiene dificultades para reconocer las respuestas del bebé para con ella, tendrá a sentirse insuficiente como mujer y, por tanto, como madre, entonces su predicamento confirmará esto. (Helges)

Las mujeres que experimentan niveles de ansiedad muy altos o muy bajos, durante su embarazo, pueden ser las mujeres que se sienten deprimidas, en comparación con las que sintieron ansiedad moderada. Las mujeres que respon-

den con mucha ansiedad viven en un estado de tensión provocada por una sensación de pérdida de control de sí mismas. (8)

1.5 Limitaciones

El programa será elaborado para mujeres embarazadas que deseen prevenir la depresión después del parto. Se basará en el modelo instruccional de Jerrold Kemp, pero no comprenderá su evaluación, para ver su eficacia.

Hola. Mamá

Hoy he escuchado tu voz por primera vez
y he golpeado tu vientre con mis pies,
nunca te he visto la cara,
pero yo sé que es,
como tu voz, limpia y clara
torrente de luz y esperanza.

Gracias, Mamá

a ti y al cielo que me deja vivir
aquí en tu seno, y luego nacer
y quererte fuera,
como te quiero dentro.

CAPITULO II

REVISION DE LITERATURA EXISTENTE

Depresión después del parto

Se ha escrito mucho sobre la depresión, sobre sus -- síntomas, características clínicas, etiología e infinidad de formas de tratarla. Por lo tanto haremos un breve resumen acerca de esto.

2.1 Definición:

Dentro de las diversas definiciones de depresión después del parto están las siguientes:

- * Según Kaplan, es una tristeza que tiene comienzo - durante el puerperio; los síntomas se centran alrededor de la relación de la madre con el niño y el papel maternal. La paciente niega todo acontecimiento con ideas de estar sola.
- * Descompensación emocional, que puede encontrar - expresión en síntomas somáticos, como falta de apetito o de autointerés, ausencia de interés sexual, fatiga crónica o persistente y cambios en el estado de ánimo. (9)

* Según Pitt, 1968, la depresión después del parto se presenta con síntomas de ansiedad, fatiga, pérdida de la libido, anorexia e insomnio, los cuales pueden permanecer durante algunos meses o varios años. Se presenta 1 caso entre 10 partos.

Existe gran dificultad para describir y definir la depresión después del parto dadas las diferentes formas y factores psicológicos, físicos y orgánicos que contribuyen a ella.

Para el presente trabajo se tomará por depresión después del parto, al trastorno y descompensación psicológicas para aceptar la maternidad y enfrentar nuevas experiencias correspondientes a su estado, causadas probablemente por factores hormonales, orgánicos, físicos y emocionales.

2.2 Síndrome postparto

A lo largo de los años se han dado a conocer muchas teorías para explicar la depresión post-natal sobre bases físicas. Se han señalado los cambios que tienen lugar en las hormonas y a esta condición se le ha tratado como -

anormalidad.

Recientemente se ha señalado, como una causa posible al repentino y excesivo descenso en el nivel de progesterona después del nacimiento. Esto puede ser uno de los factores que contribuyen a la aparición de la melancolía, la cual aparece después del parto y dura un tiempo corto. Pero tal relación no ha sido comprobada.

Probablemente hay una reacción psicológica a los cambios hormonales y fisiológicos iguales a los de los cambios de ánimo en el embarazo. Los cambios abruptos ocurridos en la anatomía de la madre también pueden dar lugar a confusión.

En unas cuantas horas pierde la mayor parte de su prominente estómago, una buena parte de su peso y sus órganos internos regresan a sus posiciones originales. No obstante ella no ha regresado por completo al estado anterior a su embarazo.

Su útero y corazón son más grandes, su tono muscular es más bajo y puede tener cierta cantidad de fluido y grasa en el cuerpo.

Cuando la leche fluye por primera vez por su pecho - aproximadamente al tercer día, después del nacimiento se siente extraña.

De manera que habiéndose adaptado durante nueve meses a una nueva figura, la madre se encuentra repentinamente con que dicha imagen desaparece y que tampoco recobra la anterior imagen de sí misma.

Varios psicólogos que han seguido todo el proceso - del embarazo, nacimiento y los nueve meses, subrayan el hecho de que el parto no constituye el final claro y definitivo del embarazo. Durante el embarazo y el parto tienen lugar un enorme ajuste mental. Aunque el ensayo que lleva a cabo durante el embarazo la prepara para tener un buen comienzo, la nueva identidad de una mujer como madre, no empieza a formarse, sino hasta que el bebé nace y pueda establecer una relación verdadera diferente de la relación imaginaria que llevaba con él antes de su nacimiento.

Por lo general se trata de un periodo de confusión - para las madres; un breve lapso de depresión o melancolía es una experiencia muy común. Sin saber porqué, una madre puede encontrarse deprimida o llorando, o algún suceso trivial que en otras circunstancias no le produciría -

reacción alguna, puede parecerle muy importante. Estos sentimientos casi siempre son fugaces, pero en ese momento pueden ser muy dolorosos para una mujer o para quienes la acompañan. Su irracionalidad y su evidente falta de explicación son desconcertantes en sí mismas. (10)

Embarazo y Parto

El interés actual en el tratamiento de la mujer embarazada, por el obstetra se dirige a disminuir el miedo al parto y reducir la respuesta tensión-dolor. La interacción de los factores fisiológicos y psicológicos durante el embarazo puede aliviarse durante el parto o inmediatamente después.

Por ejemplo, la mujer puede, que no esté dispuesta a abandonar su sensación de unidad con el niño, o puede sentirse culpable por su amor insuficiente por el recién nacido. Estos sentimientos pueden expresarse por cambios en el estado de ánimo. (11)

Lactancia

La lactancia puede estar influida por emociones pero

el deseo de alimentar no equivale a la capacidad de alimentar. Si la mujer intenta mantenerse a sí misma en un ideal de lo que impone la maternidad, la culpa por su incapacidad para alimentar al niño o su falta de interés - por hacerlo puede convertirse en un punto central para su angustia interna y puede expresarse a través de la disfunción somática. (12)

Periodo de postparto

La descompensación emocional puede encontrarse expresión en síntomas somáticos, como la falta de apetito o de autointerés, ausencia de interés sexual, fatiga crónica o persistente y cambios en el estado de ánimo. (13)

Durante el periodo de postparto las mujeres suelen ser más vulnerables psicológicamente. Las hormonas son agentes facilitadores que influyen en los umbrales de las pautas de respuesta y la función ovárica no se establece con regularidad hasta después de finalizada la lactancia.

Sin embargo, cuando una psicosis se manifiesta en el periodo del postparto, su forma está predeterminada por la organización emocional previa de la mujer. (14)

Generalmente la depresión es benigna o inexistente - en las mujeres para quienes la maternidad y la lactancia son experiencias de la vida que confirman su personalidad y la fortalecen. Esto solamente es así cuando las necesidades de la madre tanto físicas como emocionales se satisfacen durante el embarazo, el parto y los días que siguen:

2.3 Causas genéticas

Kallman, hace énfasis en la teoría de que existe una transmisión de la enfermedad por un gen dominante, especialmente para la psicosis maniacodepresiva. No se podría asegurar que existe una herencia directa de la depresión, sino de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Además es importante considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida pueda originar el mismo cuadro entre alguno de sus allegados.

Investigaciones realizadas indican, que no existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento. (15)

* Causas psicológicas

Los factores emocionales desempeñan un papel importante desde los primeros años de vida, determinando los rasgos de personalidad, tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo. Los rasgos constitucionales, no son heredados, sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia de los miembros de la familia.

- Causas determinantes

Es frecuente que durante la infancia se presenten trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, eneuresis, berrinches temporales, fobias, timidez y onicofagia, que se conceptúan con problemas de personalidad y conducta.

Probablemente estas manifestaciones, deban considerarse como signos de conflictos específicos y los factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos. Sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia, para comprender las secuelas que han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario analizar la pre-

sencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de tensiones familiares, de incidentes que en la vida del paciente han tenido un significado.

Además se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen en manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada. (16)

Determinantes:

Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Desencadenantes:

- a). Pérdida de un ser querido
- b). Pérdida de una situación económica
- c). Pérdida de poder
- d). Pérdida de salud,
 - Enfermedades con peligro de muerte
 - Enfermedades que originan incapacidad física
 - Enfermedades que originan alteraciones estéticas.

- Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia). (17)

Causas desencadenantes:

Entre las causas inmediatas se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar sentimientos de hostilidad, los impulsos reprimidos de sexualidad y dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciéndole angustia.

Las neurosis son más frecuentes en la mujer que en el hombre, parte porque en ella la represión de las necesidades y de los instintos biológicos básicos es más rigida, sin embargo, esto no constituye el único factor, ya que cualquier necesidad o deseo apremiante y fundamental contra cuya expresión puede construir una barrera defensiva que originaría síntomas neuróticos. (18)

- Pérdida del objeto

En la depresión neurótica el elemento "pérdida" es de importancia; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, como el afecto o la autoestima.

La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. (19)

La resistencia personal a la pérdida es variable; - hay personas sensibles a ella, y otras que la soportan - sin inmutarse.

- Pérdida del objeto durante la infancia

En las etapas de desarrollo, el cuidado materno es - importante; si el niño no tiene una relación satisfactoria con su madre, podría volverse reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de la vida. - (20)

- Pérdida del objeto durante la adolescencia

La adolescencia es la etapa de la vida en que el individuo deja de ser niño para ser adulto; sus esfuerzos - por alcanzar la madurez y lograr su independencia pueden originarle un período de turbulencia emocional.

La pérdida del objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, le origina depresión, que generalmente se manifiesta como una reacción de rebeldía y desaffo.

* Causas ecológicas

Desde siempre, el hombre ha venido modificando su hábitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en busca de sus satisfacciones. Pero cada día, el hombre moderno está expuesto a una serie de choques que le suscitan tensión enajenante, hipertensión, angustia e inseguridad.

Cannon Walter, lo denomina a esta tensión o ajuste de síntomas el "Síndrome del hombre para escapar o pelear". La cultura primitiva se enfrentaba a situaciones de choque por la vía natural: escapaba o peleaba, en cambio el hombre contemporáneo, sometido al rigor y al compromiso psicológico del precepto moral, debe utilizar otros medios distintos de la riña o de la huida física: los de represión sistemática, que por su carácter conduce a circunstancias conflictivas. (21)

* Causas sociales:

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estudios afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Por medio de ellos se han demostrado y desarrollado los sistemas psicobiológicos que a través de los siglos - hemos heredado de nuestros antecesores mamíferos, (22)

Un aspecto interesante de estos sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo, es característica de la época actual la

desintegración de estas tres fuentes de apoyo.

Causas sociales de la depresión:

- Desintegración de la familia
- Disminución del apoyo espiritual de la Iglesia
- Falta de vínculos con los vecinos
- Migraciones

2.4 Bases teóricas:

*** Teoría biológica y psicológica**

Las depresiones exógenas o reactivas se ven como respuesta a experiencias traumáticas precipitantes en la vida del paciente, en tanto que las depresiones endógenas se consideran como expresión de un patrón de reacción constitucionalmente condicionado que está relativamente poco afectado por los acontecimientos externos.

El término "endógeno" se refiere a un cuadro psicótico más grave tal como la psicosis depresiva maniaca. (23)

Es útil, para el paciente deprimido darse cuenta de -

que sus síntomas tienen significado. El examen de lo que dió origen al episodio, ya se trate o no del factor etiológico principal, ayuda al paciente a comprenderse a sí mismo.

La mayoría de los episodios depresivos, tanto psicóticos como neuróticos, se remontan a alguna causa externa precipitante. Las depresiones neuróticas pueden derivarse de factores precipitantes específicos más fácilmente que cualquier otro tipo de síntoma neurótico.

La capacidad de los síndromes depresivos de comunicar dependencia desamparada y de provocar atención afectuosa sugiere que los mecanismos depresivos pueden poseer valor de adaptación y que la capacidad de desarrollarlos podrá haber sido seleccionada en el curso de la evolución.

Esto está en contraste con la mayoría de las teorías biológicas de la esquizofrenia, que destacan los malos aspectos de la adaptación de la enfermedad.

Teoría de la psicopatología

Fracasos importantes en el dominio de la realidad, -

producen miedo excesivo y rabia impotente que puede superar la resolución por medio de los recursos de la actividad intelectual.

Si la lucha o huida fracasan en todos los niveles, sobreviene la desesperación. Entonces, a un nivel regresivo e inadecuado, el miedo, la culpa y la expiación ofrecen la esperanza de que puede obtenerse una ayuda mágica a través del autocastigo y el perdón.

Aún cuando se demuestra en realidad que esto no se ha de realizar, la esperanza no muere, recurre a un nuevo y más furioso autocastigo para conseguir el fin deseado. Frente al fracaso en la realidad, ésta regresa a procedimientos expiatorios dependientes automatizados, es la reparación de un fracaso oculto en la reacción depresiva.

(24)

Teorías psicológicas de la depresión:

El entendimiento sistemático de la estructura dinámica de la depresión inició con Freud en su obra "Duelo y melancolía" en 1917. Basándose en los trabajos de Abraham (1916).

Freud hace distinciones entre el duelo y la depresión melancólica. Señala el duelo (depresión simple), - hay una pérdida del objeto real (objeto libidinoso) sin disminuir la autoestima y no existe la autoacusación. En las depresiones melancólicas hay una pérdida emocional - del objeto, ya sea por desilusión y otros factores semejantes. Se percibe en la melancolía una disminución de - la autoestima y pérdida del yo.

Freud también describe el origen de la inhibición - tan característica en las expresiones. Señala que la inhibición es debida al trabajo del duelo", que absorbe toda la energía libidinal lo cual explica la pérdida de interés en el mundo exterior. (25.)

Abraham (1924) continuó explorando las posiciones de Freud dentro del desarrollo libidinal infantil; Rado - - (1928) estudió la influencia de las fases variables y las vicisitudes de la situación de la lactancia sobre el yo - infantil. La frustración en el nivel oral disminuye el - sentimiento de seguridad y la "estimación propia" del yo infantil. Rado dió en el cambio de hambre a satisfacción, extendiéndose desde furia hasta depresión, autocastigo, - anhelo y hasta gratificación y reconciliación.

Fenichel (1945) afirma que las depresiones simples y formas melancólicas tienen en común una disminución de la autoestima. Las diferencias clínicas se observan en la lucha por recuperar la autoestimación.

Weiss, Edward (1944) separa la clínica y teóricamente una depresión de tipo "simple" y "melancólico". La depresión simple está caracterizada por un descenso en la intensidad de autoexperiencia del individuo.

Establece que la razón para la sensibilidad disminuida del yo debe encontrarse en el hecho de que la "libido está fijada a un fin el cual es rechazado pero no puede ser abandonado", y que esta lucha continua fatiga a la libido de la persona a tal grado que resulta la depresión.

Jacobson, Edith (1946) habla del impacto de los desengaños tempranos en la omnipotencia paterna y la devaluación de las imágenes maternas, sobre la formación del yo en la infancia. Este desengaño continúa con la devaluación y destrucción de la autoimagen infantil y causa una depresión primaria en la niñez, la cual se repite en años posteriores, siempre que un desengaño similar se lleve a cabo.

Describe otra forma de depresión la cual llama tipo "endógeno o "liger o débil", la cual se caracteriza por una debilidad del yo, un sentimiento de desilusión por la vida, una fatiga y agotamiento general, vacío emocional, falta de iniciativa y temores hipocondríacos.

Klein, Melanie (1948) afirmaba que el niño se sentía frustrado por la carencia de amor (ya que es imposible, - en esta época satisfacer todas las necesidades), se irrita tanto como la madre y desarrolla tantas fantasías de - tipo sadico y destructivo respecto a ella, es entonces - cuando el niño llega a temer que estas fantasías destruyan realmente a la madre y despliegue entonces sentimientos de ansiedad y culpa.

Bribing, Edward (1953) destacó la pérdida de la auto estimación como el elemento clave de la depresión. Ponía mayor énfasis en la psicología del yo (respuesta consciente a los acontecimientos) que en los conflictos inconscientes entre el yo y el superyo.

Teorías bioquímicas

Los mensajes eléctricos que viajan a través de miles de millones de células nerviosas del cerebro. Para ir de

una célula a otra a través de la sinapsis, los impulsos eléctricos deben traducirse a reacciones químicas.

Los mensajes pasan a través de los neurotransmisores, tres de los cuales parecen estar implicados, en el estado de ánimo; la norepinefrina, la dopamina y la serotonina. -
(26)

Se han encontrado bajas cantidades de triptamina en orina de pacientes deprimidos, y estos niveles aumentan hasta los valores normales cuando se recuperan con la terapia electroconvulsiva. Esto es innegable que en la depresión existe un severo trastorno bioquímico.

Los secretos bioquímicos de la depresión se encuentran ocultos en el cerebro, en la región del sistema límbico que controla las emociones de temor, ira y hambre. -
(27)

La localización del sistema límbico puede explicar que cualquier variación ahí ocurrida podría causar síntomas psicológicos y físicos de la depresión.

Los científicos apenas han alcanzado a explorar el papel de la química de los estados de ánimo y los senti-

mientos, pero algunos principios generales se han establecido.

Neurotransmisores de monoaminas: se piensa que las concentraciones cerebrales de noradrenalina (NA) o de 5-hidroxitriptamina (5-HT), o ambas, disminuyen en la enfermedad depresiva. Las pruebas de esto se apoyan en observaciones como el hecho de que los fármacos antidepresivos aumentan las concentraciones de monoaminas en el cerebro; los fármacos hipotensores, como la reserpina, que disminuyen las concentraciones de monoaminas, pueden provocar depresión; el triptófano plasmático, un precursor de 5-HT, está reducido en algunos enfermos deprimidos; además las concentraciones de 5-HT y su metabólico, el ácido 5-hidroxilidolacético (5-HIAA), disminuyen en el cerebro de algunos pacientes deprimidos que cometieron suicidio. A pesar de ello la excreción de metabólicos monoamínicos no siempre es baja en enfermos de depresión; tampoco L-dopa (precursor de la dopamina y la noradrenalina), ni L-triptófano son eficaces por el tratamiento de la depresión. (28)

Este tipo de estudios es difícil porque se trabaja con concentraciones mínimas, concentraciones de metabólicos que pueden reflejar cambios en las monoaminas periféricas más que en las centrales, además dichos estudios se

dificultan porque las observaciones pueden estar afectados por la dieta, el ejercicio y cierta tensión no específica.

- Electrolitos: el sodio intracelular aumenta la enfermedad depresiva.
- Endócrinas: en la enfermedad depresiva la secreción de cortisol aumenta casi el doble; no se observa variación diurna y no se suspende con dexametasona. La secreción de TSH disminuye, así como también la tolerancia a la glucosa.

* Teoría Genética:

Hay características y situaciones diferentes a la depresión que parecen heredarse en las familias, como por ejemplo: pobreza, religión, etc. Esto no significa necesariamente que sean genéticamente hereditarias.

Pero estudios recientes sugieren que la susceptibilidad a la depresión es transmitida en los genes. (29)

Goodwin, señala que las depresiones diarias de la vida normal pueden influir en las formas leves de depresión, en tanto que la experiencia cotidiana puede tener alguna -

Influencia, los genes y la química pueden ser los factores principales.

La mayor parte de los estudios muestran que la herencia de la depresión es demasiado compleja para explicarse mediante un gene único y aislado. La mejor manera de demostrar que ambos rasgos se transmiten juntos, hasta la fecha, no ha sido comprobada en estudios anteriores.

Los genetistas necesitarán más tiempo para encontrar el sentido de las causas de la depresión, sin embargo, muchos creen que en los próximos 20 años, mediante procedimientos de la nueva ingeniería genética, se tendrán mapas con la localización de la mayor parte de los genes del hombre en los cromosomas; para entonces, será mucho más fácil localizar cualquier gene que pueda contribuir a la depresión.

(Reveley y Murray, 1980): Se ha comprobado la existencia de una disposición genética, pero no se ha llegado a precisar si es responsable un solo gen con penetración incompleta, con herencia poligénica, o un gen X ligado. -
(30)

Existe un 10 a 15% de probabilidades de que los pa--

rientes en primer grado de pacientes con trastorno afectivo lleguen a padecerse.

Los índices de concordancia son del 68% para los gemelos monocigóticos y el 23% para los dicigóticos. Los trastornos afectivos bipolares y unipolares se presentan genéticamente diferentes uno de otro pero esto no ocurre entre la neurosis y la psicosis depresiva. (31)

2.5 Síntomas:

Los síntomas se centran alrededor de la relación de la paciente con el niño y el papel maternal. La paciente puede negar todo el acontecimiento con ideas de estar sola y ser virgen, o tener ideas de persecución, influencia o perversión sexual. (32)

La preocupación de la persona deprimida por sí misma se expresa a menudo en su preocupación por su cuerpo y su salud física. La depresión va acompañada de cambios reales en el funcionamiento fisiológico.

La velocidad metabólica de la paciente es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es anormal, y su boca

está seca, dándose además cambios en casi toda la función del cuerpo que se encuentra bajo el control hormonal. (33)

La depresión ligera se manifiesta principalmente por una pérdida del interés agradable en los asuntos habituales de la vida. Se pierde la espontaneidad. Todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes. La fatiga es excesiva. Las preocupaciones reales y los trastornos corporales ordinarios son prominentes en cognición, mientras que las memorias alentadoras, las esperanzas y planes son difíciles de tener presentes. Una persona con una depresión ligera como la mencionada, hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a los conocidos.

Sin embargo, para él y para sus amigos íntimos, algo ha cambiado. En la depresión más intensa el paciente se halla abatido o se siente físicamente enfermo. (34)

Por lo general está sombrío, desesperado, desvalido y carente de autoestima. Su raciocinio, verbalización y movimientos se hallan retardados (retardo psicomotor) y se puede hallar tenso, agitado, ansioso. De los numerosos síntomas físicos, el insomnio, es el más prominente.

Los estudios de EEG de pacientes deprimidos confirman que ellos tienden a presentar una proporción más elevada de sueño ligero e inquieto y un período más corto de sueño total. (35.)

La anorexia o pérdida de peso también son síntomas característicos. La pérdida involuntaria de 3 o más kilos en un mes ha sido sugerida por algunos autores como un criterio diagnóstico de depresión intensa.

Se presentan muchos otros síntomas en la depresión, en especial al dolor de origen obscuro, síntomas gastrointestinales, irregularidades menstruales y trastornos psicofisiológicos.

2.6 Clasificación de la depresión:

La enfermedad depresiva puede dividirse en "neurosis depresiva" y "psicosis depresiva". Estas denominaciones más o menos corresponden a "depresión reactiva" y "depresión endógena"; término que se utilizaban en años pasados.

En realidad no se sabe claramente si se trata de dos estados distintos o si síntomas generales característicos

corresponden a los extremos de un espectro continuo en el que estan la mayoría de los pacientes. (36)

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas.

La historia clínica de algunos pacientes demuestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios; entonces, la depresión es llamada exógena o reactiva; en otro no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada como endógena.

En la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos grupos. Por otra parte, la división entre cuadros depresivos psicóticos y neuróticos han sido siempre problema para la clasificación de los trastornos mentales. Por lo tanto clasificaremos la depresión en tres categorías: depresión psicótica, neurótica y simple. (37)

En la depresión psicótica los elementos genéticos desempeñan un papel importante; se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, la pérdida de la auto-

crítica y choque importante con el medio.

En la depresión neurótica la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia y la adolescencia.

En la depresión simple la personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que no se le considera como un trastorno psiquiátrico en el sentido de que hasta ahora sea reconocido al enfermo con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos psicológicos, ecológicos o sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo.

Cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental. (38)

2.7 Características clínicas:

Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones

sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondriaca. (39)

- Psicosis depresiva: La mayoría de los pacientes se sienten deprimidos, se quejan de falta de sentimientos, se sienten agitados y otros incapacitados. Son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, inutilidad, desesperanza. Disminuyen el interés y la concentración, al igual que se trastorna la memoria. Se pueden observar signos obsesivos o histéricos. En casos graves se pueden presentar delirios con un contenido paranoide, hipocondriaco, lo mismo que alucinaciones.

- Neurosis depresiva: Los síntomas pueden interpretarse como exageración de una tristeza comprensible que aparece como respuesta a la tensión y que a menudo se mezcla con la ansiedad. Los síntomas biológicos no son graves y no se observan delirios, ni alucinaciones.

El diagnóstico de enfermedad depresiva se puede establecer cuando el estado de ánimo resulta ser inapropiadamente serio o prolongado en relación con la causa que lo provoca, o cuando lo acompañan síntomas biológicos característicos y cambios de actitud. (40)

Vulnerabilidad a la depresión:

La persona vulnerable a las depresiones psicóticas - no tiene una organización normal de la personalidad, no - importa cuan normalmente vive cuando se siente bien. Siempre tendrá que oponerse a ciertas desventajas. Ante todo se muestra con muy poca autoestima porque su superego la condena con toda facilidad y le da un débil apoyo. Se trata de una persona que necesita apoyo, aprecio, ánimo y aprobación para con ello eliminar los sentimientos de culpa.

Un adulto vulnerable a las depresiones psicóticas difícilmente admitirá, o reconocerá, su necesidad de "apoyo narcisista" mientras se siente bien. Pero a su modo de vivir suele revelar esas necesidades.

La personalidad depresiva es lo más vulnerable a todo aquello que frustre sus necesidades dependientes y en general a cualquier cosa que haga experimentar pérdida de amor, pérdida de la seguridad personal o pérdida de la -- autoestima. (.41)

Examinaremos cada una de esas fuentes de vulnerabilidad en la depresión:

a). Pérdida de amor; puede provenir de una muerte, o de una desilusión. También puede provocarla una separación, el abandono, una decepción severa, el rechazo, la humillación o el olvido. Si un fracaso personal, una mengua de la salud, una disminución de posición o de atractivo, amenaza la pérdida de amor de otra persona, precipitan la depresión.

b). Pérdida de la seguridad personal; se trata de frustraciones de imperiosas necesidades de dependencia que hacen sentir abandonada, privada, rebajada y sin amor.

Para comprender por qué se precipita una depresión psicótica debemos de tener presente que cuenta más la intensidad y el significado de las experiencias de la persona deprimida y no la amenaza de pérdida.

c). Pérdida de la estima de sí mismo; las personalidades depresivas dependen del amor, de la aprobación, de la seguridad y del apoyo por parte de otras personas porque carecen seriamente de estima de sí mismas. Derivan de estas lo que contribuye a lograr la estima normal de sí mismo, la sensación de que se ha cumplido con lo esperado, que se ha actuado con integridad y competencia, que se ha logrado en aquello que es personalmente importante.

Fracasar en tales aspectos disminuye o destruye la -
estima de sí mismo en la persona depresiva.

Las funciones sexuales de la mujer, más pasivas y re-
ceptivas plantean problemas diferentes, pero no menos di-
fíciles. Entre los más comunes tenemos la frigidez, las
dificultades para la menstruación y las reacciones patoló-
gicas al embarazo, el parto y al cuidado del bebé.

Se tiene una incidencia mucho mayor de la patología
fisiológica en los problemas menstruales, en el embarazo
y en el parto, que en la disfunción sexual del varón.

Cast todos saben que el ciclo menstrual es sensible
a las perturbaciones emocionales, en especial a la ansie-
dad y a los desórdenes del humor, y que los factores emo-
cionales pueden tener un papel importante en la ovulación,
la concepción, el embarazo y el parto.

Cuando se trata de la crianza y cuidado general de -
los bebés y los niños, una vez más penetramos en el campo
de la conducta interpersonal.

Hoy en día se reconoce ampliamente que los desórde-
nes ginecológicos suelen incluir importantes factores - -
emocionales.

El embarazo mismo provoca una amplia variedad de reacciones personales. Algunas mujeres experimentan una satisfacción placentera y narcisista y afirman no haberse sentido mejor en su vida. Sigue sin estar claro si "tal sensación es resultado directo de los cambios hormonales o si proviene más indirectamente de la satisfacción de haber aumentado las necesidades de dependencia o de haber ganado la mujer importancia al sentir que va a ser madre.

Las diferencias existentes en las maneras en que las mujeres experimentan el parto están relacionadas claramente con sus miedos y ansiedades o con su sensación de triunfo y de creación, así con las realidades objetivas del parto.

El movimiento llamado "parto natural" tiene como base esas relaciones. Intenta adiestrar a la mujer embarazada para que coopere con su cuerpo durante el proceso de nacimiento del bebé y se reduzca así la ansiedad de la espera.

Muchas mujeres permanecen conscientes durante el proceso, lo recuerdan como una experiencia clave de realiza-

ción, durante la cual expresaron plenamente su capacidad de crear. (42)

La alimentación al pecho, presenta otra función en que tienen participación los factores emocionales. Algunas madres gozan la experiencia, a su modo, en igual medida que el bebé. Otras la evitan por completo. Otras más desean tenerla, pero se ven frustradas por su propia ansiedad, que interfiere con la producción de leche e impide a la madre relajarse y participar con placer en la alimentación al pecho a pesar de tener leche en abundancia.

Son comunes en tal situación las autocríticas y las dudas sobre sí mismas respecto a si se es o no una madre adecuada, sobre todo si el bebé se muestra inquieto, llora o se rehusa a comer.

Además de todos los tipos posibles de conflictos provenientes del pasado, suele presentarse una ansia de competición en este sentido con otras madres o de medir las normas de la madre novata con las de la abuela.

El predicamento de la personalidad depresiva:

Su mayor peligro proviene de sí mismo, de la amenaza de un ataque por parte de un superego hostil y desamoroso.

El enfermo utiliza contra esa fuerza interna de estructura tres tipos de fuerzas inversas: una, el amor que obtiene, otra, la seguridad y el apoyo que le da su posición, sus posesiones, sus amistades, su reputación, sus patrones de vida familiares, etc. La tercera, su estima de sí mismo, que nunca basta por sí sola. (43)

Muchos seres revelan una organización depresiva de la personalidad, solo cuando se autodesprecian o cuando tienen sensaciones crónicas de no valer, de sentirse culpables o insignificantes.

En las personas depresivas, tanto en las compensadas adecuadamente como en las pobremente compensadas, se presenta una reacción psicótica cuando el paciente sufre una frustración seria respecto de sus profundas necesidades de dependencia.

Kaplan 1977, ha intentado descubrir el porqué la depresión abunda más entre las mujeres. Supone que la de-

presión es resultado de la pérdida de la autoestimación, y que está relacionada con una incapacidad para evitar - culparse uno mismo. Señala que a las mujeres les resulta difícil dar salida a sus agresiones. Ellas, sobre todo - las que tienen personalidad depresiva, están deseosas de evitar la ansiedad, en parte porque el rango de sus alter - nativas es menor que el de los hombres. (44)

En nuestra cultura hay una reacción negativa hacia - una mujer que es agresiva en una situación en la que acep - taría la misma reacción de un hombre. Las mujeres tam - bién desean más la aprobación y temen perder a las perso - nas al demostrar enojo, por lo tanto vuelven la culpa ha - cia adentro de sí mismas.

Psicopatología y Psicodinámica:

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En los síntomas de la depresión se describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido.

El individuo deprimido siente que su seguridad está

amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales podrán verse afectadas.

En los síndromes depresivos tempranos o moderados, el paciente trata activamente de aliviar sufrimientos. Solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzado su vigor.

A medida que la depresión se hace más crónica o más grave, el paciente renuncia. Tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarle, y que las cosas nunca más mejorarán.

Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderadas.

El paciente no suele considerarse a sí mismo como deprimido, a menos que se da cuenta de sus sentimientos subjetivos de tristeza.

Estos pacientes tienen signos y síntomas típicos de

depresión, pero el componente afectivo de la misma es escondido o negado. (45)

Afecto:

La persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancolía o desesperación. El paciente destaca sus sentimientos depresivos hablando de angustia, tensión, culpabilidad y anhelo. El paciente deprimido pierde el interés por la vida.

Sus apetitos se reducen antes de que su conducta se vea afectada y, en las depresiones benignas, pasa por los movimientos del comer, sexo o del juego, pero con poco entusiasmo.

A medida que su depresión avanza, acaba siendo indiferencia por aquello que anteriormente había constituido sus ocasiones principales de placer.

El enojo es manifiesto en el afecto de los pacientes deprimidos. Podrá expresarse directamente cuando el paciente se queja de que no se le quiere y se le trata mal,

en tanto que en otros casos es más sutil, y los sufrimientos del paciente entristecen la vida de los que lo rodean.

Pensamiento:

La persona deprimida está preocupada consigo misma y con su estado, lamentándose de su infortunio y del efecto de este sobre su vida. El individuo moderadamente deprimido podrá combatir su depresión dirigiendo conscientemente sus pensamientos a donde sea. Sin embargo, esto suele convertirse también en una preocupación, al verse reemplazadas sus cavilaciones por otras nuevas.

Sus pensamientos están disminuidos en cantidad, y el paciente muestra poca iniciativa o espontaneidad en todo.

Comprende lo que se le dice y contesta aproximadamente, pese a que su pensamiento sea más lento y su lenguaje puede ser acaso imperfecto e inseguro.

Conducta:

La lentitud caracteriza tanto la vida entera del pa-

ciente deprimido como sus procesos mentales. Sus movimientos y respuestas requieren más tiempo, inclusive parece agitado y superactivo, la conducta está disminuida.

Relaciones sociales:

La persona deprimida anhela el cariño de otros, deja de corresponder en una forma que recompense a la otra persona o refuerce a la relación. Podrá aislarse, sintiéndose incapaz de buscar a los demás, o podrá buscar activamente amigos sólo para enajenarlos con su aferramiento y la constante preocupación de sí mismo. En los estados depresivos tempranos o moderados, podrá darse un aumento de la actividad social, buscando el paciente la compañía de otros para distraerse de una dolencia.

2.8 Tratamiento y Pronóstico:

Brew y Seidenberg afirman que no existe propuestas de que se obtengan ningún resultado con el tratamiento hormonal. (46)

El tratamiento con fenotiacinas es eficaz con frecuencia, cuando el cuadro clínico sugiere la existencia de - -

una esquizofrenia. Una mujer puede creer que su hijo no ha nacido y puede llevar a cabo los movimientos del parto y la expulsión. Otra mujer puede ignorar al niño y ser incapaz de hacer nada excepto llorar. Una tercera puede sufrir una preocupación constante de que su hijo tiene -- cáncer o está condenado.

El deseo inconsciente de desembarazarse del bebé, - puede ser el mismo de los casos vistos, pero el primer -- ejemplo es de una esquizofrenia catatónica, el segundo sufre una depresión y el tercero tiene una neurosis obsesiva. (47)

Muchas veces el trastorno agudo del postparto puede tratarse eficazmente con psicoterapia somática inmediata. Posteriormente, puede llevarse a cabo un tratamiento psicoanalítico a largo plazo para modificar el trastorno de personalidad subyacente del paciente.

En los casos de depresión del postparto, la mayor - parte se recuperan al cabo de unos meses. Sin embargo, - el peligro de otra psicosis en relación al futuro embarazo es elevado; los valores de frecuencia de recaídas van de 15 a 35%. (48)

El tratamiento de los pacientes deprimidos se basa en dos principios fundamentales. El primero es el alivio del sufrimiento y de la culpabilidad, el estímulo de esperanza y la protección frente al atentado del paciente contra sí mismo, esto es, la terapéutica de soporte. El segundo principio es el de la exploración psicodinámica del significado y las causas de la depresión, con el objeto de resolver el problema inmediato como de prevenir su repetición. (49)

Terapéutica de soporte:

Psicoterapia

El primer objeto básico en el tratamiento de la depresión está en aliviar el dolor y los sufrimientos del paciente. Esto puede hacerse por medio de técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas que se propongan mejorar el funcionamiento defensivo del paciente y proporcionar satisfacciones sustitutivas. El entrevistador trata de reforzar la negativa, la proyección, la represión, la formación de reacción o cualquiera defensas que sean las más eficaces para proteger al paciente de sus sentimientos dolorosos, y se ofrece a sí mismo como sustituto del obje

to de afecto perdido por el paciente, proporcionando una satisfacción de transferencia, que reemplaza temporalmente la frustración de la realidad.

El segundo principio de tratamiento, es el de protección del paciente frente al atentado contra sí mismo. Inicialmente, el papel del entrevistador está en identificar esta conducta y prevenir que el paciente se cause daño. - Es importante brindar protección al paciente, del significado de su masoquismo e interpretar sus orígenes psicodinámicos.

El tercer principio, implica que después de estimular la esperanza del paciente protegerle frente al posible atentado contra sí mismo, reducir su sentimiento de culpabilidad.

Aquí el entrevistante se dirige a los aspectos expiatorios de la conducta del paciente.

El sufrimiento de la enfermedad depresiva se asocia con la esperanza inconsciente de que seguirá el perdón, y la culpabilidad consciente se relaciona con más frecuencia con los efectos secundarios de la depresión.

Aunque el paciente deprimido necesite un apoyo considerable, se siente confundido si el entrevistador se muestra excesivamente cordial. El empleo del humor constituye un problema en la entrevista con el depresivo, si el paciente demuestra algún sentido remanente de humor es mejor estimularlo y responder a este que iniciar intercambios de humor con el entrevistador.

El paciente no acepta responsabilidades con respecto a sus dificultades sino que exagera su propio papel y se tortura a sí mismo con sentimientos de culpabilidad. Las acusaciones que hace de sí mismo ocultan una negativa de su verdadero papel en la enfermedad pero el problema inicial, en el tratamiento, es evitar la convicción del paciente que es culpable.

Terapéutica Orgánica:

Los tratamientos farmacológicos y orgánicos constituyen importantes métodos terapéuticos. Independientemente de su modo fisiológico de acción, estos tratamientos poseen siempre significado inconsciente para el paciente. El efecto de placebo de medicación resulta aumentado si el entrevistador sugiere que su régimen farmacológico es

eficaz y aliviará los síntomas del paciente. Es preferible animar al paciente a asociar su reacción de placebo - al tratamiento en su conjunto que a una droga concreta. -
(50)

Las terapéuticas por choque eléctrico se utiliza -- como tratamiento para la depresión, se explica y examina como cualquier otra forma terapéutica, porque los pacientes muestran con frecuencia miedo de lo que dicho tratamiento puede hacerles, y lo compara inconscientemente con las experiencias traumáticas tempranas y el castigo físico.

El paciente requerirá alguna preparación para el síndrome mental orgánico que sigue, y cuanto más objetivamente esto se examine, tanto más fácil lo aceptará. Cuando el médico o el entrevistador describa algún tratamiento orgánico, deberá proporcionar una explicación clara y concreta como le sea posible. Deberá examinar no solo los aspectos prácticos del régimen, sino también los aspectos terapéuticos anticipados.

Hay aspectos de la depresión que no se pueden aliviar mediante terapéutica orgánica, y podría ser útil indicarlos. El paciente sentirá más confianza y más estimación

de sí mismo si ve que el entrevistador le ayuda a resolver sus propios problemas que él trata de resolver por su cuenta.

El tratamiento de soporte es la única posibilidad si el paciente está gravemente deprimido o tan decaído que es incapaz de hablar con el entrevistante o de participar en la práctica corriente de la vida cotidiana. El entrevistante podrá utilizar la psicoterapia, las drogas anti-depresivas o el choque eléctrico, pero su propósito es aliviar el sufrimiento del paciente, independientemente de su etiología.

En el caso de los pacientes que han de tratarse por medio de psicoterapia analítica, cambia su estrategia clínica básica, una vez controlada la crisis inmediata, se corre el riesgo de agravar los síntomas. A diferencia del primer modo de tratamiento, que persigue el alivio de los síntomas, esto ofrece la posibilidad de influir sobre el curso de la vida del paciente, reduciendo la probabilidad de depresiones futuras y disminuyendo su patología de carácter depresivo.

El entrevistante interpreta las defensas con objeto de poner al descubierto los sentimientos y pensamientos -

que el paciente está tratando de evitar.

Estos dos métodos de tratamiento, el supresivo y el exploratorio son inherentes a la naturaleza de la psicoterapia y se combinan en el tratamiento de todos los estados neuróticos. (51)

Sin embargo, hay más conflictos entre ellos y dificultad para combinarlos e integrarlos en el tratamiento de la depresión que en otros trastornos. La depresión es el más doloroso de los síntomas neuróticos, y por consiguiente, al paciente le interesa un rápido alivio de los síntomas. La negativa es una defensa importante contra los sentimientos depresivos, y si el entrevistante refuerza esta defensa para aumentar el bienestar del paciente, resulta que trabaja directamente contra la terapéutica de descubrimiento.

En la entrevista inicial con el paciente moderadamente deprimido, el entrevistante podrá ofrecer comentarios destinados a averiguar su capacidad para ejercer la auto-crítica. Las interpretaciones directas del enojo del paciente son más susceptibles de provocar trastorno que de apoyar.

Con frecuencia los pacientes han oído hablar de teorías biológicas y de tratamientos biológicos de su enfermedad y podrán utilizarlos como defensa, el entrevistante indica simplemente que no hay contradicción alguna entre el significado psicológico y físico de la depresión del paciente, que pueda tener. Esta explicación a de adaptarse al nivel cultural del paciente.

Frecuentemente se obtiene una mejoría clínica importante y extensa información de diagnóstico mediante el simple método de soporte.

Tratamiento de la enfermedad depresiva (Shaw, 1977)

Los pacientes que presentan una intensa depresión de ben hospitalizarse si se rehusan a recibir medicamentos y bebidas, si tienen síntomas suicidas o, como sucede ocasionalmente, si tienen tendencias suicidas.

1. Fármacos: Como primer tratamiento casi siempre se emplea un antidepresivo tricíclico. Es posible que transcurran unas tres semanas antes de sufrir efecto. Los fármacos tricíclicos son eficaces en un 70% de los pacientes deprimidos y surten un mejor efecto en la psicosis --

depresiva que en la neurosis depresiva. (Kiloh y colaboradores, 1962)

Los Inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO), se emplean principalmente para tratar la neurosis depresiva, sobre todo cuando se acompaña de ansiedad intensa. Por lo general no son eficaces en la psicosis depresiva. (Young y colaboradores, 1979)

Las fenotiacinas son una ayuda eficaz en otro tipo de tratamiento, como cuando el paciente se encuentra agitado o delirante. El litio puede ser útil para tratar la depresión así como para prevenirla, pero requiere una mayor evaluación. (Mendel, 1976)

2. La TEC actúa con mayor rapidez que los fármacos y, es el tratamiento apropiado para pacientes seriamente deprimidos. Es eficaz por lo menos en un 80% de enfermos con psicosis depresiva. Si el paciente presenta delirio, es mejor el tratamiento TEC que aquel en que se emplean fármacos tricíclicos. (52)

El tratamiento a base de antidepresivos en combinación con TEC continuado por lo menos durante seis meses, reduce el riesgo de una recaída y, disminuye el número de

tratamientos que se harían necesarios en cada caso de que se empleara únicamente la TEC.

3. Psicoterapia: Existen algunas pruebas de que la psicoterapia por sí sola o combinada con fármacos es eficaz en casos de neurosis depresiva. (Weissman, 1979)

En casos de psicosis depresiva por lo general se considera inadecuada una psicoterapia intensiva porque con ella es posible que aumenten los sentimientos de culpa y de invalidez del paciente, sin lograr curar los delirios o alucinaciones.

4. Leucotomía: Se utiliza sólo en casos de larga duración en los que no se ha respondido a ningún otro tratamiento.

Tiene un índice de éxito del 70%. (53)

Psicofarmacología:

Los antidepresivos no son de gran utilidad en casos de infelicidad provocada por problemas sociales. La enfermedad depresiva tratada con antidepresivos puede requerir

entre tres y cuatro semanas para responder.

Los efectos colaterales, las reacciones alérgicas - pueden afectar cualquier sistema del cuerpo, se puede desarrollar tanto tolerancia al fármaco como dependencia, - el fármaco puede interactuar con otros fármacos o con el alcohol.

Existe mayor peligro, en lo que a efectos colaterales se refiere, en pacientes ancianos o en quienes sufren una enfermedad física.

Los fármacos psicotrópicos en mujeres embarazadas o que amamantan a su hijo se usarán sólo si se considera - que son indispensables aunque no hay pruebas de que dichos fármacos utilizados en la actualidad provoquen alguna lesión grave al niño.

Los fármacos psicotrópicos constituyen el medio más comúnmente empleado en casos de autoenvenenamiento deliberado y, por lo tanto, no se deben de recetar grandes dosis a pacientes que han presentado tendencias suicidas.

Los tranquilizantes leves que se emplean en casos de ansiedad o de insomnio, de preferencia que deben adminis--

trarse sólo durante pocas semanas, cada vez que sean necesarios. Los antidepresivos por lo general se aplican a casos cuyo tratamiento debe durar varios meses. El tratamiento a base de litio para profilaxis en caso de trastorno afectivo, así como los neurolepticos empleados para tratar esquizofrenia, generalmente se usan en forma continua durante varios años, aunque es posible tener que interrumpirlos cuando se desarrollan efectos colaterales graves a largo plazo.

2.9 Principio y evolución del cuadro clínico

Al comienzo del cuadro clínico depresivo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con algún problema serio de tipo económico, familiar, laboral o sentimental. A este tipo de cuadros depresivos se les llama reactivos. (54)

En ocasiones, el comienzo del cuadro es insidioso, sin motivo aparente que lo justifique; el mismo paciente se sorprende de sentirse triste al considerar que, por el contrario todo ocurre para estar feliz, a este cuadro se le llama depresión endógena. (55)

En algunos casos, el inicio del cuadro no puede precisarse ya que el enfermo no fija la atención en un estado emocional sino en molestias físicas.

En relación con el curso del padecimiento, algunos pueden evolucionar espontáneamente hacia la curación o mejora, pero tienden más a la cronicidad sino se efectúa un tratamiento adecuado; la magnitud de las molestias varían, pueden ser ligeras o perturbar seriamente al paciente.

Se llama..... Madre:

Estaba Dios muy pensativo un día, con un trozo de arcilla entre sus manos, y le fue dando forma lentamente hasta que vio surgir ante sus ojos: un cuerpo hecho de barro. Le formó con paciencia y gran acierto, y los labios con un pétalo de rosa, y a su voz dió ternura y claro acento. Luego en pecho realizó un prodigio, - de amor, que sólo brota en el momento preciso al transformarse en alimento.

Seguro el Sr. de su actitud creadora le dijo: Mujer de tí saldrá la humanidad entera todo ser que camine por el mundo, que razone y palpite, cante o lllore.

Sabrás en cualquier momento de su vida; - que tú fuiste su punto de partida, porque el milagro formará en tu vientre, la más sublime inspiración viviente.

Declinaba la tarde cuando estuvo satisfecho Dios, de lo que hacía, le dió final un soplo de vida y la puso a la vera del camino.

CAPITULO III

PLANEACION DEL PROGRAMA PARA DISMINUIR LA DEPRESION
DESPUES DEL PARTO EN MUJERES

Marco de referencia, conceptual y metodología:

A continuación se describirán los objetivos del programa y del modelo (KEHP) en el cual estuvo basado dicho programa.

Se dan también algunas sugerencias para un mejor manejo del programa que se espera sea leído detenidamente por todos aquellos profesionistas que lo vayan a aplicar, como pueden ser: psicólogos, médicos, terapeutas familiares, - consejeros matrimoniales, psiquiatras, y trabajadores sociales y sea aplicado en: clínicas, D.I.F. e instituciones que se ocupan de orientar a parejas (matrimonios) próximos a ser padres.

3.1 Establecimiento de objetivos:

1o. Brindar información a la pareja acerca de la situación biopsicosocial del embarazo.

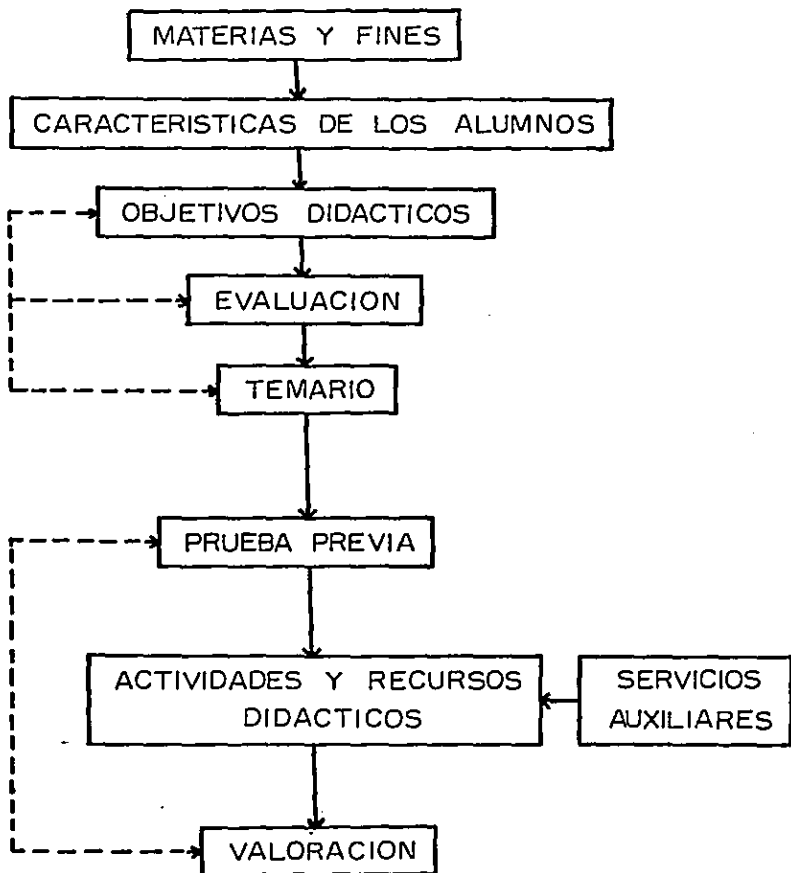
2o. Concientizar a cada miembro de la pareja acerca de la importancia de su rol dentro de la situación de embarazo (evolución y desarrollo del niño, situación familiar, ambiente emocional estable en la pareja, etc.).

Objetivo consecuente:

1o. Propiciar que el padre participe más activamente en el desarrollo del embarazo brindando apoyo emocional a la madre durante esta etapa.

2o. Disminuya la depresión postparto, en la mujer.

MODELO DE JERROLD KEMP



3.2 Enfoque metodológico para la elaboración del programa para disminuir la depresión después del parto, en mujeres:

El presente programa se basará en el modelo instruccional de Jerrold Kemp.

Se seleccionó este modelo por considerarse el más -- adecuado y didáctico para el tipo de problema que se trata.

Además porque este modelo, en su estructuración, se adapta a las necesidades e intención del programa.

La planificación de un programa es un proceso complejo, por ello se ha elegido el modelo instruccional de -- Jerrold Kemp (modificado) como base para la elaboración -- del programa.

Este modelo consta de las siguientes etapas:

1. Metas:

Son los propósitos o fines que se pretenden alcanzar mediante la elaboración del programa por el investigador.

2. Características de los sujetos:

Son los sujetos que pueden afectar el desarrollo de la actividad, por tanto, es necesario conocerlas tales como; limitaciones ambientales, grado de capacidad para - trabajar en grupo, campo de atención, interés, condiciones socioeconómicas, capacidad intelectual, clase social, etc.

Estos aspectos pueden obtenerse por observación directa, cuestionarios, prueba previa, etc.

3. Objetivos didácticos:

Debe establecerse de antemano lo que se espera - que las mujeres aprendan o realicen, cuales deben de ser sus cambios después de la información o instrucción dada.

Los objetivos se clasifican en tres categorías o dominios según Bloom:

Dominio cognoscitivo, cuyos objetivos están relacionados con los conocimientos de los sujetos y sus capacidades intelectuales; es el que mayor importancia tiene en - los sistemas educativos.

Dominio afectivo comprende los sentimientos y emocio

nes expresadas como actitudes y apreciaciones.

Domino psicomotor se refiere a la capacidad de usar y coordinar los músculos.

4. Evaluación:

Se refiere a como se va a medir el aprovechamiento y de que manera se va a comprobar el logro de los objetivos.

5. Temario:

Este debe ir encaminado al logro de los objetivos y a cubrir las necesidades del sujeto. Deben especificarse, los temas o unidades que se desean cubrir a través del programa.

El temario comprende el conocimiento (datos y detalles Informativos), los aspectos prácticos (procedimientos paso por paso, condiciones y requisitos) y los factores actitudinales del tema.

6. Pre-evaluación:

Consiste en realizar una prueba previa con el fin de saber si los sujetos están en condiciones de iniciar -

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

el programa.

El análisis del resultado de las pruebas previas puede ayudar a hacer modificaciones al planteamiento didáctico.

7. Actividades y recursos didácticos:

Se refiere a la selección de los medios y recursos, que es necesario elegir, para que a través de ellos se proporcionen las experiencias de aprendizaje.

8. Servicios Auxiliares:

Es decir que podemos valernos de otros medios para lograr cada uno de los objetivos.

3.3 Recomendaciones para el uso del programa:

Encuadre:

Lugar.- Salón amplio, con sillas puestas en círculo, ventilado, iluminado, tranquilo.

Horario.- Las sesiones serán con duración de una hora y 30 minutos, una sesión por semana, durante ocho semanas. La sesión octava tendrá una duración de dos horas, - se pide una asistencia regular con el fin de no alterar el proceso grupal, además de que deben ser puntuales. Se lle vará un control de asistencia.

Grupo cerrado.- Durante el trabajo en grupo no se - permitirá la presencia de niños, para facilitar la expresión de las madres.

Función del equipo coordinador.- Se debe de aclarar al grupo la función de cada uno de ellos.

Grupo cerrado.- A partir de la segunda sesión no se permitirá la entrada a ninguna pareja o persona, a fin de mantener la estabilidad del proceso grupal.

Solicitud al grupo:- Discreción ante lo hablado en el grupo, con la intención de bajar la ansiedad persecutoria y la incrementación de mayor libertad para hablar y - preguntar.

Para el expositor: Se recomienda lea el anexo, pág. 263 para que se capacite en algunos temas indispensables

para el uso del programa.

Presentación:

Se iniciará este paso con la presentación de cada padre y de la explicación de como fué que llegaron a integrarse al programa. El objetivo es explicitar desde el inicio una responsabilidad de lo que conlleva su presencia en dicho programa, todo esto para favorecer un mayor compromiso en cada pareja o madre.

Así mismo, lo que esperan del programa y sus expectativas como padres en relación al tema. Después de que cada participante expone lo anterior, se permiten preguntas y respuestas ante aspectos encontrados en común, con los demás participantes señalando aquellos puntos que coinciden con el grupo.

Este programa deberá llevarse a cabo con la pareja (ambos padres) o las madres solas, pero lo ideal es que se intentará que la pareja tome junto las sesiones para favorecer la retroalimentación.

Los grupos serán de quince personas máximo.

Se deberá estimular a las madres para que por sí mismas complementen la información que se les dará a través del programa.

Nivel socioeconómico medio bajo, medio y alto.

Escolaridad mínima secundaria.

En la primera sesión se dará la dinámica de los cubos a fin de romper el hielo entre los participantes y conocerse.

Encargada del curso será una psicóloga clínica que domine el tema y esté en contacto continuo con los participantes para que favorezca la retroalimentación.

Se contará también con un médico ginecólogo que brinde una información más específica en lo relacionado a la medicina fisiología, reproducción del feto, entre otros temas a tratar y según las necesidades que se planteen en el grupo.

Se aplicará a mujeres o ambos padres de la ciudad de La Paz, Baja California Sur, que asisten al Hospital General Juan María de Salvatierra, perteneciente al gobierno

por lo que se considera existirá una buena población que desee acudir al curso.

También se contará con el apoyo de una trabajadora social que ayudará a captar los datos para invitar a participar en el curso a las madres o parejas, además de llevar un seguimiento y lista de asistencia.

Se hará una invitación en general a la comunidad de esta ciudad por medio de carteles y se explicará a los médicos los temas a tratar para que ellos mismos estimulen a las pacientes que acuden a sus consultas.

**ESTRUCTURA Y DESARROLLO DEL PROGRAMA
PARA DISMINUIR LA DEPRESION DESPUES DEL PARTO
BASADO EN EL MODELO INSTRUCCIONAL DE
JERROLD KEHP**

CAPITULO IV

Introducción

La maternidad es un don, el cual la mayoría de nosotros, no le damos la importancia debida, dado que no poseemos una adecuada información, de lo que sucede en realidad durante el embarazo y parto.

Pero existen algunos casos en que la depresión, es causante de ciertas desadaptaciones tanto en la madre como en el bebé.

El embarazo señala una etapa esencial en el proceso de maduración desde la niñez hasta la plenitud en la vida adulta.

De este modo, cuando la mujer se embaraza responde a un llamado biológico y psicológico. Su cuerpo ha estado expresando la necesidad biológica de la maternidad.

El embarazo es una crisis, porque los cambios que entraña son drásticos y absolutos. Es una época en la cual una mujer debe repasar tanto su pasado como futuro. Debe comparar sus ideas acerca de su propia condición de mujer, de su femineidad, y de ella misma, como madre, así como las relativas a su madre y padre, esposo, lo que cree ha-

ber aprendido de ellos con lo que ahora descubre que se espera de ella.

Existe una callada regla entre las mujeres en el sentido de no decir a la primeriza lo que debe de esperar durante el parto, a fin de no atemorizarla de antemano. Por otro lado, un sentimiento contrario establece lo injusto de dejar que una mujer llegue a su primer parto en la más completa ignorancia. Al mismo tiempo, las enfermeras que siguen las tendencias antiguas hablan de los "dolores", preguntando a la futura madre durante la labor de parto, ¿Que tan seguido siente los dolores?

El resultado es un estado confuso de conocimientos a medias que predisponen a las futuras madres. Muchas mujeres que llegan al parto sin saber nada y sin haber recibido el beneficio de unas buenas clases sobre el tema, se hallan completamente impreparadas para enfrentarse a lo que les pasa.

Con frecuencia esto da lugar a una sensación de irrealidad. De esto difícilmente resultaría cualquier buen augurio para la fácil aceptación posterior de la maternidad.

En el presente programa de depresión después del parto en mujeres se ha estructurado y conjuntado técnicas, cursos, mesas redondas, simposios, que tienen como fin -- ayudar a disminuir la depresión en las mujeres y tratar -- de superarla.

Como verá, este programa no sólo trata lo relacionado a la depresión después del parto, ya que como se ha -- visto en las madres influyen muchos más factores como serían la nutrición, cambios fisiológicos, fisiología del -- embarazo y del feto, aspectos psicológicos de la crisis -- del postparto, lactancia, entre otros.

El programa se ha dividido en diferente unidades, ca -- da cual corresponde a aspectos relacionados con la depre -- sión después del parto que también se ven afectados.

Cada unidad posee sus objetivos particulares, afecti -- vos y específicos, así como las actividades sugeridas pa -- ra estimular el área que se está tratando.

El orden de presentación de las unidades, no indica -- la importancia de cada área, pero es bueno hacer énfasis -- que en este programa se da especial atención a la depre -- sión que afecta al parto.

UNIDAD I

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CRISIS DEL POSTPARTO

Al finalizar el curso, las mujeres opinarán en forma oral sobre la importancia de los aspectos psicológicos y sus causas durante el embarazo.

1.1 Las mujeres serán capaces de conocer el significado de la maternidad, mediante la asistencia a las dinámicas grupales con un 90% de acierto.

1.1.1 Las mujeres serán capaces de analizar el proceso de unión que existe entre el bebé y la madre, en forma oral, con un 80% de acierto.

1.2 Será capaz de opinar en forma oral sobre su propio punto de vista acerca del cuidado del bebé, en un tiempo máximo de 60 minutos.

1.3 Las mujeres distinguirán por escrito los cambios emocionales durante el embarazo, con un 90% de acierto.

1.4 Las mujeres serán capaces de analizar en forma oral las emociones que experimentan durante su estado gravídico, en un tiempo máximo de 60 minutos.

1.5 Las mujeres distinguirán la diferencia entre su pro-

pio conocimiento de la paternidad y el interés por comprenderla en el cuidado del bebé, en forma oral, durante el curso.

1.6 Las mujeres definirán su propio concepto acerca de la maternidad, en forma oral, con un 90% de precisión.

1.7 Las mujeres serán capaces de conocer la crisis que sigue al postparto, mediante su asistencia al curso, en un tiempo máximo de 90 minutos.

1.7.1 y los factores predisponentes que lo originan.

1.8 Las mujeres serán capaces de opinar en forma oral sobre sus propias emociones que le suceden durante el embarazo, con un 90% de acierto.

1.9 Las mujeres serán capaces de escuchar los comentarios de las madres durante la experiencia en el trabajo de parto en un tiempo máximo de 30 minutos.

1.10 Serán capaces de analizar mediante una discusión con las demás madres las consecuencias que tiene la falta de información con respecto a la maternidad, mediante la asistencia al curso.

1.11 Las mujeres serán capaces de hacer un enlistado sobre los puntos más importantes que la madre considere en el cuidado del bebé y de sí misma, en forma escrita, en un máximo de tiempo de 15 minutos.

1.12 Las mujeres serán capaces de analizar la importancia que tiene la lactancia durante la crisis del postparto, mediante su asistencia al curso, con un 90% de acierto.

1.12.1 y de conocer los beneficios que tiene la lactancia en el bebé y en el estado de ánimo de la madre.

1.13 Será capaz de identificar las necesidades del recién nacido después del parto a través de su asistencia al curso, con un 80% de acierto.

1.13.1 y atenderá sus propias necesidades como futura madre.

Experiencias de aprendizaje:

1. Elaborará su propio concepto acerca de la maternidad y de la paternidad.

2. Participará en una discusión acerca de la importancia de la lactancia y de sus beneficios después del parto.
3. Investigará las causas de sus estados de ánimo, el porqué cambian durante el embarazo y la mejor manera de cuidar a su bebé.

Técnicas de Enseñanza:

Dinámica grupal,
Simposio,
Exposición.

Recursos Didácticos:

Diapositivas
Cartulinas
Pizarrón
Videos

Tiempo:

5 horas

Bibliografía:

Manual del embarazo después de los 30 años.

Brewer, Gail Sforza.

Edit. Diana. México, 1981.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CRISIS DEL POSTPARTO**TEMARIO****Definición****Objetivos generales**

- A). El embarazo como una etapa de la paternidad.
- B). El concepto del propio conocimiento y del propio interés.
- C). La crisis que sigue al parto.
 - 1. Las emociones durante el embarazo y parto.
- D). La lactancia materna actúa como antídoto para la depresión después del parto.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CRISIS DEL POSTPARTO

Los hijos en ninguna época de sus vidas son tan absolutamente vulnerables y dependientes de sus padres como durante este período.

Es mucho más difícil darse cuenta de lo importante que es el embarazo para los adultos que deben convertirse en padres durante esa época.

Los actos mismos tan reales de la paternidad que se han desempeñado o no durante el embarazo, tienen efectos perdurables, tanto en los padres como en el hijo.

Al preocuparse en forma consciente por el bebé antes del momento de su nacimiento, los padres pueden desarrollar hasta su potencial máximo todas las oportunidades que proporciona el embarazo para un enriquecimiento y crecimiento personales. (63)

Sin embargo, al igual que su bebé, los futuros padres corren algunos riesgos durante el embarazo. A menos que reconozcan la necesidad de una paternidad activa, podría restringir el desarrollo de su bebé y el de sí mismo, con resultados negativos que son tanto inmediatos como perdura

bles. Pero a pesar de ello, en nuestra sociedad actual - los futuros padres cuentan con muy poca ayuda para considerar el embarazo como una época profundamente satisfactoria por derecho propio en vez de ser simplemente una larga espera del gran acontecimiento.

De muchos modos, aún cuando experimentamos una cierta satisfacción por el nacimiento mismo, parecía que el embarazo pasa totalmente inadvertido para la mayoría de los padres modernos, como algo que se ignora absolutamente, - - excepto como una cuestión médica que está a cargo de los doctores. Las mujeres embarazadas reciben muy poca atención como individuos pensantes y con sentimientos. Aún -- aquellos médicos con tendencias más humanistas se inclinan a considerar al embarazo como:

Una interacción entre cuatro puntos importantes; la paridad de una mujer (el número de partos previos que ha tenido), la pelvis, el perineo (el tejido que circunda la vagina), y su psicología. (Berk, Howard Dr.)

Sin embargo, los padres no tienen necesidad de estar de acuerdo con la forma común de considerar el embarazo. - Si buscan obtener lo máximo de esa experiencia, llegarán a considerarla en forma diferente. Como describieron Libby

y Arthur Colman en *Pregnancy: The Psychological Experience*.
(Nueva York, 1973):

"El embarazo no es una experiencia estática ni breve, sino más bien de crecimiento, cambios y enriquecimiento, una época durante la cual la vida propia causa un impacto directo en los procesos psicológicos y fisiológicos más básicos, cuando las abstracciones tales - como fertilidad, logro y muerte se convierten en una preocupación más inmediata y personal, tan satisfactoria como desafiante, ya que, al final, habrá, literalmente, una nueva vida, tanto para los padres como para el bebé." (64)

A). El embarazo es una etapa de la paternidad:

Son muy raros los programas para el enriquecimiento del embarazo; las clases tradicionales para el parto están enfocados hacia el trabajo de parto y el parto. Aún el material de lectura que trata del embarazo fuera de los temas de salud es muy escaso.

Las clases de paternidad ponen de relieve los penas y placeres de vivir con los pequeños bebés.

Nuestro enfoque es considerar el embarazo como una etapa de la paternidad, como lo haría con cualquier otro aspecto vital de sus vidas. Si usted está embarazada ya ha empezado a ser madre; usted y su esposo han ganado el título de madre y padre, mediante su decisión de seguir adelante con ese embarazo. Ya han empezado a formar a su bebé y ustedes mismos se han visto sometidos a algunos cambios.

Hoy en día hay disponibles numerosas opciones para los futuros padres, los cuales tratan de las decisiones durante el embarazo. Es posible colocarse en una posición sumamente favorable, tanto física como emocionalmente, al participar hasta el máximo en todas las fases del embarazo y del parto.

Usted tiene un control absoluto sobre los factores decisivos que afectarán, en una forma directa, la salud de la mujer y la de su bebé; nutrición, ejercicio, educación, cambios emocionales y la selección de atención médica.

Decir "no" y "sí" es una parte vital del desarrollo humano, que los padres deben comprender y aceptar en sus hijos. Estas aseveraciones forman el proceso necesario para llegar a convertirse en un individuo, para crecer inde-

pendientemente de los propios padres, y hacer frente a los desafíos que nos ofrece la vida en una forma independiente.

En breve, es una forma de decir: "Yo me pertenezco, quiero tener derecho a expresar mi opinión en cuanto a la forma en que esto debe de manejarse".

A medida que empezamos a convertirnos en padres, nosotros también experimentamos la necesidad de decir "¡yo!", a nosotros mismos, a nuestro hijo y a la sociedad. Es un paso básico en el desarrollo de nuestras características individuales como padres. Uno de los resultados más importantes es que el padre perciba la paternidad como una parte integrante de su persona, no simplemente como una obligación, una tarea o un papel en la sociedad.

El padre y la madre empiezan a sentirse unidos a su hijo, a tener la impresión de que su hijo es intensamente importante, a experimentar la necesidad de proteger y educar a su bebé y descubren una gran medida de autoafirmación en su relación.

Marshall Klaus y John Kennel señalan que el proceso del lazo de unión entre madre e hijo, es el siguiente:

"El poder de este lazo de unión es muy grande, que permite al padre y a la madre hacer los sacrificios más extraordinarios que sean necesarios, para el cuidado de su hijo, día tras día, noche tras noche. Este lazo de unión es el manantial del cual surgen todos los lazos de unión posteriores del bebé, y es la relación formativa en el curso de la cual el niño llega a desarrollar un sentido de sí mismo". (65)

Las variaciones entre los individuos son enormes, por lo que las relaciones entre los padres e hijos no se prestan a reglas de comportamiento prescritas; puesto que cada relación es un dar y recibir dinámico en un constante cambio.

Un obstáculo final para la individuación paterna se encuentra, no en la sociedad como un todo, sino en el interior de nosotros mismos.

La mayoría de nosotros vacila, en una etapa o en otra, a medida que asumimos la responsabilidad absoluta de un hijo.

Los padres simultáneamente acogen con beneplácito y se resisten a los cambios que son inevitables a medida que

empezan a convertirse en padres.

Los padres muestran su ambivalencia acerca de estos cambios, y sus imperativos y confían en sus propios recursos de muchas maneras.

Al ofrecer asesoramiento, nuestros principales esfuerzos están encaminados hacia la liberación de los padres, de los "debería y tendría" de nuestra sociedad, tanto antiguos como nuevos, y a fomentar en ellos la confianza en sus propios sentimientos y sentido común.

Aún cuando requiere un gran esfuerzo, la habilidad de decir, "sí" es un paso fundamental para convertirse en padre.

Si para muchos padres es difícil vivir en el presente durante la infancia, niñez, etcétera, es todavía más difícil durante el embarazo.

De acuerdo con nuestros mitos culturales, el embarazo es mirar hacia el futuro. No se le concede ningún otro significado, de no ser como un acontecimiento médico y biológico. También es agradable verse metidas en los problemas como, náuseas, hemorroides y sueños aterradores.

Contra estos antecedentes, es de sorprender que todavía podamos escuchar observaciones parecidas a ésta: Ah! disfruté tanto cuando estuve embarazada; me sentía como un milagro ambulante. O bien como escribe Libby Colman en - *Pregnancy The Psychological Experience*:

"La emoción de llevar en el seno a un bebé invisible durante el primer trimestre es tan intensa y romántica como enamorarse. Ocasiona los mismos brotes de alegría, el mismo deseo intenso de cantar, la misma sensación de ser más especial - que nadie en todo el mundo. Si esa felicidad - comienza a desvanecerse, se ve renovada por los primeros movimientos del bebé, ya que ahora la - mujer tiene una posibilidad de enamorarse nuevamente de su estado." (66)

Por último, durante el noveno mes, la mujer alcanza - una de las fases más llenas de beatitud en la existencia - humana.

Adquiere una forma física que ha estimulado no solamente al arte, sino también la adoración a todo lo largo - de los tiempos.

B). El concepto del propio conocimiento y del propio interés.

Se requiere algo de valor simplemente para mencionar el propio interés, en la misma frase que decimos paternidad, en vista de las creencias de que la paternidad es desinteresada, delicada, preocupada por encima de todo el futuro del niño, y preocupada por proporcionar la educación "adecuada". Pero sin prestar atención a sus propias necesidades, los padres pueden sabotear sus esfuerzos para actuar bien con respecto a sus hijos.

Desde que contamos con los anticonceptivos y con el aborto, un número cada vez menor de personas se convierten en padres, lo hacen porque así lo han decidido. Quieren amar a sus hijos y a su vez, ser amado, los prepara para amar realmente, para ese dar y recibir el amor, sobre una base cotidiana.

Con demasiada frecuencia los padres no se conocen suficientemente a sí mismos para saber que es lo que pueden dar. Tienen la impresión de que deben dar como padres, -- sin importar si el hecho de dar se adapta o no a sus necesidades personales.

Todavía es más sencillo verse atrapada en el papel de la "embarazada" que en otras fases de la maternidad, esto despersonaliza la relación con su bebé más que en cualquier otra etapa de la maternidad. El niño parece no existir, y parece imposible que pueda establecer una comunicación directa.

No obstante, pueden dar un paso más allá de preguntar se como será su hijo, y empezar a conocer a ese niño que es suyo.

Se ha considerado durante mucho tiempo, el embarazo como una época de pasividad y espera, que por ello se ha hecho muy pocos esfuerzos para confirmar esas observaciones y describir el comportamiento fetal en relación con el comportamiento entre el padre y la madre y en relación con el comportamiento del bebé después del nacimiento.

Es muy útil tener una idea de lo que es la vida dentro del seno materno.

El enfoque experimental a la paternidad toma en cuenta las necesidades de la madre, con objeto de descubrir lo que es adecuado para ella y su bebé, tomando en consideración el hecho de que ambos son individuos únicos y cambian

tes. Este método es usual durante el embarazo en lo que respecta a elegir y asegurar las propias necesidades de atención médica y de educación para el parto. También es muy valioso para establecer las relaciones con amigos y con la pareja, y para desarrollar un estilo de vida que satisfaga las nuevas necesidades propias de sueño y reposo, de una nutrición excelente, de ejercicio, trabajo y juego, de actividad sexual, etc.

La paternidad incluye numerosos placeres: sexo, juegos, lactancia maternal, compartir logros, crecimiento personal, amor y todos estos placeres que estrechen el lazo de unión entre el hombre, la mujer y el niño, de manera que pueden satisfacer una amplia gama de necesidades, incluyendo las relacionadas con la sobrevivencia, el crecimiento personal, y el hecho de descubrir un significado en la vida.

C). La crisis que sigue al parto

Cada fase de la paternidad, igual que la vida humana como un todo, tiene la semilla de las fases siguientes. Además de su presente, cada fase tiene un pasado y un futuro. La etapa previa a los hijos en el matrimonio, propor-

ciona una estructura psicosocial conducente a la concepción y al embarazo.

El embarazo establece un patrón de paternidad y de continuar como una familia, el cual incluye en el comportamiento de la unidad después del parto, así sucesivamente a lo largo de cada una de las etapas del ciclo de vida familiar.

Varios escritores han observado que los padres que retrasan la venida de sus hijos, parecen tener más dificultad que los demás en lograr la transición de la paternidad durante el embarazo a la paternidad cuando el bebé ha llegado. No importa mucho si esto es una diferencia real, -- puesto que la mayoría de los padres, lo haya propuesto o no, lo encuentran que lo más o menos las seis primeras semanas de vida en compañía de un bebé son una época de crisis.

La crisis del postparto, se le llama, cuando tiene muchas causas. La recuperación después de dar a luz es una de esas causas, y puede incluir fatiga persistente, cambios físicos y hormonales, dolor y tirantez, sensibilidad emocional y depresión.

Un tremendo sentido de responsabilidad abrume a la mayoría de los padres, a medida que van despertando el hecho de que hay un ser humano pequeñito e indefenso que depende absolutamente de ellos para vivir y recibir amor.

Esta comprensión normalmente conduce a sentimientos de falta de adecuación que a su vez, crean una urgencia -- frenética para aprender todo lo necesario a fin de satisfacer todas y cada una de las necesidades del bebé.

Hacer frente a los llantos de un bebé y a otros ruidos, es una experiencia nueva y que, por sí solo, destroza los nervios. Pero el aprendizaje de lo que significan -- esos llantos y otros ruidos, saber que hacer acerca de -- ellos, y comprender en cuales ocasiones no se suma a la alteración del bebé en vez de ayudarlo, es algo que requiere tiempo y esfuerzo, es una época en cuando no abundan mucho, ya esto se añade a la tensión del padre y de la madre en sus relaciones como pareja.

La crisis del postparto se presenta inesperadamente a la mayoría de los nuevos padres, debido que no han tenido una información previa. Esta lucha para hacer frente a la recuperación física del parto, el nuevo bebé y al yo adulto, está oculta de las miradas públicas detrás de cuatro -

paredes.

Las innumerables emociones poderosas que evoca esta experiencia, enojo, frustración, depresión, confusión, temor, culpabilidad, no son algo que los padres se sientan inclinados a reconocer y discutir con los demás, puesto que hacerlo así sería ir en contra de un comportamiento socialmente aprobado para los padres, y constituiría una admisión de fracaso.

También casi todos los padres están absorvidos en la sobrevivencia, que no comparten sus experiencias con los demás y, de hecho no tienen mucho contacto con personas ajenas al hogar durante esa época. La falta de exposición a la paternidad de nuevos bebés conduce a una preparación deficiente durante el embarazo, lo cual se mezcla considerablemente con la situación tan tensa de la paternidad después del parto.

La reacción tardía doble de antes y después es bastante típica. Aparentemente el embarazo y el parto captan la atención de los padres, sin dejarles mucho tiempo para que consideren a la paternidad como el continuo que es. Una madre comentaba que esta obsesión por el parto y la ceguera hacia la paternidad del recién nacido, es como presen--

tar atención a la puerta que a lo que se encuentra detrás de ella.

Sin embargo, todavía hay esperanzas. Varios escritores han descrito la forma en que los padres han suavizado la transición desde la paternidad durante el embarazo hasta la paternidad con el bebé incluyendo: lecturas, asistir a clases, buscar ayuda, unirse a grupos formados por nuevos padres, limitando otros compromisos durante las primeras seis semanas tan críticas, apartando momentos especiales para charlas íntimas para complacerse, programando algo de tiempo para que cada uno de los padres pueda estar a solas, compartiendo las tareas de la paternidad siempre que esto sea posible.

Gordon y Kapostin desarrollaron una serie de pautas para que los padres que esperan un hijo las empleen para planear anticipadamente en espera de la crisis del postparto.

Aparecieron en el Journal of Obstetrics and Gynecology. (1965).

- * Obtenga ayuda de su esposo y de amigos responsables.
- * Haga amistad con otras parejas que tengan experiencia en la educación de los hijos.
- * No se abrume a sí misma con tareas que carezcan de importancia.
- * No se mude de casa después del nacimiento del bebé.
- * No se preocupe en exceso por mantener las apariencias.
- * Trate de obtener mucho reposo y sueño.
- * Consulte con su esposo, con sus familiares o con otras personas durante este periodo, sus planes y preocupaciones.
- * No abandone sus intereses externos pero disminuya las responsabilidades y vuelva a arreglar los horarios.

La paternidad se inicia con el embarazo, ya sea que los padres reconozcan este hecho o no. La calidad de la

paternidad llevada a cabo durante el embarazo afecta tanto el resultado físico como psicológico del mismo. Probablemente es más importante para el bienestar de los padres, del hijo y de la familia, que cualquier otro factor individual.

Sin embargo, con frecuencia se ignora o malinterpreta la importancia de la paternidad durante el embarazo proyectándola hacia un papel más insignificante de apoyo. Para que la paternidad durante el embarazo satisfaga hasta el máximo su potencial para crear familias saludables y fáciles, los padres deben asumir responsabilidad de actualizar para sí mismo el embarazo en todas sus fases.

D). La lactancia materna actúa como antídoto para la depresión después del parto.

La depresión que sigue al parto, esa tristeza con frecuencia acompañada de accesos de llanto y una sensación de inutilidad, hasta cierto punto es bastante común en nuestra cultura después del nacimiento del bebé.

No es sorprendente ver a una madre que reacciona con tristeza cuando su bebé, que ha sido parte de ella durante

nueve meses, es llevado a una sala de cuna y alimentado - por otros, quienes con frecuencia le dicen que no importa quién alimente a su bebé, puesto que de cualquier manera, el bebé es incapaz de percibir la diferencia.

Naturalmente que una madre que está amamantando a su bebé recién nacido tiene mayores probabilidades de sentirse necesitada, útil y especial, y aún vital para el desarrollo físico y emocional de su bebé. Tiene menos probabilidades de sentirse deprimida y más de estar a la disposición de su hijo.

La práctica de la lactancia materna con su bebé también ofrece una oportunidad única para compartir una relación íntima, amorosa y llena de emociones con su propio hijo. (67)

Puede observar como cambia y crece su bebé hasta llegar a convertirse en una persona independiente con sus ideas propias.

Puede compartir con él los numerosos descubrimientos emocionantes que hace, y la alegría que va unida a ellos, descubrir que es capaz de mover sus piernas, una después de otra, de gatear, de alcanzar el objeto que desea, de

ponerse de pie para contemplar el mundo desde una etapa - de posición más ventajosa, y cambiar una muñequita de tra - po de una mano recorriendo todo el camino hasta la otra - por sí sola.

El nacimiento físico de un infante crea a un indivi - duo físicamente separado, pero el recién nacido todavía - depende totalmente de su madre, o de un sustituto materno a fin de satisfacer sus necesidades tanto físicas como - emocionales.

El infante recién nacido tiene necesidades que lo es - trechen sus brazos, de oler, de sentir el calor y de escu - char el latido del corazón de su madre.

Necesita mamar, tocar y ser tocado y tener un contac - to visual. Además de todo esto, tiene necesidad de una - relación amorosa constante con una sola persona, alguien que pueda ofrecerle seguridad, que se adapte a sus necesi - dades cambiantes y que, gradualmente lo introduzca en el mundo externo.

Los primeros años de su vida extrauterina son años - de un desarrollo extremadamente rápido. Antes de que el infante haya llegado al año de edad, habrá más que tripli -

cado su peso de nacimiento, sabrá sentarse, gatear, estar de pie y empezar a caminar. También podrá distinguir - - quien es su madre y se sentirá cómodo en su presencia; reconocerá a los demás como extraños y comenzará a percibirse a sí mismo separado de su madre.

Durante este período de desarrollo físico y emocional extraordinariamente rápido, el niño requiere una gran abundancia de apoyo tanto desde el punto de vista nutricional como emocional.

La lactancia, una relación amorosa muy íntima entre - dos seres humanos está diseñada en forma única para la satisfacción de las necesidades nutricionales y emocionales del bebé, así como las necesidades emocionales y físicas - de la madre.

UNIDAD 11

NUTRICION

Introducción

La comprensión de la forma en que funciona su organismo durante el embarazo proporciona una base para establecer un programa adecuado de nutrición. Durante esta etapa, su cuerpo sufre cambios dinámicos. Algunos de ellos, como el aumento en el volumen de senos y su vientre. Pero - - otros, como son visibles, rara vez están presentes en la mente de la madre.

De hecho, a muy pocas mujeres se les informa de que - estos cambios tienen mucho que ver con el éxito de su embarazo, y que son de una importancia primordial desde el punto de vista de la nutrición.

Hoy en día, a pesar de la creciente comprensión de la importancia de la nutrición de parte de numerosas personas, todavía es motivo de debate el aspecto relacionado con la dieta que se debe seguir durante el embarazo. Sin embargo, la persona a quién la mayoría de las mujeres acude en busca de información precisa, es su médico, a menudo parece - incapaz de contestar, en forma satisfactoria las preguntas concernientes a la nutrición. (68)

Tres aspectos son decisivamente importantes:

1. El desarrollo de la placenta.
2. La expansión del volumen sanguíneo, y
3. La exigencia que en forma creciente se ejerce sobre el funcionamiento del hígado.

Cualquier dieta que se recomiende durante el embarazo que pase por alto estos ajustes necesarios, puede llegar a crear problemas tanto a la madre y el bebé.

La placenta es un órgano único del embarazo. Empez a formarse durante las primeras semanas de la concepción, a fin de permitir el paso de nutrientes, oxígeno y productos de desecho entre la madre y el bebé.

Las matrices planas y flácidas son muy comunes en las mujeres que tienen una alimentación deficiente, y son responsables de la mayor incidencia de partos prolongados y dolorosos que sufren estas mujeres.

La calidad del parto está directamente relacionada con la calidad de la dieta durante el embarazo. Las proteínas y vitamina C, son de especial importancia en el crecimiento y fortaleza del útero ya que ambas son esenciales -

en la síntesis del colágeno. (69)

Es mucho menos probable que un útero fuerte requiera la estimulación artificial por medio de medicamentos durante el trabajo de parto, a fin de dar origen al nacimiento del bebé. Esto disminuye las posibilidades de que la madre requiera medicamentos para el dolor, ya que las contracciones uterinas no aumentarán debido a los medicamentos, hasta el punto de volverse intolerablemente fuertes.

Objetivos particulares:

Al finalizar el curso, las mujeres serán capaces de -
valorar la importancia de la nutrición, en el embarazo y
en el parto, mediante su asistencia al curso, con un 90% -
de acierto.

Las mujeres se formarán un criterio propio acerca de
la importancia de la nutrición, mediante su asistencia al
panel, en un máximo de 90 minutos.

A). Necesidades nutricionales en el embarazo:

2.1 Las mujeres serán capaces de distinguir el aumento
de las necesidades nutricionales de la futura madre, en for
ma oral, mediante su asistencia al panel, con un 90% de -
acierto.

2.1.1 y se formará un criterio propio acerca de la
relación que existe entre la dieta materna y el estado del
niño al nacer.

2.1.2 Será capaz de repetir, en forma oral los be
neficios de la nutrición, en un máximo de tiempo de 90 mi-

nutos.

2.1.3 Las mujeres serán capaces de reconocer la importancia de una nutrición adecuada para el buen desarrollo del bebé, en forma escrita, con un 95% de acierto.

2.1.4 Expondrán la diferencia que existe entre una dieta pobre y una rica en nutrientes, con un 90% de acierto, en forma oral.

2.1.5 Comparará las necesidades calóricas y la influencia que tiene en la formación de tejido nuevo durante el embarazo, en forma escrita, mediante su asistencia al panel.

2.1.5.1 y en la placenta y feto, con un 90% de precisión.

2.1.6 Será capaz de opinar sobre la relación de la ingestión de proteínas durante el embarazo, en forma oral.

2.1.7 Las mujeres discutirán en forma oral los beneficios del calcio, fósforo, magnesio, hierro, zinc y yodo para el buen desarrollo del feto, mediante su asisten-

cia al panel, en forma oral.

2.1.7.1 y en la placenta, y posteriormente lo narrará, con un 90% de acierto.

2.1.8 Las mujeres serán capaces de identificar en forma oral las fuentes alimentarias del hierro, mediante su asistencia al panel.

2.1.9 Describirán los alimentos y la cantidad de cada uno de ellos que conviene incluir en la dieta diaria de la embarazada, en forma escrita, mediante su asistencia al panel.

2.1.10 Citará los caracteres maternos que influyen en el peso neonatal del niño, en forma oral, con un -- 90% de acierto.

2.1.11 Las mujeres serán capaces de detallar las indicaciones que se le den sobre las necesidades nutricionales, después de haber terminado la exposición, en forma escrita.

B). Selección de alimentos:

2.2 Será capaz de diferenciar los alimentos y las cantidades de cada uno de ellos, en forma oral, mediante su asistencia al panel.

2.2.1 y ejemplificará la dieta excelente en la embarazada durante el panel; en forma oral con un 90% de acierto.

2.2.2 Las mujeres serán capaces de emplear la orientación nutricional como una información importante durante el embarazo mediante su asistencia al panel.

2.2.2.1 y explicará los beneficios que brinda a la madre y a su bebé, en forma oral.

2.2.3 Analizará sus propios hábitos alimentarios, en forma escrita, mediante su asistencia al panel.

2.2.3.1 y aprenderá a diferenciarlos de los "refrigerios" con un 90% de acierto.

2.3 Las mujeres serán capaces de discriminar las anomalías o malformaciones que produce el alcohol, en el desarrollo

rollo del feto, mediante su asistencia al panel, en forma oral, en un máximo de 30 minutos.

2.4 Identificará los efectos que tiene la cafeína en el desarrollo del bebé, en forma escrita, mediante su asistencia al panel.

2.5 Las mujeres serán capaces de reconocer las consecuencias del cigarro en el desarrollo del feto, mediante su asistencia al panel.

2.5.1 y opinará en forma oral sobre este punto, con un 90% de acierto.

C). Complicaciones gravídicas relacionadas con la dieta:

2.6 Las mujeres serán capaces de identificar las enfermedades relacionadas con la desnutrición, en forma oral mediante su asistencia al panel, con un 90% de precisión.

2.6.1 y reconocerán las causas del vómito, durante el embarazo.

2.6.2 Las mujeres serán capaces de describir -

las causas de la anemia durante el embarazo, en forma oral con un 85% de acierto.

2.6.2.1 y la manera como mantener una alimentación adecuada durante el embarazo, mediante su asistencia al panel.

2.6.3 Expresarán en forma oral el significado de la toxemia, con un 90% de acierto.

D). Dieta durante el embarazo:

2.7 Las mujeres serán capaces de descubrir la importancia de una dieta adecuada para el trabajo de parto, mediante su asistencia al panel, con un 90% de acierto.

2.7.1 Será capaz de interpretar la dieta por vía bucal y sus beneficios durante el trabajo de parto, con un 90% de acierto en forma oral, en un tiempo máximo de 15 minutos.

2.7.1.1 y detallará sus consecuencias, durante su asistencia al panel.

2.7.2 Distinguirá los beneficios de una dieta - intravenosa durante el parto, en forma escrita, con un 90% de acierto.

2.7.2.1 y diferenciará el porqué es la - dieta más adecuada durante el parto, mediante su asistencia al panel en forma oral.

2.7.3 Las mujeres enunciarán el aumento de las necesidades proteínicas durante el parto, en forma oral, en un tiempo máximo de 15 minutos.

E). Dieta en el amamantamiento:

2.8 Las mujeres serán capaces de identificar la importancia de una dieta adecuada, durante la lactancia, mediante su asistencia al panel, en forma oral, con un 85% - de acierto.

2.8.1 Señalará los beneficios de la leche materna para el buen desarrollo del bebé, en forma escrita, con un 90% de acierto, mediante su asistencia al panel,

2.8.1.1 y la manera como ayuda una dieta

balanceada durante la lactancia.

2.8.2 Las mujeres serán capaces de detallar las necesidades dietéticas durante el amamantamiento, en forma oral, mediante su asistencia a la mesa redonda.

2.8.2.1 y la manera como aumenta el volumen de la leche cuando sea llevada una dieta balanceada, - con un 90% de acierto.

2.8.3 Las mujeres serán capaces de seguir con entusiasmo y atención todos los temas tratados durante la exposición del panel.

2.8.3.1 y resumirán en forma oral todo lo aprendido, con un 90% de acierto, en un máximo de tiempo de 10 minutos.

Experiencias de aprendizaje:

1. Reconocerá la importancia de la nutrición durante el embarazo, el parto y la lactancia.

2. Aprovechará sus propios conocimientos obtenidos -

sobre el tema de nutrición, en el mejor desempeño de su función como madre y cuidados de su bebé.

3. Comprenderá las enfermedades causadas por una mala alimentación y las consecuencias en el desarrollo del feto.

Técnicas de enseñanza:

- * Exposición
- * Panel

Recursos didácticos:

- * Película
- * Pizarrón
- * Diapositivas
- * Cartulinas
- * Acetatos

Pre-evaluación:

Cuestionario relacionado con el tema.

Tiempo:

4 horas.

TEMARIO

NUTRICION EN EL EMBARAZO Y EN EL AMAMANTAMIENTO

Introducción

a). Necesidades nutricionales en el embarazo

1. Estudios nutricionales en el embarazo
2. Necesidades nutricionales
3. Calorías
4. Necesidad de proteínas
5. Ración necesaria de calcio y fósforo
6. Ración necesaria de magnesio
7. Ración necesaria de hierro
8. Necesidad de yodo
9. Necesidad de zinc
10. Necesidad de vitaminas.

b). Selección de alimentos:

1. Orientación nutricional
2. Alcohol
3. Cafeína
4. Tabaquismo

5. Control de peso durante el embarazo
6. Falta de peso en el embarazo
7. Educación nutricional

c). Complicaciones gravídicas relacionadas con la dieta:

1. Vómito
2. Anemias del embarazo
3. Toxemia gravídica
4. Cardiopatías y embarazo
5. Diabetes y embarazo

d). Dieta durante el parto

e). Dieta en el amamantamiento

1. Dieta de la puerpera
2. Producción de leche
3. Necesidades dietéticas

Evaluación previa sobre la nutrición durante el embarazo.

NUTRICION EN EL EMBARAZO Y EL AMAMANTAMIENTO

a). Necesidades nutricionales en el embarazo

El embarazo entraña aumento en las necesidades de la futura madre, que incluirán las del feto. Una mujer desnutrida puede procrear un hijo sano; no obstante, estudios nutricionales de mujeres embarazadas han demostrado relación definida entre la dieta materna y el estado del niño al nacer. (70)

Estos estudios también han demostrado que algunas de las complicaciones del embarazo, como la anemia, la toxemia y el parto prematuro, pueden originarse en una dieta insuficiente respecto a las necesidades nutricionales de la madre y el niño.

Si la madre ha ingerido una dieta suficiente en todos los elementos esenciales y se encuentra en buena salud, tiene mejores probabilidades de procrear un hijo saludable que la madre que en forma constante tiene un ingreso alimentario pobre.

Los estudios epidemiológicos revelan que el peso previo del embarazo, la talla y el incremento ponderal duran

te la gestación son factores que influyen en el peso neonatal del lactante. De ahí la importancia que tiene un parto normal el estado nutricional de la madre antes del embarazo y durante él.

- Estudios nutricionales en el embarazo:

Los estudios clásicos de Burke y colaboradores han ilustrado el efecto del ingreso alimentario en el estado del recién nacido. En un estudio hecho en 284 mujeres, se le dio de unas 80,000 kcal, durante la gestación de nueve meses. (71)

La formación de tejido nuevo en la placenta y feto, asociada con la actividad de la madre, y el aumento del metabolismo basal, contribuyen al aumento de las necesidades calóricas. La intervención nutricional mediante suplementos alimentarios que proporcionan calorías adicionales aumentan el peso neonatal medio de los hijos de madres desnutridas. A pesar de ello, en el caso de las que están bien alimentadas, la actividad física compensa con creces el incremento de la necesidad de calorías, al punto que a veces no hay que agregar más.

Según Blackburn y Calloway dicen que la ocupación de -

la gestante incluye un trabajo de ritmo externo, su gasto energético crecerá conforme el incremento del peso corporal. Si se le permite seguir su tendencia, disminuirá el ritmo para trabajar a una velocidad cómoda. Su gasto energético diario será mayor, igual o menor al nivel que alcanzaba cuando no estaba embarazada, según la forma en que emplee el tiempo libre que le queda después de ejecutar un número fijo de tareas.

Para aprovechar bien las proteínas, la aportación energética no debe ser inferior a 36 kcal por kg del peso de la embarazada. Sea como sea, el aumento calórico es pequeño, y deben elegirse con todo cuidado los alimentos, si se busca satisfacer el aumento de la necesidad de otros nutrientes, sin exceder de las raciones recomendadas respecto a las calorías totales.

- Necesidad de proteínas:

Descubrió que las que ingerían dietas buenas tuvieron bebés en estado excelente, salvo en dos casos. Las madres que ingerían dietas medianas dieron a luz niños que correspondían en su mayoría a la clasificación de buena o mediana salud. Las madres con dietas pobres o muy pobres tuvieron niños clasificados como de salud mediana

o precaria, salvo en tres casos. Los infantes de salud - precaria incluyeron mortinatos o prematuros que fallecieron en término de tres días después del parto, con defectos congénitos o funcionalmente inmaduros.

Se entiende por una dieta pobre, la que es baja en todos los nutrientes esenciales; puede omitir incluso un grupo alimentario por completo, como la leche.

Observamos que gran sección de la población rara vez reconoce en forma cabal la importancia de la nutrición en el embarazo y que las enfermeras, al igual que otras madres en el terreno médico, deben asumir mayor responsabilidad de enseñar a ese grupo normas para mejorar la nutrición.

- Necesidades nutricionales

Las raciones varían según el peso, la edad y la actividad de cada mujer y deben servir sólo de guía.

- Calorías

Si la actividad física de la mujer no cambia en el segundo ni en el tercer trimestre de la gestación, se su-

glere agregar 300 calorías diarias para cubrir el gasto energético.

La ingestión de proteínas debe aumentar en el embarazo por la contribución específica que hacen estos elementos al crecimiento y porque una dieta pobre en proteínas es deficiente respecto a otros nutrientes. Los estudios revelan que unos 925 g de proteínas se depositan en el feto y en los tejidos accesorios de la madre. También hay pruebas de que al inicio de la gestación la proteína puede almacenarse en el tejido materno y emplearse más tarde cuando son máximas las necesidades de crecimiento del feto.

El aumento de proteínas en la dieta puede ser cubierto por leche, carnes, aves de corral, pescados y huevos en mayor cantidad. Puede emplearse leche descremada, líquida o en polvo, para aumentar la concentración de proteínas sin agregar más calorías al consumo global. (72)

- Ración necesaria de calcio y fósforo

Convienes que la embarazada ingiera calcio y fósforo en cantidades suficientes para sus necesidades y para cubrir la formación ósea del feto, así como para el desarrollo

ilo de los dientes. Unos 25 g de calcio se hallan en el feto de término, la mayor parte de los cuales se depositan durante el primer trimestre. Además la madre es capaz de almacenar calcio en su cuerpo como reserva para las grandes necesidades de amamantamiento. Un litro de leche aportará calcio, fósforo y proteína necesarios.

- Ración necesaria de magnesio

La ración dietética recomendada por el Consejo Nacional de Investigación propone 150 mg más de magnesio al día, durante la gestación. La leche adicional junto con la carne, los cereales de grano entero, las frutas y verduras aportarán la cantidad extra.

- Ración necesaria de hierro

El aporte adecuado de hierro durante el embarazo tiene tanta importancia como el calcio. En forma independiente del requerimiento materno de hierro, el feto en crecimiento forma su propia reserva sanguínea. Cuando nace el niño su sangre tiene 20 a 22 g de hemoglobina por 100 mililitros. Este nivel sanguíneo es alto, es necesario en la vida fetal para el aprovechamiento de oxígeno de la sangre placentaria que se encuentra a presión menor

que en los pulmones.

- Necesidad de yodo

Este es un elemento muy importante en la alimentación de las embarazadas. Durante la gestación se recomiendan 25 mcg más de yodo diariamente. La deficiencia de este elemento puede ocasionar bocio. Se recomiendan dar sal yodada a las que habitan en zonas donde el suelo y el agua potable no contienen bastante yodo.

- Necesidad de zinc

Se recomiendan durante el embarazo 5 mg más de zinc todos los días. Esa recomendación se basa en 0.75 mg que, según se calcula, es la cantidad adicional que necesita el desarrollo del feto y de la placenta.

- Necesidad de vitaminas

Todas las vitaminas son esenciales para el metabolismo del tejido vivo y mucho más durante el crecimiento. La evaluación nutricional indica que, en el embarazo, hay una mayor necesidad de tiamina, riboflavina y niacina.

Los alimentos ricos en vitaminas que presentamos como esenciales respecto a otros nutrientes son: leche y productos lácteos, huevos, carne, pescados, aves de corral, especialmente hígado, pan de grano entero, verduras verdes, cítricos, tomates, coles y papas.

Conviene dar en forma abundante estos alimentos en la dieta de la embarazada si se trata de satisfacer su requerimiento propio al igual que el requerimiento del feto en crecimiento.

El empleo de suplementos vitamínicos (excepto en lo que respecta al ácido fólico y posiblemente a la vitamina D, no es necesario a menos que, por enfermedad u otros problemas la madre no pueda ingerir una dieta satisfactoria. El médico mejor que nadie, puede determinar si se necesitan o no los suplementos.

b). Selección de alimentos:

Existen diferentes tipos de menús para las embarazadas dependiendo de la zona donde viven y del médico que la atiende durante esta etapa,

- Orientación nutricional

Varían mucho las necesidades de las mujeres embarazadas respecto a la orientación nutricional. El problema nutricional de mayor urgencia es el de que se plantean -- las embarazadas demasiado jóvenes. Se ha dicho que la -- alimentación para la gravidez se inicia antes de la con-- cepción y ellos se aplica a las mujeres menores de 18 -- años.

El patrón dietético recomendado será difícil de se-- guir en el caso de mujeres que tengan hábitos alimenta-- rios especiales, pocos recursos económicos y profundas -- preferencias o aversiones.

El primer paso en la orientación nutricional consis-- te en averiguar los hábitos alimentarios de la embarazada, entre ellos su uso de refrigerios y bebidas.

Las mujeres y niños cuyos hábitos alimentarios son -- inadecuados, que tienen antecedentes de aborto espontáneo, que muestran anemia nutricional o un patrón anormal de -- crecimiento, por ejemplo la obesidad o falta de peso.

Alcohol

El consumo de alcohol durante el embarazo es una de las causas de un patrón de crecimiento y desarrollo alterado en los hijos de las mujeres que lo ingieren. A este fenómeno se le llama "Síndrome fetal de alcohol". Entre los signos clínicos figuran anomalías graves en las estructuras faciales y oculares, malformaciones de miembros y corazón, anomalías renales y retardo físico y mental -- permanente, así como deficiencia física, psíquica y de -- crecimiento en grado moderado. (73)

Así pues, los efectos nocivos del alcohol tienen actividad mucho más prolongada en el feto que en el adulto. Si bien los datos indican que, a mayor ingestión de alcohol corresponde mayores probabilidades de alteraciones -- múltiples y agudas, todavía no se conoce la cantidad necesaria para producir tales efectos en el feto. Y como tampoco se ha establecido un nivel inocuo de esta bebida, -- las embarazadas han de abstenerse de ingerirlo durante la gravidez.

Cafeína

Se han observado defectos congénitos en ratas embarada

zadas que fueron sometidas a una dieta que contenía cafeína. Aunque no se demuestra que esta sustancia sea tóxica para el feto humano, se sabe que atraviesa la placenta y puede ser nocivo.

- Tabaquismo

Se ha demostrado que este hábito aminora el desarrollo del feto y reduce el peso neonatal. A pesar de haberse dilucidado aún el mecanismo de ese efecto, al parecer existe una relación directa entre el número de cigarrillos fumados y el daño que esto produce en el neonato.

- Control de peso durante el embarazo

El embarazo suele ser un período de bienestar y a menudo se acompaña de apetito excelente.

Conviene cuidar la dieta hipocalórica en el embarazo no tenga muy pocas calorías, pues de ser así las proteínas de la dieta se emplearían parcialmente para satisfacer los requerimientos energéticos y no para el crecimiento. Conviene que las dietas en el embarazo tengan más de 1500 calorías y quizá sea práctico permitir a la madre la ingestión de una dieta de 1800 calorías. (74)

- Falta de peso en el embarazo

Tiene tanta importancia la madre obesa como la mujer embarazada con gran falta de peso y la mujer no gana normalmente peso durante su gestación. Las causas de la falta de peso cabe que sean de índole económica y suelen ser descubiertas sólo si se acuden a revisión médica.

- Educación nutricional

La educación nutricional ha de formarse y centrarse en las necesidades alimentarias y en la selección de una dieta adecuada, también puede hablarse del amamantamiento.

Suministrar información sobre otros grupos de la comunidad de interés para los futuros padres, también les ayuda a satisfacer sus necesidades especiales.

c). Complicaciones gravídicas relacionadas con la dieta:

- Vómito

Durante el primer trimestre del embarazo quizá se presenta el problema de la náusea. Algunos alimentos que

antes se ingerían con agrado pueden causar alteraciones o desagrado. La ingestión de pan dorado o tostadas y algunas galletas sin sal antes de que se presente el vómito - puede llegar a evitarlo.

A menudo las náuseas desaparecen al mediodía, y la madre puede satisfacer requerimientos dietéticos si aumenta su ingreso alimentario en la merienda, la cena o antes de acostarse.

- Anemias del embarazo

Durante el embarazo hay una ligera disminución del contenido de hemoglobina en la sangre de la mujer a causa de los ajustes fisiológicos. Su volumen de sangre total se eleva considerablemente con objeto de compensar la circulación placentaria.

La anemia verdadera del embarazo suele ser ocasionada por deficiencia de hierro. Es importante, por tanto, que se recomiende a la madre incluir alimentos ricos en hierro y proteínas en su dieta, pues de lo contrario pueden aparecer otras deficiencias.

- Toxemia gravídica

La causa de esta enfermedad se desconoce. Se caracteriza por hipertensión, albuminuria y aumento de peso por edema. No se ha dilucidado el papel que juega la nutrición en la aparición de la toxemia. Parece que esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en embarazadas sometidas a dietas insuficientes y especialmente con bajo ingreso de proteínas.

- Cardiopatías y embarazo

Conviene recordar que los requerimientos nutricionales de una embarazada cardiópata son los mismos de la embarazada no cardiópata.

- Diabetes y embarazo

Fue en esta enfermedad hay que aumentar una dieta materna para que cubra el incremento de necesidades y las del feto en crecimiento. La dosis de insulina suele aumentarse de acuerdo con ella.

d). Dieta durante el parto:

Durante la primera parte del parto, si el médico permite la alimentación por vía bucal, la dieta consistirá principalmente en carbohidratos, puesto que tienen un tiempo de vaciamiento gástrico muy rápido.

Las proteínas y las grasas permanecen en el estómago mucho más tiempo, lo cual puede originar aspiración si se suministra anestesia. La dieta puede ser blanda o líquida.

En el periodo del parto, muchos obstetras prefieren no administrar alimento alguno por la vía bucal, para impedir la posibilidad de vómito y aspiración bronquial. Se administran líquidos por vía intravenosa para mantener el equilibrio hídrico si el parto se prolonga.

e). La dieta de la puerpera:

En este periodo se suele administrar una dieta líquida como primer alimento. Después de ello se vuelve a la dieta normal. Si la madre amamanta al niño, conviene que se administre una ración mayor de alimentos de la que se -

dió durante el embarazo.

f). Dieta en el amamantamiento:

La lactancia eleva algunos requerimientos en el organismo materno en mayor grado que lo hace el embarazo.

Después del parto el niño aún se alimenta del organismo materno, pero el alimento lo producen las glándulas mamarias y no a través de la circulación placentaria, como en la vida prenatal. A medida que el niño gana peso y tiene mayor actividad, el aporte alimentario materno debe aumentarse.

- Producción de leche

La leche humana tiene un valor calórico de 20 calorías por onza y por ello una madre que amamanta necesita ingerir varios cientos de calorías adicionales por día para amamantar a su hijo.

- Necesidades dietéticas:

La ración energética recomendada a la madre, que - -

durante el amamantamiento produce 850 ml diarios de leche, es de 500 calorías adicionales a sus necesidades normales en los tres primeros meses de lactancia. La cifra se basa en una eficacia de 80% con la que la energía exógena de la madre se transforma en energía láctica.

En el amamantamiento se prolonga más de tres meses o si el peso de la madre desciende por abajo del peso ideal según la talla, es preciso aumentar su ración energética.

Además del aumento en las necesidades calóricas, hay también incremento de las necesidades proteínicas, minerales y vitaminas. Se ha comprobado que, si aumenta la ingestión de proteínas en madres muy mal alimentadas asciende el volumen de leche materna producida.

Durante la crianza es conveniente ingerir alimentos entre una y otra comida. Hay que tomar líquidos para reemplazar el agua secretada por la leche.

Evaluación previa sobre la nutrición durante el embarazo.

Primera Sección:

Las siguientes declaraciones, son verdaderas o falsas?

1. Cuando una mujer se embaraza, debe disminuir la ingestión de sal? _____
2. Debe controlarse el aumento del peso de la mujer durante el embarazo, a fin de disminuir sus probabilidades de un parto difícil? _____
3. La ingestión, antes del parto de vitaminas y complementos alimenticios satisfará los requerimientos nutricionales especiales de la mujer embarazada? _____
4. La hinchazón de tobillos, dedos y rostro es una señal de peligro durante el embarazo, que exige que se elimine la sal de la dieta? _____
5. La estatura y el peso del bebé en el momento del nacimiento depende de la estatura de los padres? _____
6. Las lesiones cerebrales en los bebés son ocasionadas primordialmente por las dificultades en el momento del nacimiento? _____
7. Las madres embarazadas de gemelos deben esperar que nazcan antes de tiempo, y que pesen menos de dos kilos

- y medio cada uno? _____
8. Los obstetras reciben un entrenamiento en la nutrición aplicada al embarazo como parte de sus programas de residencia? _____
 9. Es conveniente una dieta alta en contenido proteico y baja en calorías durante el embarazo? _____
 10. El embarazo impone una tensión nutricional solamente a las adolescentes y a las mujeres que han tenido una alimentación deficiente antes de quedar embarazada? _____

Segunda Sección:

Seleccione la mejor respuesta:

1. Durante el embarazo, una mujer debería aumentar:
 - a). Cuando menos 11 kilos
 - b). No más de 11 kg arriba de su peso ideal
 - c). El número de kilos que le recomienda su médico
 - d). Nada de lo anterior
2. Los bebés tienen mayor incidencia de daños cerebrales cuando sus madres aumentan:
 - a). De 0 a 7 kilos
 - b). De 7 a 11 kilos
 - c). De 11 a 16 kilos
 - d). 16 o más kilos

3. Las madres sanas y bebés sanos son el resultado cuando el aumento de peso de la madre durante el embarazo sigue un patrón de:
 - a). 1.800 kilos al mes durante el embarazo
 - b). Nada durante los primeros meses, 1.800 kilos al mes durante tres siguientes, y después medio kilo a la semana hasta el nacimiento.
 - c). 250 gramos a la semana durante el embarazo
 - d). Nada de lo anterior
4. La leche y los huevos son buenos alimentos para la mujer embarazada porque:
 - a). Contienen todos los nutrientes conocidos en forma balanceada.
 - b). Tienen contenido bajo en calorías
 - c). Tiene bajo contenido en sal
 - d). No son buenos alimentos para las mujeres embarazadas, porque tienen un alto contenido en colesterol.
5. Cuando una mujer sigue un programa de nutrición adecuado al embarazo, sus probabilidades de sufrir una hemorragia y una cicatrización deficiente después del parto, se ven:
 - a). Incrementadas
 - b). Disminuidas
 - c). No se ven afectadas en ninguna forma
 - d). Dependen del cuidado que reciba en la sala de re-

cuperación del hospital.

6. El indicador más seguro del futuro desarrollo mental y físico de un bebé es:
 - a). El resultado apgar en el momento de nacimiento.
 - b). El examen físico que se practica al mes de edad.
 - c). El peso del bebé al nacer.
 - d). El aumento de peso en la madre durante el embarazo.
7. La mejor forma de evitar la náusea y el vómito a principios del embarazo es:
 - a). Comiendo galletas antes de levantarse.
 - b). Comiendo bocadillos con alto contenido de proteínas durante el día y la noche.
 - c). Comiendo lo menos posible.
 - d). Con alimentos que tengan un alto contenido de vitamina C.
8. La toxemia metabólica del embarazo es ocasionada por:
 - a). Desnutrición
 - b). Una placenta con funcionamiento defectuoso
 - c). Una excesiva ingestión de sal
 - d). Un aumento excesivo en el embarazo
9. El mejor consejo para la mujer embarazada en lo concerniente a la ingestión de sal es:
 - a). Alimentos salados al gusto.
 - b). Poner sal a los alimentos al momento de cocinar,

pero no al usar la mesa.

- c). Evitar todos los alimentos con alto contenido de sodio, y no usar sal al cocinar.
 - d). Tomar no más de dos gramos al día.
10. Una dieta adecuada para el embarazo incluye diariamente te menos:
- a). 25 g de proteínas y 1200 calorías
 - b). 40 g de proteínas y 1500 calorías
 - c). 60 g de proteínas y 2000 calorías
 - d). 80 g de proteínas y 2600 calorías

Respuestas

Primera sección. Todas las declaraciones son falsas.

Segunda Sección:

- | | |
|-------|--------|
| 1 - d | 6 - c |
| 2 - d | 7 - b |
| 3 - d | 8 - a |
| 4 - a | 9 - a |
| 5 - b | 10 - d |

UNIDAD III

REPRODUCCION Y FISIOLOGIA FETAL

Objetivo Particular:

Al finalizar el curso las mujeres evaluarán en forma oral por sí mismas la importancia que tiene el crecimiento del feto durante el embarazo, mediante su asistencia a la mesa redonda, con un 90% de acierto.

3.1 Las mujeres serán capaces de describir el proceso de fecundación del óvulo, en forma escrita, mediante su asistencia a la mesa redonda.

3.1.1 Identificará el desarrollo del óvulo, en forma oral, con un 85% de acierto.

3.2 Las mujeres serán capaces de exponer la manera como influye la nutrición en el feto, en forma oral, en un máximo de tiempo de 10 minutos.

3.2.1 y en el útero con un 90% de acierto

3.2.2 y en la placenta durante la gestación.

3.2.3 Será capaz de identificar la influencia de las hormonas durante la gestación, mediante su asistencia a la mesa redonda en forma escrita.

3.2.4 Las mujeres serán capaces de interpretar la secreción de los estrógenos en la gestación, con un 90% -

de acierto.

3.2.4.1 y las funciones que los estrógenos desempeñan durante la gestación, mediante su asistencia a la mesa redonda, en forma oral.

3.2.5 Las mujeres serán capaces de describir la secreción de progesterona durante la gestación, en forma escrita, con un 85% de acierto.

3.2.5.1 y las funciones de la progesterona durante la gestación mediante su asistencia a la mesa redonda, en un máximo de tiempo de 10 minutos.

3.2.6 Las mujeres diferenciarán las secreciones de la gonadotropina coriónica en la gestación, en forma oral, con un 80% de acierto.

3.2.6.1 y las funciones de la gonadotropina coriónica en la gestación, mediante su asistencia a la mesa redonda.

3.2.7 Será capaz de reconocer el origen del lactógeno placentario humano durante el embarazo, mediante su asistencia a la mesa redonda, con un 90% de acierto.

3.2.7.1 sus secreciones y funciones durante la gestación en forma oral.

3.3 Las mujeres serán capaces de hacer una breve crítica de la fisiología del feto, mediante su asistencia a la mesa redonda, en forma oral, con un 90% de acierto.

3.3.1 Identificará en forma escrita el proceso de crecimiento del feto, en un máximo de tiempo de 15 minutos.

3.3.2 Será capaz de especificar las sustancias nutritivas especiales necesarias en el feto, en forma oral.

3.3.3 Será capaz de narrar en forma oral la importancia y desarrollo del sistema nervioso fetal durante la gestación, con un 90% de acierto, mediante su asistencia a la mesa redonda.

3.4 Las mujeres serán capaces de localizar las modificaciones circulatorias en el nacimiento, en forma escrita.

3.5 Las mujeres describirán por escrito los cambios fisiológicos de la madre durante la gestación, con un 90% de acierto.

3.5.1 Explicará en forma oral las variaciones o modificaciones del peso durante la gestación, en un tiempo máximo de 15 minutos, mediante su asistencia a la mesa redonda.

3.5.2 Las mujeres serán capaces de explicar en forma oral las modificaciones que existen en el metabolismo

de la madre durante la gestación, con un 90% de acierto.

3.5.3 Las mujeres serán capaces de analizar en forma oral los cambios de los líquidos corporales durante la gestación, mediante su asistencia a la mesa redonda, con un 90% de acierto.

3.5.3.1 y los cambios en la circulación durante la gestación en un tiempo máximo de 10 minutos.

3.6 Las mujeres serán capaces de identificar la duración del embarazo, en forma oral, con un 85% de acierto.

3.7 Las mujeres serán capaces de narrar el mecanismo del parto, mediante su asistencia a la mesa redonda, en forma oral.

3.7.1 y distinguirá el comienzo del parto, con un 90% de acierto.

3.7.2 las mujeres serán capaces de citar la causa teórica del inicio brusco del parto, en forma oral, según lo expuesto durante la mesa redonda.

3.8 Las mujeres serán capaces de analizar en forma oral, la regulación hormonal de la lactancia, con un 85% de acierto.

3.8.1 Identificará el origen de la secreción de prolactina durante la lactancia, en un máximo de tiempo de -

15 minutos mediante su asistencia a la mesa redonda.

3.8.2. Las mujeres serán capaces de localizar en forma oral la función de la oxitocina durante la lactancia, con un 90% de acierto.

3.9. Las mujeres serán capaces de detallar las modificaciones del estrógeno, progesterona y prolactina en el parto, en forma oral,

3.10. Serán capaces de exponer en forma oral la composición de la leche materna, con un 90% de acierto.

3.10.1. y sus propiedades nutritivas que ayudan al crecimiento del bebé, mediante su asistencia a la mesa redonda.

3.10.2. Las mujeres serán capaces de explicar en forma breve, sobre el efecto de la lactancia en la madre, con un 90% de acierto.

Experiencias de aprendizaje:

1. Participación espontánea en una discusión sobre lo expuesto durante la mesa redonda.
2. Resumirá en forma oral, el tema visto durante la mesa redonda.
3. Reconocerá la importancia de la reproducción y

la fisiología fetal, durante el embarazo.

Técnicas de enseñanza:

- * Exposición
- * Mesa redonda

Recursos didácticos:

Acetatos
Audiovisual
Películas

Tiempo:

3 horas.

TEHARIO

Reproducción y fisiología fetal

- A). Fecundación y desarrollo del óvulo
- B). Nutrición del feto en el útero
 - 1. Fase trofoblástica de la nutrición
 - 2. Nutrición placentaria del feto
 - a). Difusión de sustancias nutritivas por las vellosidades
 - b). Excreción placentaria por difusión de sustancias nutritivas
 - c). Transporte activo por las vellosidades
- C). Hormonas de la gestación
- D). Secreción de estrógenos durante la gestación
 - a). Funciones de los estrógenos durante la gestación
- E). Secreción de progesterona durante la gestación
 - a). Funciones de la progesterona durante la gestación
- F). Secreción y funciones de la gonadotropina coriónica en la gestación
- G). Secreción y funciones del lactógeno placentario humano
- H). Fisiología fetal
- I). Crecimiento del feto
 - a). Sustancias nutritivas especiales necesarias para

el feto

- J). Sistema nervioso fetal
- K). Modificaciones circulatorias al nacimiento
- L). Fisiología de la madre durante la gestación
 - a) Modificaciones del feto
 - b) Modificaciones en el metabolismo
 - c) Modificaciones en los líquidos corporales y la circulación
- M). Nacimiento del niño (parto)
 - a) Mecanismo del parto
 - b) Causa teórica del inicio brusco del parto
- N). Producción de leche (Lactancia)
 - a) Regulación hormonal de la lactancia-prolactina
 - b) Expulsión de leche
 - 1. Función de la oxitocina
- O). Composición de la leche
- P). Efecto de la lactancia en la madre

REPRODUCCION Y FISILOGIA FETAL

A). Fecundación y desarrollo del óvulo

Entrada del espermatozoo en el óvulo: después de - que el óvulo es expulsado del ovario, permanece viable de 8 a 24 horas.

En este tiempo, suele desplazarse aproximadamente la cuarta parte de la distancia que separa el ovario del útero siguiendo la trompa de falopio.

La fecundación debe ocurrir en cavidad abdominal, antes que el óvulo entre en el conducto tubario, o en la - porción superior de la trompa.

Los espermatozoos caminan a la velocidad de 1 a 4 mm por minuto, y la distancia total por la trompa de falopio es aproximadamente de 15 cm. En consecuencia, el tiempo mínimo necesario para que el espermatozoo llegue al óvulo es de 40 minutos.

Cuando el óvulo es expulsado del ovario, lleva en su superficie abundantes células granulosas, que en conjunto se llaman corona radiada. Cuando un espermatozoo ha lle-

gado al óvulo y entrado en él, la membrana del segundo parece volverse impermeable para otros. Los espermatozoos que llegan al huevo se inactivan cuando tratan de penetrar a él. Esto evita que se combinen con los cromosomas del óvulo más de un juego de cromosomas masculinos.

(75)

Poco después de haber entrado en el óvulo la cabeza del espermatozoide comienza a hincharse y forma el pronúcleo masculino; el núcleo del óvulo se convierte en pronúcleo femenino.

A poco se unen ambos núcleos y el óvulo fecundado o huevo tiene 46 cromosomas que se dividen, se disponen en pares y se separan, lo que comienza la segmentación del huevo en células hijas.

B). Nutrición del feto en el útero

1. Fase trofoblástica de la nutrición

En las primeras semanas que siguen a la implantación del huevo, la placenta y sus vasos no están formados adecuadamente para proporcionar al feto sustancias nutri-

tivas. En este período, la nutrición procede sólo de la digestión trofoblástica y la fagocitosis del endometrio. Se recordará que antes de implantarse el huevo, el endometrio ha almacenado en abundancia proteínas, grasas y glucógeno. Además, hay pequeñas cantidades de hierro y vitaminas, que esperan ser fagocitadas por el huevo en desarrollo. Incluso así, el embrión, puede obtener su nutrición por este mecanismo sólo en las primeras semanas de evolución. Para entonces, la placenta se ha desarrollado lo suficiente para encargarse de la nutrición. (76)

2. Nutrición placentaria del feto

La placenta y las membranas fetales se unen a toda la cara interna del útero, y forman una cavidad llamada - cavidad amniótica. El feto flota libremente en el líquido amniótico que llena la cavidad amniótica.

La placenta cubre aproximadamente un cuarto de la superficie uterina, y el feto está unido a ella por el cordón umbilical. La función del cordón umbilical es transportar sangre del niño a la placenta y nuevamente al niño. De esta manera, la sangre fetal adquiere sustancias nutritivas de la placenta y las transportan el producto.

La sangre de la madre fluye hacia grandes cavidades placentarias llamadas senos; la sangre pasa por ellos con rapidez y se renueva constantemente. La parte fetal de la placenta consta de muchas prolongaciones pequeñas como coliflor, que se extienden hacia los senos placentarios.

Cada prolongación será cubierta de múltiples vellosidades pequeñas que contienen capilares sanguíneos. La sangre del feto fluye hacia los capilares de las vellosidades donde recibe sustancias nutritivas de la sangre de la madre, y después vuelve al feto por el cordón umbilical.

La sangre de la madre fluye tan rápidamente a través de los senos que la sangre de éstos conserva concentraciones muy elevadas de los elementos nutritivos que necesita el feto.

a).- Difusión de sustancias nutritivas por las vellosidades.

La mayor parte de sustancias nutritivas se pasan de las vellosidades placentarias a la sangre fetal por el mecanismo de difusión. La presión de oxígeno en la sangre de los senos maternos es normalmente de 50 a 60

mm. de hg. Por esta diferencia de presión, el oxígeno se difunde, atravesando los tejidos de la vellosidad de la sangre materna a la fetal.

Asimismo, la glucosa, algunos aminoácidos, quizá ciertas grasas, muchas vitaminas y casi todos los minerales alcanzan mayor concentración en la sangre materna que en la fetal, pues el producto las utiliza casi con la misma rapidez con las que las obtiene. En consecuencia estas sustancias se difunden a la sangre del feto y lo nutren.

El total de sustancias nutritivas que pueden ser transportadas por la placenta llega al máximo a las 32 o 36 semanas después de iniciada la gestación o sea, unas seis semanas antes de que nazca la criatura: En este tiempo, los tejidos placentarios comienzan a envejecer y degenerar.

En consecuencia, aunque el feto sigue necesitando una cantidad progresivamente mayor de sustancias nutritivas, disminuye la posibilidad de que éstas lleguen al niño.

Por fortuna, en este tiempo ocurre el nacimiento y el niño adquiere existencia independiente.

- b).- Excreción placentaria por difusión de substancias nutritivas.

Hacia el feto, los productos excretorios pasan de la sangre fetal a la materna, atravesando la placenta. El metabolismo fetal continuamente origina en abundancia anhídrico carbónico, urea, ácido úrico, creatinina, fosfatos, sulfatos y otros productos excretorios normales. La concentración de estas substancias aumenta en la sangre del niño hasta que excede de la concentración en la sangre materna. En consecuencia, por el gradiente de concentración, estas substancias se difunde por las vellosidades, y la madre las excreta por los riñones, pulmones y otros órganos excretorios.

- c).- Transporte activo por las vellosidades

El epitelio coriónico que cubre la superficie de las vellosidades placentarias está formado por las células trofoblásticas del embrión. Estas células conservan su propiedad fagocitaria durante la vida de la placenta, de manera que muchas substancias nutritivas se transportan activamente por las vellosidades en el curso de la gestación. En las primeras semanas del desarrollo placentario, esto contribuye mucho a aumentar la cantidad de --

aminoácidos, sustancias grasas y algunos minerales que pueden brindarse al feto, pero después de 12 a 20 semanas, la cantidad de sustancias nutritivas proporcionadas de esta manera es mucho menor que la cantidad suministrada por la simple difusión.

C). Hormonas de la gestación

Las hormonas desempeñan una función importante para ayudar a que terminen los procesos del embarazo. La propia placenta secreta casi todas las hormonas. Dos de ellas son estrógenos y progesterona, las mismas hormonas sexuales femeninas secretadas por los ovarios durante el ciclo menstrual normal. Pero hay otras dos que también son importantes, y necesarias, para que prosiga el embarazo: la gonadotropina coriónica y el lactógeno placentario humano. Estas hormonas afectan tanto a la madre como al feto. En la madre ayudan a controlar los cambios del útero y las glándulas mamarias que se requieren para que el feto nazca y pueda disponer de leche. Además, ayudan a regular el desarrollo del propio feto, sobre todo de sus órganos sexuales.

D). Secreción de estrógenos durante la gestación

Durante el ciclo menstrual normal, las células que revisten los folículos en desarrollo primero, y después las del cuerpo amarillo, secretan cantidad moderada de estrógenos. Si el óvulo es fecundado y se implanta en el útero, el cuerpo amarillo en lugar de degenerar, como ocurre normalmente al finalizar el ciclo menstrual, aumenta más el volumen y produce cantidades crecientes de estrógenos durante cuatro o cinco meses adicionales.

En este momento, el tejido placentario comienza a elaborar grandes cantidades de estrógenos, que llegan a un máximo, inmediatamente antes de que nazca el niño. La producción máxima alcanza varias veces la elaboración durante el ciclo menstrual normal.

a).- Funciones de los estrógenos durante la gestación

En la madre los estrógenos producen:

1. Proliferación rápida de musculatura uterina.
2. Produce gran desarrollo del sistema vascular del útero.
3. Originan aumento de los órganos sexuales -

externos y del orificio vaginal, lo que proporciona vías más amplias para la expulsión del niño y,

4. Probablemente, también participan en la relajación de los ligamentos pélvicos, para que el estrecho pélvico pueda estirarse en el nacimiento.

Por la acción de los estrógenos, además de su efecto sobre los órganos de la reproducción, las glándulas mamarias crecen con rapidez.

Los conductos, sobre todo, aumentan de volumen, y las células glandulares proliferan.

Otro efecto de los estrógenos, que no se ha dilucidado por completo, es en el feto mismo. Se piensa que causan en gran parte la rápida proliferación de las células fetales y también participan en la diferenciación de algunas de ellas en órganos especiales. De manera, principal rigen el desarrollo de casi todos los caracteres sexuales femeninos.

E). Secreción de progesterona durante la gestación

La progesterona secreta durante la gestación el pregnandiol, forma en que excreta por la orina. En la gestación incipiente, el cuerpo amarillo secreta una cantidad moderada de progesterona y estrógenos. Aproximadamente - en la decimosexta semana del embarazo, la placenta comienza a producir abundante progesterona y estrógenos, elaboración que alcanza a duplicar, al término de la gestación, la cantidad producida por el cuerpo amarillo.

a).- Funciones de la progesterona durante la gestación

La primera función de la progesterona en el embarazo es proporcionar mayor cantidad de sustancias nutritivas al endometrio, para que sean usadas por el huevo. Desempeñan esta acción al causar almacenamiento de glucógeno, grasa y aminoácidos en las células endometriales. - Además la progesterona tiene efecto inhibitor intenso de la musculatura uterina, por acción permanece relajada por la gestación.

Muchos obstetras, opinan que en virtud de este efecto continúa el embarazo hasta que el feto es lo bastante gran

de para nacer y vivir independientemente. A pesar de estas funciones importantes de la progesterona, algunos animales inferiores, incluso mamíferos, no la producen.

La progesterona complementa el efecto de los estrógenos en las glándulas mamarias. Por su acción, los elementos glandulares aumentan de volumen y se tornan secretorios, y se depositan sustancias nutritivas en las células glandulares, para que de esta manera se dispongan de ellas en cantidad suficiente durante la lactancia.

F). Secreción y funciones de la gonadotropina coriónica en la gestación

Si se extirpa el cuerpo amarillo ovárico en los primeros tres o cuatro meses de gestación, al desaparecer la secreción de estrógenos y progesterona el feto cesa de desarrollarse y es expulsado en cosa de días. Por ello, es importante que el cuerpo amarillo permanezca activo al menos durante el primer tercio y, mejor aún, la primera mitad del embarazo.

Después, la extirpación del cuerpo lúteo no altera la gestación pues la placenta secreta muchas veces más --

estrógeno y progesterona que el cuerpo amarillo.

Para mantener intacto el cuerpo amarillo cuando se implanta el huevo, los tejidos fetales en desarrollo, probablemente los trofoblastos, secretan una hormona especial, la gonadotropina coriónica. Esta hormona tiene propiedades casi idénticas a la combinación de hormonas luteinizantes y gonadotrópica.

No solo impide la involución del cuerpo amarillo, sino que la estimula en tal medida que crece progresivamente en los dos a cuatro primeros meses de la gestación.

La elaboración de gonadotropina coriónica comienza el día que el trofoblasto se implanta en el endometrio. Alcanza su máximo aproximadamente en la octava semana de gestación.

Así pues, la concentración es máxima en la etapa del embarazo en que es indispensable impedir la involución del cuerpo amarillo. Hacia la mitad del embarazo y después, la secreción de gonadotropina cae a valores más bajos.

Su única función en esta etapa es estimular la pro--

ducción de testosterona por los testículos del feto varón, según desempeña en el desarrollo del feto masculino.

G). Secreción y funciones del lactógeno placentario humano

Se trata de una proteína pequeña que empieza a secretarse hacia la quinta semana del embarazo, con secreción progresivamente creciente durante el resto de la gestación.

El lactógeno placentario humano tiene dos efectos: - primero, posee acciones muy semejantes a las de las hormonas del crecimiento, y produce depósitos de proteínas por todo el cuerpo, de la misma manera que la hormona del crecimiento.

Tiene también los mismos efectos que esta hormona en el metabolismo de la glucosa y otras funciones metabólicas de las células.

Esta función del tipo de hormona del crecimiento que tiene el lactógeno placentario humano posiblemente sea de gran importancia para promover el crecimiento del feto, - lo mismo que el desarrollo de muchos de sus órganos. (77)

En segundo lugar, el lactógeno placentario humano fomenta específicamente el crecimiento de las glándulas mamarias, y hace que produzcan leche después que se han preparado adecuadamente por acción de estrógenos y progesterona. Son en gran medida los mismos efectos que la hormona prolactina, secretada por la hipófisis anterior, tiene sobre las glándulas mamarias después de nacido el niño.

H). Fisiología fetal

En general, la fisiología del feto en desarrollo no difiere mucho del niño normal. Todos los órganos del cuerpo adquieren su forma anatómica definitiva, con excepciones secundarias, a los cuatro o cinco meses de comenza da la gestación; y casi todos ellos pueden funcionar de manera casi normal en el sexto mes de desarrollo. Por ejemplo, mucho antes del nacimiento, los riñones del feto se tornan activos; el aparato digestivo adquiere y absorve líquidos de la cavidad amniótica, aunque no sean posibles por estar el feto sumergido en un líquido amniótico; el corazón impulsa sangre bastante normalmente del tercer mes en adelante, y los sistemas metabólicos actúan de manera muy semejante a como hacen después del nacimiento.

1). Crecimiento del feto

La longitud aumenta casi en razón directa con la edad, mientras el peso aumenta en proporción con el cubo de la edad. El peso es casi insignificante hasta la decimosexta semana, pero después comienza a aumentar con gran rapidez.

Dos meses antes de hacer el feto suele pesar aproximadamente la mitad que en el nacimiento, y un mes antes de ser expulsado pesa aproximadamente tres cuartas partes que al nacer.

En otras palabras, el mayor aumento del peso ocurre en los últimos dos o tres meses. Esto es un factor especialmente importante cuando se considera la nutrición adecuada de la madre durante el embarazo, pues en esencia todas las sustancias nutritivas necesarias para el niño se requieren en los últimos tres meses. Sin embargo, varios meses antes de esta fecha, el desarrollo del útero, placenta y membranas fetales exige sustancias nutritivas adicionales.

- a).- Sustancias nutritivas especiales necesarias para el feto

El feto necesita en especial grandes cantidades de hierro, calcio, fósforo, aminoácidos y vitaminas. El hierro comienza a ser utilizado en las primeras semanas de evolución fetal, para elaborar eritrocitos. Gran parte de este hierro llega del endometrio al feto por absorción activa en los trofoblastos. En el resto de la gestación, por la membrana placentaria se difunden cantidades aún mayores de hierro, utilizado por hígado, bazo y médula ósea para elaborar los eritrocitos del feto.

La gran cantidad de aminoácidos y vitaminas que necesita el feto proporciona las sustancias necesarias para crear sus tejidos.

En los últimos tres meses de la gestación la madre puede sufrir agotamiento de proteínas y vitaminas, si su dieta es insuficiente en ellas.

J). Sistema nervioso fetal

Las partes anatómicas principales del sistema nervioso se forma en los primeros meses de vida intrauterina, pero el sistema no funciona plenamente ni en el recién nacido. Por ejemplo, los prematuros siempre presentan manj

festaciones de función inadecuada del sistema nervioso. Uno de los problemas más difíciles en los prematuros es - mantener normal la temperatura corporal, pues los centros hipotalámicos del feto de seis a siete meses no suelen haberse desarrollado lo suficiente para regular la temperatura. El niño debe mantenerse en incubadora varias semanas, incluso un mes, hasta que el sistema nervioso haya alcanzado mayor desarrollo. (78.)

K). Modificaciones circulatorias al nacimiento

Los vasos umbilicales permiten que la sangre entre y salga de la placenta. La sangre que retorna de la placenta por las venas umbilicales ingresa en el aparato circulatorio fetal por un vaso especial llamado conducto venoso, que pasa directamente al hígado. Además, la sangre de la vena porta fetal fluye por el conducto venoso, excluyendo el hígado y vaciándose directamente en el sistema venoso general.

Así pues, en virtud del conducto venoso, agujero - - oval y conducto arterioso, el riego sanguíneo por el hígado y los pulmones es mínimo en el feto. Este es un mecanismo para conservar la energía del corazón fetal, pues -

las funciones que normalmente desempeña el hígado habrán sido ejecutadas por el materno, y los pulmones del feto - carecen de función antes del nacimiento.

En virtud de la serie de modificaciones en la dinámica circulatoria, la sangre comienza a fluir por el hígado y pulmones inmediatamente después del nacimiento, aunque el feto y el corazón habían conservado su energía y la - sangre no circulaba por ambos órganos.

L). Fisiología de la madre durante la gestación

La fisiología de la madre se modifica durante la gestación de varias maneras. En primer lugar, ocurren modificaciones secundarias en los órganos de reproducción y - las glándulas mamarias, con el objeto de proveer lo necesario para el desarrollo del feto y la nutrición del recién nacido. En segundo lugar, todas las funciones metabólicas aumenta para proporcionar nutrición suficiente al feto en desarrollo. Por último, la enorme producción de algunas glándulas placentarias durante la gestación origina muchos efectos secundarios que no guardan relación directa con el embarazo.

a).- Modificaciones del peso

La mujer aumenta en promedio unos 10 kg durante la gestación. En general, este aumento se distribuye de la siguiente manera: feto, 3100 g, útero 900 g, placenta y membranas 900 g, mamas 700 g, el resto corresponde a grasa y al volumen mayor de líquido extracelular y sangre.

La magnitud del incremento de estos dos últimos sitios varían mucho en distintas mujeres, según los hábitos alimenticios de cada una de ellas y la cantidad de hormonas secretadas durante la gestación.

b).- El metabolismo en general aumenta aproximadamente en razón directa con el incremento del peso. Gran parte de este aumento depende simplemente de la mayor energía necesaria para que la madre lleve la carga creciente. Sin embargo, el desarrollo rápido del feto también exige mayor actividad de casi todas las funciones maternas, como metabolismo interno intermedio rápido en el hígado, expulsión sanguínea rápida por el corazón y aumento de la respiración, de la digestión y asimilación de alimentos.

c).- Modificaciones en los líquidos corporales y la circulación

Por acción de las hormonas sexuales femeninas y las corticosteroides adicionales producidas durante la gestación.

Aproximadamente un tercio de la sangre adicional se necesita para llenar los senos de la placenta, y los restantes dos tercios se acumulan en la circulación, haciendo que la sangre fluya hacia el corazón con más facilidad que la normal. En consecuencia el gasto cardíaco aumenta 30 por 100 sobre el normal, en números redondos. (79)

Sin embargo, quizá los factores hormonales sean más importantes que los mecánicos. La secreción placentaria de progesterona comienza a disminuir unas semanas antes del parto, y como la progesterona normalmente inhibe el útero, esto aumenta las contracciones de la matriz.

Por otra parte, la concentración de estrógenos activos aumenta poco antes del nacimiento, lo que incrementa la actividad del útero, a diferencia de la inhibición causada por la progesterona. Estas dos modificaciones de la secreción hormonal placentaria probablemente explican en gran parte la contractilidad progresivamente creciente del útero poco antes del parto.

a).- Mecanismo del parto

La musculatura uterina, como casi todos los músculos lisos presenta contracciones rítmicas constantes. Sin embargo, por el efecto de la progesterona, estas contracciones son muy débiles en los primeros meses de embarazo y difícilmente se advierten. En el último trimestre de gestación, aumentan de manera uniforme y alcanzan gran intensidad pocas horas antes del parto.

Estas contracciones muy enérgicas empujan la cabeza fetal contra el cuello uterino, estiran el orificio cervical y el conducto vaginal y expulsan al niño. El periodo comprendido desde el comienzo de las contracciones enérgicas hasta el nacimiento del niño se le llama periodo de trabajo y la expulsión del niño se denomina parto.

b).- Causa teórica del inicio brusco del parto

Todavía no se sabe porque las contracciones uterinas durante el nacimiento del niño, la madre pierde en promedio 200 a 300 ml de sangre, al desprenderse la placenta del útero. Esto no suele causar trastorno fisiológico, por la sangre adicional que se ha almacenado durante la gestación.

Después del nacimiento, la pérdida de estrógeno y - otras hormonas esteroideas producidas por la placenta hace que los riñones eliminen casi todo el resto del líquido y el exceso de sales en los pocos días que siguen.

M). Nacimiento del niño (Parto)

- Duración del embarazo y comienzo del parto

La duración normal de la gestación, desde la fecha del último período menstrual hasta el nacimiento, es de 40 semanas aunque a veces nacen niños que sobreviven - en la vigésima octava semanas o mucho después en la cuadragésima sexta.

Aproximadamente 90 por 100 de los niños nacerán en - el periodo comprendido entre 10 días antes o después del intervalo de 40 semanas.

No se ha dilucidado la causa de la duración relativamente constante del embarazo. Se supone que al alcanzar el niño la placenta determinado tamaño y estado de madurez, comienza el parto. Ennumeraremos enseguida los probables factores que causan el comienzo del parto.

Al crecer el niño la presión de su cuerpo contra el útero estira el miometrio, lo que desencadena contracciones uterinas. Además, los movimientos intrauterinos del pequeño como las manos y los pies golpean contra la pared, también desencadenan contracciones lo suficientemente intensas para causar el parto.

Las contracciones rítmicas se vuelven bruscamente -- bastante intensas para producir el parto, pero la explicación tal vez sea la siguiente:

Se sabe que la irritación del cuello produce una -- reacción muscular del útero entero, volviéndolo muy excitable y aumentando sus contracciones. Se piensa que cuando las contracciones del útero alcanzan una cierta intensidad, cosa que ocurre aproximadamente al final de los -- nueve meses de embarazo, empuja la cabeza del niño contra el cuello, lo que distiende y aumenta la contracción de -- todo el útero (80)

El aumento de la excitabilidad del útero por efecto de distensión del cuello parece deberse a dos causas. En primer lugar, la estimulación cervical mandaría impulsos hacia arriba, por la propia musculatura uterina, produciendo contracción de la misma. Luego, las contracciones

uterinas se vuelven cada vez más fuertes hasta que el niño nace.

N). Producción de leche (Lactancia)

Regulación hormonal de la lactancia-prolactina

La secreción de estrógenos y progesterona inmediatamente después de la pubertad comienza a preparar a las glándulas mamarias para la lactancia. Las mamas aumentan de volumen y comienzan a desarrollarse los elementos glandulares.

Sin embargo, el grado de desarrollo glandular es relativamente ligero, comparado con el alcanzado durante la gestación.

Las grandes cantidades de estrógenos y de lactógeno placentario humano, secretadas por la placenta originan desarrollo rápido de las glándulas mamarias y la progesterona abundante convierte las células glandulares en secretorias.

Para el tiempo de nacimiento, las mamas se habrán de

sarrollado lo suficiente para producir leche. Con todo - esto, estas hormonas, a pesar de su efecto en el desarro- llo de las glándulas mamarias inhiben la formación de la- che después que nace el pequeño.

La prolactina tiene un efecto estimulante directo so- bre las glándulas mamarias, y las hace crecer, desarro- llar elementos glandulares adicionales y producir leche. En otras palabras, se hace cargo de la función del lactó- geno placentario humano que habfa sido producido por la - placenta. Además, estimula de manera directa todas las - células secretorias de la mama para que produzcan mucha - leche.

Control de la secreción de prolactina por el hipotálamo

El hipotálamo controla especialmente la se- creción de todas las hormonas de la hipófisis anterior. - En condiciones normales, controla la secreción de prolac- tina al secretar una substancia inhibidora, el factor in- hibidor de prolactina.

El mecanismo de retroalimentación controla de manera automática la cantidad de leche formada por las mamas se-

gún las demandas de alimento del niño. Por lo tanto, durante los primeros meses, después del parto, los ovarios de la madre que amamanta no suelen ovular, y el ritmo de formación de estrógeno y progesterona seguirá reducido. Sin embargo, después de unos meses reaparece el ciclo normal, incluso aunque prosiga la lactancia. Si la madre no amamanta a su hijo después del nacimiento, su siguiente aparecerá unas cuatro semanas después, y el ciclo menstrual siguiente a las seis semanas. (81)

Expulsión de leche

1. Función de la oxitocina

Cuando el niño chupa el pezón, en los primeros 45 o 60 segundos no suele extraer leche. Después, aparece bruscamente leche en los conductos de ambos pechos, -- aunque el niño mame en uno sólo; ello indica que ha ocurrido un fenómeno general para que la leche fluya hacia los pezones.

Se ha comprobado experimentalmente que mamar origina impulsos sensitivos que van a médula espinal, y finalmente al hipotálamo para estimular la producción de oxitocina.

El mecanismo de expulsión de la leche puede ser trastornado por factores psíquicos. Por ejemplo, el temor de la madre de no poder amamantar al niño puede impedirle hacerlo.

0). Composición de la leche

La leche contiene las sustancias comunes necesarias para que el niño obtenga energías y crezca. Incluyen dos tipos de proteínas: caseína y lactoalbúmina, un carbohidrato de fácil ingestión; lactosa constituida de una molécula de glucosa y otra de fructuosa y, por último, abundantes sustancias grasas como grasa de mantequilla, colesterol y fosfolípidos.

Además, la leche contiene pequeñas cantidades de vitaminas y abundante fosfato cálcico. Sin embargo, es notable la falta de hierro. No suele ser perjudicial para el niño en los primeros meses de vida, porque el hígado fetal almacena suficiente de este mineral antes del nacimiento para que continúe la elaboración de hemoglobina durante unos dos meses.

P). Efecto de la lactancia en la madre

La producción de leche por la madre en cierto sentido es una carga para el sistema metabólico tan grande como la gestación misma. En especial durante la lactancia pierde cantidades enormes de proteínas y grasas almacenadas. Además, si la dieta no posee en abundancia fosfato cálcico, las paratiroides se tornan hiperactivas. (82)

Con frecuencia la madre presenta caries dentales durante la gestación, y los médicos suelen atribuir este hecho a la pérdida del fosfato cálcico, y que las caries probablemente dependen de mayor desarrollo bacteriano en la boca durante el embarazo.

UNIDAD IV

FISIOLOGIA DEL EMBARAZO

Objetivos particulares

Al finalizar el curso las mujeres valorarán la importancia del conocimiento de los diferentes cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo, con un 90% de acierto, mediante su asistencia a la mesa redonda, en un tiempo máximo de 3 horas.

Las mujeres se formarán un criterio propio acerca del conocimiento de su fisiología durante el embarazo, con un 90% de acierto, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.1 Las mujeres serán capaces de identificar las modificaciones del útero durante la gestación, en forma escrita.

4.1.1 y además, todos los cambios que ocurren en su organismo durante la gestación, con un 85% de acierto, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.2 Explicará la forma del útero durante la gestación, en un tiempo máximo de 15 minutos.

4.2.1 y la importancia que tiene el índice de crecimiento del útero, en forma oral, con un 90% de acierto.

4.2.2 Las mujeres serán capaces de describir la consistencia del útero, durante la gestación, en forma escrita.

ta, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.2.3 Las mujeres serán capaces de diferenciar las - contracciones que ocurren durante el embarazo con las del parto, en forma oral, en un tiempo máximo de 10 minutos.

4.2.3.1 y la manera como ayudan las contraccio- nes en el crecimiento del feto, con un 90% de acierto.

4.2.4 Las mujeres serán capaces de identificar las mo- dificaciones del crecimiento del útero durante la gesta- ción, mediante su asistencia a la mesa redonda, en forma escrita.

4.2.5 Las mujeres serán capaces de distinguir la dis- posición muscular del útero, con un 85% de acierto, en -- forma escrita.

4.2.6 Las mujeres ejemplificarán los cambios que da - lugar en el sistema vascular durante la gestación, median- te su asistencia a la mesa redonda, en forma oral, con un 90% de acierto.

4.2.7 Las mujeres serán capaces de detallar la forma del istmo uterino, en un tiempo máximo de 15 minutos, en forma escrita.

4.2.8 Las mujeres serán capaces de diferenciar en for- ma oral las modificaciones características durante la ges- tación, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.3 Las mujeres serán capaces de distinguir los cambios

que se llevan a cabo en el tejido muscular, en forma escrita con un 90% de acierto.

4.3.1 y los cambios que se dan en el tejido conectivo, en un tiempo máximo de 10 minutos.

4.3.2 Las mujeres serán capaces de reconocer los cambios de vagina durante la gestación, en forma oral, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.4 Serán capaces de describir los cambios fisiológicos en las paredes abdominales durante la gestación, en forma escrita con un 90% de acierto.

4.5 Las mujeres serán capaces de distinguir las causas del aumento de las glándulas mamarias durante la gestación, en un tiempo máximo de 15 minutos, con un 85% de acierto.

4.6 Las mujeres serán capaces de señalar en forma oral los cambios de la pigmentación de la piel durante la gestación, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.6.1 Será capaz de expresar las modificaciones que ocurren en la sangre durante la gestación, en un tiempo máximo de 10 minutos.

4.7 Las mujeres serán capaces de identificar los cambios

que ocurren en el corazón de la madre durante la gestación, en forma oral, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.8 Serán capaces de detallar las modificaciones que ocurren en las vías urinarias, con un 90% de acierto, en forma escrita.

4.8.1 y sus causas, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.9 Las mujeres serán capaces de enunciar en forma oral las alteraciones que ocurren en el aparato digestivo durante la gestación, con un 85% de acierto.

4.9.1 y la importancia de la progesterona, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.10 Las mujeres serán capaces de describir la importancia del estrógeno durante la gestación, en forma escrita.

4.10.1 y la importancia de la progesterona, con un 90% de acierto, mediante su asistencia a la mesa redonda.

4.11 Las mujeres serán capaces de identificar la importancia de los efectos benéficos en el metabolismo de la gestación, en forma escrita, mediante su asistencia a la mesa redonda, con un 90% de acierto.

Experiencias de aprendizaje

1. Reconocerá la importancia del conocimiento de la fisiología del embarazo a través de la mesa redonda.
2. Participará en una discusión acerca de la importancia del tema visto.
3. Resumirá en forma oral, los temas vistos durante la mesa redonda.
4. Se formará un criterio propio acerca del conocimiento de la fisiología de su cuerpo y la manera como funciona.

Técnicas de enseñanza

- * Exposición
- * Mesa redonda

Recursos didácticos

- Acetatos
- Diapositivas
- Películas

Tiempo

2 horas

TEMARIO

FISIOLOGIA DEL EMBARAZO

A). Utero

1. Volumen
2. Forma
3. Consistencia
4. Contractilidad
5. Modificaciones
6. Disposición muscular
7. Sistema vascular
8. Isthmo uterino

B). Cuello uterino

C). Paredes abdominales

D). Mamas

E). Piel

F). Sangre y circulación

1. Volumen de la sangre y plasma
2. Crecimiento cardíaco

G). Aparato digestivo

H). Esqueleto

I). Excreción de esteroides

1. Estrógeno y progesterona
2. Andrógenos

J). Metabolismo

1. Peso
2. Metabolismo proteínico
3. Metabolismo de los carbohidratos
4. Metabolismo de las grasas
5. Metabolismo del calcio
6. Metabolismo del fósforo
7. Metabolismo del hierro

FISIOLOGIA DEL EMBARAZO

A). Utero

Las modificaciones que experimenta el útero durante la gestación son verdaderamente notables. Además de los cambios en tamaño, volumen, consistencia, posición y contractilidad, que guardan relación principal con el carácter cambiante de su contenido, se modifica el crecimiento de la mucosa, el miometrio y las estructuras vasculares.

(83)

1. Volumen

Al avanzar la gestación, el útero se dilata rápidamente para acomodar el producto de la concepción, cada vez mayor.

Según Hytten y Cheyene, el peso promedio del útero grávido a mitad del embarazo es de 300 a 400 g. y a término unos 1100 g.

2. Forma

Hasta la sexta semana el útero sigue siendo pirí--

forme: en la última parte del segundo mes se torna ovoide y esférico en el segundo trimestre cuando el huevo llega a la cavidad uterina.

Todas estas modificaciones de la forma del útero, secundarias al cambio de forma del producto de la concepción de esférico a cilíndrico, tienen importancia para el índice de crecimiento del útero y para la circulación placentaria.

3. Consistencia

La gestación causa ablandamiento progresivo del útero, que en etapa inicial es uniforme y depende principalmente de congestión en el sistema vascular cada vez más abundante.

Incluso en la sexta semana el huevo tiene volumen suficiente para modificar la consistencia uterina, y de él depende, en parte, el ablandamiento variable que se observa en esta etapa.

Al progresar las modificaciones en la pared uterina, cede cada vez más la presión, de manera que al cuarto mes el útero es bastante blando. Después del sexto mes el fo

to forma porción relativamente grande del huevo y, al avanzar la gestación, puede palpase más fácilmente a través de la pared uterina blanda.

4. Contractilidad

Las contracciones intermitentes del útero ocurren durante el ciclo menstrual, de manera especial acompañando a la ovulación y durante la catemia, continúan en el curso de la gestación. Recurren con intervalos regulares y duran 30 segundos aproximadamente. A causa de la secreción cada vez mayor de estrógenos y de la distensión creciente que resulta del crecimiento del huevo, las contracciones se tornan más vulnerables, frecuentes e intensas, aunque se ven limitadas en cierta medida por la influencia inhibitoria de la progesterona. Poco después del cuarto mes las contracciones intermitentes pueden palpase a través de la pared abdominal. (84)

Las contracciones intermitentes de la gestación difieren de las contracciones verdaderas del trabajo de parto por cuanto son indoloras y se presentan con intervalos regulares.

Asimismo, difieren de las contracciones del parto -

porque no se acompañan de retracción muscular ni de dilatación del cuello uterino. Las contracciones ayudan a -- mantener la circulación de sangre materna por el lago placental.

5. Modificaciones del crecimiento

Peso, además de que se modifica en volumen, forma, consistencia, posición y contractilidad, la masa del útero aumenta mucho.

Durante este periodo de expansión uterina la pared de la matriz se desarrolla lo suficiente para mantener o aumentar el grosor en comparación con el útero no grávido.

Cuando el producto de la concepción se alarga y adopta forma algo cilíndrica, disminuye la resistencia al crecimiento longitudinal. Disminuye la tensión y el estímulo principal para la hipertrofia uterina también mengua -- mucho, de manera que el crecimiento ulterior se logra por estiramiento y adelgazamiento progresivo de la pared de la matriz. A causa del adelgazamiento, la pared uterina, que tiene grosor aproximado de 1 cm. en etapa temprana de la gestación, disminuye a .5 cm. aproximadamente, al término de la misma. (85)

6. Disposición muscular

La disección de útero extirpados en la etapa avanzada de la gestación a originado el concepto general de que la musculatura uterina está dispuesta en tres capas poco precisas; la externa, la delgada, la interna, también la delgada, y la media gruesa.

Cuando el útero se contrae y se retrae después que se han expulsado el feto y la placenta, estos vasos experimentan comprensión, torsión y ensortijamiento, lo cual elimina el riego sanguíneo del sitio placentario. La capa media no sólo proporciona la mayor parte de la fuerza que produce la contracción uterina, sino también liga de manera eficaz los vasos que se distribuyen en los seños abiertos en el sitio placentario, de manera que impide la hemorragia postpartum cuando se ha expulsado el contenido uterino.

7. Sistema vascular

El crecimiento del útero, el desarrollo de la placenta y las necesidades metabólicas del feto aumentan la necesidad circulatoria del útero en tal medida que la sexta parte del volumen sanguíneo total de la madre está

dentro del sistema vascular del útero al término de la -
gestación. Las arterias uterinas y ováricas aumentan de
calibre, longitud y tortuosidad, se agranda el lecho capi-
lar, se dilata mucho el sistema venoso y aparecen senos -
sanguíneos extensos en el sitio placentario. (86)

8. Istmo uterino

Se denomina istmo a la porción del útero que une -
al cuello de tejido conectivo compacto con el cuerpo mus-
cular de la matriz. Los límites de esta zona de transi-
ción a menudo no son precisos.

B). Cuello uterino

El cuello uterino experimenta modificaciones caracte-
rísticas durante la gestación, que consisten en cambios -
notables de la mucosa, aumento de la vascularización y al-
go de hipertrofia e hiperplasia de tejidos muscular y co-
nectivo. El cuello uterino se ablanda progresivamente, -
fenómeno que entre las seis y ocho semanas de gestación -
alcanza grado suficiente para poderlo considerar signo de
embarazo. (87)

C). Paredes abdominales

Al avanzar la gestación el crecimiento progresivo del útero distiende al abdomen y produce estiramiento - - excesivo de la pared. Después del cuarto mes, cuando el útero a salido de la pelvis, aumenta la circunferencia abdominal.

El ombligo hundido queda al ras de la superficie cutánea para el sexto mes, y sobresale de la misma cerca - del final de la gestación. La piel en la línea media se pigmenta, lo cual forma la línea negra del embarazo, y en algunas mujeres también hay pigmentación del ombligo y la zona adyacente.

La distensión rápida y excesiva de la piel se acompaña de rotura de las capas subyacentes del tejido conectivo, que origina depresiones irregulares, onduladas, rosas o purpúreas características, llamadas estrías gravídicas. Se presentan a menudo en la porción inferior del abdomen, lados del ombligo, glúteos y porción superior de los muslos. (88)

En la producción de las estrías las hormonas del embarazo tienen mayor importancia que el estiramiento. No

hay método conocido para impedir las estrías gravídicas. Después del parto, las estrías toman aspecto plateado y recuerdan tejido cicatrizal antiguo.

El aumento rápido de la tensión abdominal afecta la aponeurosis, y ello origina distensión notable de la línea blanca. El efecto de la distensión excesiva en cualquier embarazo o el efecto acumulativo de gestaciones sucesivas, puede producir separación amplia (diastasis) de los músculos rectos.

D). Mamas

Las glándulas mamarias aumentan de volumen poco después de la primera menstruación omitida. Al final del segundo mes los pezones se tornan más eréctiles, las venas sobresalen y la areola primaria de pigmentación alrededor de los pezones se torna más oscura y posee glándulas sebáceas hipertróficas llamadas tubérculos de Montgomery. La primera manifestación de actividad secretoria se observa al final del primer trimestre, etapa en la cual puede exprimirse el calostro del pezón.

Varios meses después la zona oscura se extiende, lo

cual produce una areola secundaria moteada de pigmentación.

E). Piel

La pigmentación de la piel es frecuente durante la gestación. La areola oscura alrededor de los pezones -- crece y en la pared abdominal aparecen la línea morena y pigmentación periumbilical. La vulva también se oscurece. Se deposita pigmento en frente, nariz y mejillas, lo cual puede producir cloasma, o la llamada "máscara gravídica".

En personas de tez oscura el depósito de pigmento -- puede ser particularmente notable y poco estético. Por -- fortuna, estas anomalías faciales se desvanecen poco des-- pués de nacer el niño.

Durante la gestación las glándulas sudoríparas y sebáceas presentan hiperactividad.

F). Sangre y circulación

1. Volumen de sangre y plasma

Durante los dos primeros meses el volumen sanguíneo disminuye algo por descenso del volumen eritrocítico. Pasada esta etapa, y sobre todo en la segunda mitad del embarazo, aumentan los volúmenes sanguíneo y plasmático. El aumento es progresivo, comienza en el primer trimestre y alcanza el máximo un mes antes del término de la gestación, aproximadamente, etapa en que el volumen sanguíneo y plasmático a menudo excede en 40 o 50 por 100 del normal. (89)

En el último mes de gestación disminuye el volumen plasmático aproximadamente en 25 por 100 de la ganancia -- previa. Después del parto, sigue el descenso hasta que alcanza valores normales ocho semanas después del nacimiento, aproximadamente.

Durante el trabajo de parto e inmediatamente después, queda sangre en reserva en el sistema vascular dilatado; esta reserva, además del líquido retenido en los tejidos, permite a la puerpera soportar hemorragias moderadas durante el parto.

2. Crecimiento cardíaco

El desplazamiento hacia arriba del diafragma modi-

fica la posición del corazón de manera que, por percusión, se sospecha crecimiento cardíaco. El corazón en la embarazada es algo más pesado que en la no embarazada, y la exploración radiográfica suele revelar alargamiento de los diámetros longitudinal y transversal incluso desde el quinto mes. Parte del crecimiento de la imagen cardíaca puede depender de la dilatación del corazón resultante de aumento de volumen sanguíneo.

La menor frecuencia de insuficiencia cardíaca depende de que disminuye el trabajo que debe efectuar el corazón, a causa de la disminución de volumen sanguíneo.

G). Aparato digestivo

Aumenta la actividad de las glándulas salivales y en mujeres nerviosas puede haber secreción salival excesiva.

En ocasiones hay modificaciones peculiares de los sentidos del gusto y olfato. Algunos olores son repugnantes para determinadas mujeres.

En los primeros meses del embarazo pueden ocurrir náuseas y vómitos, que se consideran síntomas de gesta-

ción; suelen presentarse por la mañana; guardan relación con la actividad coriónica del producto en crecimiento y con la modificación del metabolismo de los carbohidratos que se observa en la etapa inicial de la gestación.

En los meses avanzados del embarazo, el útero comprime los intestinos, y el estreñimiento es frecuente. El apéndice está desplazado hacia arriba, y para el sexto mes alcanza el nivel de la cresta ilíaca.

Se advierten modificaciones de la función hepática y el metabolismo del glucógeno a menudo está trastornado.

H). Esqueleto

La postura se modifica al avanzar el embarazo; cabeza y hombros se desplazan hacia atrás para equilibrar el desplazamiento anterior del útero en crecimiento. (90)

I). Excreción de esteroides

1. Estrógeno y progesterona

Durante el embarazo se secretan estrógeno y progesterona en cantidades crecientes. El estrógeno es la hormona que se ocupa del desarrollo y actividades de los órganos reproductores de la mujer. La progesterona actúa en la preparación y conservación del producto de la gestación.

2. Andrógenos

La concentración de andrógenos plasmáticos es más alta en la sangre fetal que en la materna al término de la gestación. Estos andrógenos son producidos por suprarrenales y ovarios de la madre y por la unidad fetoplacentaria.

J). Metabolismo

La gestación parece tener efecto beneficioso en el metabolismo de lo contrario, el organismo materno no sería capaz de satisfacer las necesidades que entraña el estado grávido.

Estas necesidades incluyen asimilación y almacenamiento de sustancias suficientes para elaborar tejidos

con estos propósitos:

- a). reposición de la pérdida normal de tejidos.
- b). desarrollo y crecimiento del feto, membranas fetales y placenta.
- c). cambios preparatorios indispensables para el parto, y
- d). cambios preparatorios necesarios para la lactancia adecuada.

Además de satisfacer plenamente estas necesidades de la gestación, el cuerpo de la madre a menudo se enriquece por un excedente importante de productos metabólicos almacenados, ello se aplica en particular si la salud es buena y goza de una dieta completa y balanceada. (91)

1. Peso

Si la dieta está bien balanceada, la mujer promedio aumenta de 9 a 11 kg. durante la gestación. En los primeros meses el peso puede permanecer estático, incluso disminuir algo, a causa de los vómitos, y de las adaptaciones metabólicas que ocurren durante el primer trimestre. Después de lo anterior, mejora el apetito y la mujer experimenta sensación de bienestar general, por lo

cual aumenta progresivamente de peso hasta poco antes del final de la gestación.

2. Metabolismo proteínico

El feto necesita muy poco nitrógeno durante la primera mitad de la vida intrauterina, pasada esta etapa aumenta progresivamente el almacenamiento fetal de nitrógeno. Dos terceras partes de nitrógeno fetal total se adquieren en el último trimestre.

La necesidad fetal relativamente grande de nitrógeno en los últimos meses de la gestación revela la necesidad de ingreso proteínico materno, abundante en esta etapa, y comprueba la desventaja del parto prematuro. (92)

El exceso en cuanto a las necesidades verdaderas de la gestación probablemente se conserve preparándose para la lactación. No se ha dilucidado porqué se almacena el abundante nitrógeno no utilizado por el producto de la concepción o por el útero, glándulas mamarias y otros tejidos maternos.

3. Metabolismo de carbohidratos

La mujer normal presenta disminución de la sensibilidad a la insulina después de la vigésimosexta semana -- del embarazo.

Está comprobado también que durante la gestación algunas mujeres tienen curva de tolerancia a la glucosa característica de diabetes, pero después del parto y en el puerperio inicial no hay diabetes clínica ni química demostrable. (93)

4. Metabolismo de las grasas

Durante la gestación las grasas absorben de manera más completa por el intestino, como se comprueba por la disminución de grasas, ácidos grasos y en las heces. A causa de la mayor absorción aumentan los lípidos y las lipoproteínas de la sangre, la modificación es más notable en el plasma.

5. Metabolismo del calcio

Si el ingreso es de 1.5 g. diarios de calcio, aproximadamente, la madre embarazada almacena más calcio por mes que el que necesita el feto hasta el noveno mes, en esta etapa, el feto utiliza casi el doble de calcio que -

el organismo materno puede asimilar de la dieta y de preparados terapéuticos. (94)

Durante la lactancia debe aumentar el ingreso diario de calcio.

6. Metabolismo del fósforo

Hás de 50% del fósforo se almacena en el mes de embarazo, parte de este mineral, al igual que el nitrógeno, es utilizado por el desarrollo de tejidos maternos durante la gestación.

7. Metabolismo del hierro

El suministro materno de hierro puede modificarse por diversos mecanismos durante el embarazo. Cuando la dieta es adecuada, los vómitos en el primer trimestre pueden dificultar la ingestión y la absorción.

El volumen sanguíneo aumentado, con el aumento de eritrocitos y hemoglobina, también aumenta la necesidad materna de hierro, al igual que el crecimiento del útero y de otros tejidos. En el embarazo hay disminución gradual de la concentración sérica de hierro.

Cinco sextas partes del hierro que posee el feto a término se asimilan en el último trimestre. Dado que gran parte del hierro fetal se almacena en el hígado, como previsión de la falta relativa de este elemento en la leche materna, los prematuros tienden a presentar anemia si no se añade hierro suficiente en la dieta.

UNIDAD V

EL ASOMBROSO LABERINTO DE LA MATERNIDAD

Introducción

Muchas mujeres se preocupan mucho, pensando en la forma en que deberán atenderse a sí mismas después de dar a luz, esas preocupaciones disminuirán si la mujer tuviera suficiente información para enfrentarse a ciertos problemas concretos que pueden presentarse durante los dos primeros meses.

Primeramente veremos los cambios que se producen en el organismo de la nueva madre, el proceso que pudieramos llamar de "regreso a la normalidad orgánica", solo toma, en general, una semana, lo primero que la mujer advertirá es la flacidez del abdomen. Los tocólogos nos dicen que ya hacia el final de la sexta semana, poco más o menos, la madre estará pesando lo mismo que antes del embarazo.

Cuando ocurra así, es señal de que ha ganado sobrepeso, y no será fácil perderlo. Para prevenir el problema, no obstante, lo mejor será no abusar de la comida durante los nueve meses de espera. Pero si está amamantando a su bebé, no debe alarmarse si tiene uno o dos kilos por encima de su peso regular.

Después del parto, los senos cambian. La leche llena las glándulas mamarias entre el segundo y tercer día, y la mujer debe preocuparse por mantener sus pezones secos y limpios, para que la leche pueda fluir libremente. Esto debe hacerse con un algodón empapado en agua tibia, previamente hervida.

También puede presentarse otras molestias. La cicatrización de la episiotomía, si hubo alguna necesidad de hacerla para facilitar el parto, puede resultar un poco dolorosa (la episiotomía es una pequeña incisión que el médico hace entre el recto y la vagina, para evitar así el desgarramiento del perineo o región inferior de la pelvis). Estas molestias pueden aliviarse con el uso de emplastos calientes y de pomadas suavizantes, prescritos por el médico. Otros síntomas normales son: el estreñimiento, problemas renales o de la vejiga y hemorroides. Estos desaparecen solos en la mayoría de los casos.

Los estados depresivos, como la ansiedad y la tristeza, son normales después del parto. Casi siempre se deben a los mismos cambios hormonales que están teniendo lugar en el organismo. Debe recalcar que estos síntomas son transitorios. Por regla general, desaparecen en muy pocos días, a medida que la madre va ajustándose gradual-

monte a las nuevas circunstancias y comienza a recibir el apoyo y la comprensión de su esposo, o de la familia.

Tan pronto como la mujer da a luz, una hormona, liberada por la glándula hipofisis, estimula el flujo de leche materna, dentro de los primeros tres días siguientes al alumbramiento. En los primeros momentos, los pechos secretan calostro, una sustancia acuosa y amarillenta que no solo alimenta al recién nacido, sino que también le sirve de laxante y le transmite anticuerpos de la madre para protegerlo contra las infecciones.

Es verdad que la lactancia contribuye a acelerar el proceso de reducción del útero a su tamaño normal, pero no debe creerse, como se afirma erróneamente, que la mujer que lacta no puede quedar embarazada. La posibilidad existe, aunque sea menor que cuando no se lacta al niño.

Cuando la mujer desea esperar un poco antes de tener más hijos, no debe usar la píldora anticonceptiva, pues parte de su contenido hormonal puede pasar a la criatura a través de la leche materna. Además de la píldora puede "secar" los pechos, cortando el suministro de leche. Y por último, sepa que la lactancia "no" contribuye a que los senos se "caigan" y pierdan su firmeza. Esto se debe

a los mismos cambios hormonales.

Entre las nuevas modalidades de la ciencia de la dietética está los suplementos de protefna. Muchos médicos y dietistas, sin embargo consideran que estos suplementos no sólo son innecesarios para la inmensa mayoría de las personas, sino que también pueden ser perjudiciales, tanto para los niños como para los adultos. Entonces, ¿Qué consecuencias puede tener en los niños la ingestión excesiva de protefnas?

En bebés y niños de corta edad, el exceso de protefna concentrada puede dañar seriamente los riñones y, en casos extremos, pueden sobrevenir el estado de coma y muerte. En algunos casos, la protefna concentrada, dada a los bebés, puede llegar a producirles un grave estado de deshidratación en cuestión de muy pocas horas. Sin embargo en los adultos que padecen ya del hígado o de los riñones, los suplementos protefnicos pueden ocasionar serios problemas. Ello se debe a que los órganos se encuentran incapaces de procesar adecuadamente los residuos dejados por los altos niveles de protefna. Para mantener siempre un buen estado de salud, las personas no necesitan mucho más de 56 gramos (2 oz) diarios de protefnas.

Objetivos particulares

Al finalizar el curso las mujeres opinarán en forma oral sobre la importancia de la época de transición del embarazo y su papel en esta etapa.

Las mujeres verificarán la importancia que tiene conocer el desarrollo y evolución motora, sensorial y psíquica del bebé, mediante la asistencia al curso, con un 90% de acierto.

5.1 Las mujeres serán capaces de distinguir el significado del conocimiento de sí misma, mediante la asistencia a las dinámicas grupales, con un 90% de acierto.

5.2 Las mujeres serán capaces de analizar qué le llevará a tener un buen equilibrio de sus capacidades, en forma oral, con un 80% de acierto.

5.3 Será capaz de opinar en forma oral sobre su propio punto de vista, acerca de las emociones que se producen en el embarazo, manifestando su propia experiencia, en un tiempo máximo de 50 minutos.

5.4 Las mujeres distinguirán por escrito, el papel que

ella juega como madre y la necesidad de que el padre participe en estos temas, con un 90% de acierto.

5.4.1 sus causas y el significado de su comportamiento, en forma oral, en un tiempo máximo de 60 minutos.

5.5 Las mujeres serán capaces de analizar en forma oral las preguntas que más la inquietan durante esta etapa de transición, en un tiempo máximo de 50 minutos.

5.6 Las mujeres distinguirán la diferencia entre la forma en que se trata a las embarazadas por los hospitales y como les gustaría ser tratadas para manifestarlo ante sus médicos, en forma oral durante el curso.

5.7 Las mujeres definirán su propio concepto en forma oral acerca de los cambios internos y externos que suceden después del parto, con un 90% de precisión.

5.8 Las mujeres serán capaces de conocer y responder la importancia del apoyo por parte del padre tanto en el embarazo, como también en el parto, en un tiempo máximo de 60 minutos.

5.9 Las mujeres serán capaces de opinar en forma oral sobre las primeras experiencias de vida del niño, con un --

90% de acierto.

5.9.1 y sus propias emociones que durante esta etapa le suceden.

5.10 Las mujeres serán capaces de escuchar los comentarios de los demás padres durante la experiencia de sus hijos, en un máximo de 30 minutos.

5.11 Serán capaces de analizar en forma escrita la manera como transmiten ambos padres en forma significativa sobre el niño su personalidad, mediante la asistencia al curso.

5.11.1 y lo discutirá con los demás padres, en un tiempo máximo de 30 minutos.

5.12 Las mujeres serán capaces de analizar la importancia que tienen los muchos factores que intervienen en el desarrollo del niño, con un 90% de acierto.

5.12.1 y de conocer la relación de la madre es la más significativa en el bebé.

5.13 Será capaz de identificar el desarrollo del niño desde el primer mes hasta los 12 años a través de su asistencia al curso, con un 80% de acierto.

Experiencias de aprendizaje

1. Elaborará su propio concepto acerca sobre la etapa de transición del embarazo y la necesidad del apoyo del padre.
2. Aprovechará sus propios conocimientos obtenidos sobre el tema del desarrollo del niño desde el primer mes hasta los 12 meses.
3. Reconocerá la importancia de estar informada sobre los cambios que suceden en el desarrollo motor, sensorial y psíquico del bebé.

Técnicas de enseñanza

Dinámica grupal

Mesa redonda

Exposición

Discusión

Recursos didácticos

Película

Audiovisual

Pizarrón

Acetatos

Tiempo

4 horas

Bibliografía

El asombroso laberinto de la maternidad

Sanford, J. Matthews

Bucknum Brinley, Myrann

Edit. Edición, México 1988

TEMARIO

Embarazo época de transición

La experiencia del parto: clímax físico y emocional

Emplezas a ser madre

Nacimiento de la relación objetual

Desarrollo psicofísico del niño del primer mes hasta los 7 meses

Desarrollo del niño desde los 6 meses hasta los 12 meses

Embarazo: Epoca de transición

Quando una madre llega al consultorio del médico llorando, o a punto de llorar, a causa del temor de que algo le pase a su hijo, la pregunta que le hace el médico es: ¿Quién es la persona más importante para usted en su vida? y la respuesta que da es invariablemente desinteresada y generosa, contesta: la persona más importante para mí es mi hijo.

En este programa todos los juicios, criterios y premisas, al igual que los consejos, están basados en esta pregunta junto con su respuesta. Dentro del contexto de sus responsabilidades con su esposo e hijos, la persona más importante en su vida es, y debe ser, usted.

Es una realidad fundamental de la naturaleza humana que la persona más importante en la vida de una persona debe ser, esa misma persona. De hecho, el amor a uno mismo permite que el individuo pueda amar a los demás.

La luz de su propia vida debe brillar antes de que pueda iluminar a los demás, ya sea a su bebé de dos semanas de nacido, a su familia de cinco miembros, a la comunidad en donde vive o al mundo en general. Y este amor -

implica una confianza en sus propias habilidades para ser una persona independiente y actuar como tal.

El periodo del embarazo será la única época de su vida en que usted sea dos personas a la vez. Aunque apenas se haya iniciado su embarazo, ese pequeño ser no mayor que su dedo gordo del pie, la motivará a usted y a los que la rodean, a actuar de manera diferente. Ya no es solo una mujer, es una mujer que lleva en su seno la vida de otra persona. Pronto será la madre de alguien.

Desde los primeros resultados positivos en su prueba de embarazo hasta el momento del parto, existe una tremenda fuerza, un impulso ambiental enorme que trastornará su individualidad, puede ser una experiencia perfectamente maravillosa, y con mucha frecuencia lo es, pero también puede ser una época de confusión. Ya sea que se sienta feliz y segura, o inquieta y temerosa respecto a lo que vendrá, la realidad es que usted no es la misma de antes.

(95)

Lo mejor que se puede pedir en esta época de embarazo es un equilibrio en el que usted y su hijo que no ha nacido, estén en un estado mutuo de existencia. Esto es muy, muy importante. Debe buscar ese equilibrio que le -

permita seguir siendo la misma persona interesante y sensual que era antes del embarazo y al mismo tiempo prepararse para el nacimiento de su hijo.

Quizá este equilibrio que debe tratar de alcanzar y establecer con ese ser que crece en su interior sea el -- equilibrio más difícil de lograr ¿por qué?, porque existen ciertas estructuras que le impiden utilizar todas sus facultades para llegar a ese estado.

De repente está usted embarazada, y se vuelve en -- extremo vulnerable solamente por esta situación. Está -- abierta a las sugerencias y consejos. Puede ver sus cambios físicos y biológicos, pero los cambios emocionales -- no le son tan fáciles de catalogar, la marea de emociones que se produce en la mujer al percatarse de que está embarazada, es algo estupendo. Y aunque obviamente es verdad que sus altas y bajas emocionales tienen una explicación psicológica (por ejemplo, nuevas transiciones, nuevas responsabilidades, nuevos amores, nuevas preocupaciones, futuras realizaciones y satisfacciones) estas no son las -- únicas razones por las que su vida se encuentra en desequilibrio.

Las hormonas que intervienen para proteger y nutrir

el embarazo en su organismo también tiene efectos sobre el cerebro, su reactividad se altera, alterando a su vez su capacidad para manejar diversas situaciones emocionales.

En ocasiones se asoma y hace su aparición el control interno de sí mismo, pero a veces no. Y todos esos aspectos que ha cultivado durante su vida madura pueden quedar a merced de este flujo hormonal y natural. Este flujo puede hasta alterar su fuerza de voluntad. Lo que antes era constancia y firmeza ahora puede ser debilidad e indecisión. El truco radica en estar conscientes de esta metamorfosis y en dejarse llevar por la corriente, tratando de sentirse lo mejor posible con sí misma. (96)

Cuando usted se embaraza, la gente que la rodea percibe también las alteraciones que la aquejan y puede intensificarlas, por eso plantea la necesidad de que los demás, como su esposo, su médico y su familia, la ayuden activamente a esforzarse por alcanzar ese equilibrio intelectual. Sobre todo, porque físicamente usted no puede separar del ser que lleva dentro. Es parte de usted, es necesario que sea capaz de confiar en sí misma, y que sea aplaudida por esa confianza. La dependencia que con lleva su embarazo nunca debe tomar el mando de su vida ni --

dominarla. A pesar de que existe el tremendo imperativo de que usted se dobe a la condición por la que está pasando, nunca debe perder de vista quien es usted, donde ha estado y hacia donde va con el tiempo sola y sin ayuda.

Todo el mundo habla de madres buenas y malas, pero la verdad es que no se es madre buena o mala, y simplemente se es madre. La maternidad sencillamente existe, y se convierte en algo malo solamente cuando deja de ser maternidad y empieza a ser un esfuerzo constante por llenar ciertas normas o criterios. En otras palabras, cuando se estructura la función intuitiva, sana y normal de la mujer, inevitablemente se vuelve problemática, y esta rigidez empieza precisamente en el embarazo.

Esa primera visita al médico cristaliza esta estructura en la mayoría de las mujeres, probablemente es la primera vez en su vida que ve a un médico con tanta frecuencia, y la primera vez que aumenta de peso con tanta velocidad. Su cuerpo no le pertenece a usted por completo y no solamente lo está compartiendo con su bebé, sino que lo está exponiendo ante el médico para que ellos lo controlen. Una mujer debe ser capaz de pensar por ella misma por lo menos la mayor parte de las veces.

En primer lugar, su esposo debe de comprender la vulnerabilidad de su posición y la psicología de usted en su estado de gravidez. En segundo lugar, usted debe de comprender que es de vital importancia intensificar su confianza en sí misma y la comprensión de todos los factores cambiantes de su estado. Y así usted podría estudiar la información que se le presentara y aceptarla de una manera razonable. También podría obtener de los médicos las respuestas a preguntas que la inquietan, y debería de salir de esos encuentros con la mente libre de toda molesta trivialidad sin sentido, cuando se está embarazada, hay ciertas dudas y preguntas que pueden ser monstruosas, su importancia puede crecer hasta convertir las en espectros que la obsesionan si no puede encontrar respuesta o solución para ellas. Cuando la tensión aqueja a alguna persona, algo tiene que suceder, o tiene que negarlo, lo cual significa que tiene que desviarlo a través de algún otro mecanismo del sistema nervioso, o aceptarlo y decir: - "bien, voy a enfrentarme a este problema de la manera -- más racional y constructiva que pueda." (97)

Afortunadamente hay muchos individuos que encaran la tensión con racionalidad, al ser atacados por ella, se le enfrentan y disipan la energía de la tensión en formas positivas. Sin embargo, existe un límite para todos y pa-

sando ese límite ya no podemos controlar la tensión, ya - que no podemos absorber, está uno tan cansado, preocupado y abrumado que es imposible encauzar, y entonces almacenamos esa tensión en la cabeza y queda conectada al sistema nervioso, esta batería puede descargar su energía en todo tipo de manifestaciones aberrantes hacia sitios extravagantes del organismo (corazón, recto, intestino). (98)

La tensión del embarazo, que queda en esta última categoría y con que hay que lidiar nueve meses, es una enorme batería en su cerebro. Y toda esta energía adicional se manifiesta en una gran cantidad de formas que buscan - su salida y disipación. No es solamente la tensión física la que causa problemas, también puede ser la anticipación de la otra tensión que se presentará cuando llegue - el bebé. Y también cuenta la carga del pasado, durante - el embarazo, la dependencia que usted experimenta para -- con su compañero le produce gran cantidad de tensión también.

La experiencia del parto: Climax físico y emocional

Resulta triste y frustrante, es que en verdad no hay forma de predecir y preparar honestamente a la mujer para

el parto (solamente dar las bases para lograr un mejor conocimiento de sí misma y de su bebé). Cada mujer es tan diferente y su parto es de carácter tan único, que tener un bebé no puede pasar de unas cuantas horas de contracciones controladas, o puede doler muchísimo.

La mujer que no tuvo un periodo de labor relativamente llevadero y un parto fácil, no siempre quiere hablar al respecto, y a menudo requiere de cierta estimulación para admitir que está desencantada, aunque es muy importante que examine sus sentimientos y llegue a la raíz del asunto, por lo general, tiene la profunda sospecha de que es ella quien falló, y eso no es cierto, la falta no está en ella, sino en las esperanzas que abrigó. (99)

Dado que cada mujer responde en forma diferente a la tensión, así como es diferente a la tensión su adaptación psicológica al periodo de labor (sin mencionar el flujo completo de circunstancias externas que rodean al parto).

La escuela Lamaze y las otras escuelas de instrucción sobre el parto, son útiles, siempre y cuando los instructores se consideren facilitadores, estas clases constituyen una alternativa maravillosa al tipo de ignorancia que prevalecía en el país hace veinte años, pero es extre

madamente importante que se enfoquen de una manera humilde, como pasos que pueden o no ayudar a una pareja a través de la experiencia de dar a luz a su hijo, en ningún caso la pareja "logra" el parto natural, o "fracasa" en él. (100)

La mayoría de los obstetras modernos han asimilado el mensaje de que las mujeres estaban cansadas de que las trataran como objetos, de que estaban cansadas de que se hiciera caso omiso a sus opiniones y derechos para seguir su propio sentido común, cansadas de pasar por el parto solas y sin apoyo, derechos que los obstetras les habían negado durante muchos años.

La verdad es que el panorama de lo que puede suceder en el periodo de labor impresiona a la mujer normal que simplemente va a tener a su bebé, todo esto tiene su origen en esa ola de afecto, amor y preocupación que le invade al dar a luz. Estará usted muy sensible en estos momentos de su vida, en vez de todas las buenas ideas y decisiones firmes que una vez emanarán de usted, ahora se siente como gelatina, de repente empieza a dudar de sí misma, empieza a ser una mujer impotente con una actitud de dependencia cuando se trata del producto más importante de su vida: su hijo, ahora es una madre que a menudo

recurre a los expertos sintiéndose en cierto modo apenada, se convierte en una persona humilde cuando debería de ser una agresiva testaruda sabelotodo, porque es usted la -- experta cuando de su hijo se trata, lo que pasa es que -- sencillamente no se da cuenta de esta verdad.

Empezás a ser madre

Echemos una mirada a las primeras semanas que usted como madre, pasa en casa con su nuevo bebé, se siente cansada y adolorida y a pesar que esperaba sentirse cansada, su fatiga es mucho mayor de lo que imaginaba, es abrumadora, el cuidado del recién nacido es un periodo de vida -- exigente, por lo menos los tres primeros meses, quizá más. Sin embargo, es algo por lo que tienen que pasar usted y su hijo. Usted le ofrece a su hijo algo esencial, su yo, su vida, su tiempo. Esto es parte de su responsabilidad que asumió desde que decidió tener el bebé, el primer par de meses el bebé exige casi todo el tiempo.

Además de toda esta confusión y cambios externos, en su organismo sigue habiendo una terrible descarga de hormonas durante semanas después del parto, llegando hasta -- áreas y órganos individuales: a los ovarios, al recubri-

miento del útero, a los músculos y ligamentos uterinos, y a las trompas de falopio. Esta tormenta hormonal tiene cierto efecto, tanto en su fisiología como en su campo emocional. Existe un toque de locura que está fuera de su control, después de dar a luz a un nuevo ser y su organismo apenas en vías de recuperarse, usted no siempre puede soportar la ansiedad y tensión que la ataca desde todas direcciones. Recuerde también que la locura no solamente proviene del flujo de hormonas, la fatiga general es por parte de sueño, los estragos que dejaron el periodo de labor y el parto, y el mismo hecho de que debe estar alimentando al bebé noche y día sin descanso, también intensifican su predicamento. A esta confusión en su interior se llama disforia, de repente, sin razón, aparentemente usted rompe en lágrimas, o de continuo se siente a punto de hacerlo. Se siente preocupada, inquieta, deprimida, todo esto puede ser cuestión de una temporada nada más, pero por lo general siempre se presenta.

Probablemente se pregunte: ¿Porqué lloro?, tengo el bebé más hermoso del mundo, un esposo maravilloso que me ama, un hogar bonito y un gran futuro, ¿porqué entonces siento ganas de llorar?.

La respuesta a esta pregunta no tiene nada que ver, y tiene que ver con usted, es algo interno, existe un cambio hormonal en su interior, que ni usted ni su esposo deben de olvidar, para que el también comprenda sus cambios de humor y la mime un poco. Ustedes es una adolescente en cuanto a inestabilidad emocional se trata, no capta la realidad como debiere hacerlo, o como antes era capaz de hacerlo, llora, siente que no vale, o que está loca porque llora por nada, y se odia a sí misma por ser tan tonta, es normal. (-101-)

Durante tres meses, y a veces hasta seis, la nueva mamá puede convertirse en una gelatina que vive, respira, camina, sonríe y llora, desde luego esto depende de cada quién, del grado de individualidad que cada madre posee y con los sistemas de apoyo adecuado, esta experiencia puede no pasar de ser una leve manía, pero aún así, esta manía se da, esa locura está más allá de su control, y durante todo este tiempo nadie nota las señales de alerta, de fatiga, las ojeras, la tez pálida, las lágrimas, el comportamiento irracional, nadie atiende a sus problemas como antes de que naciera su bebé. (-102-)

Sin embargo, estas mismas presiones, cuando se presentan en el caso de una madre durante el periodo neonatal

no inducirán en ella una respuesta de autoconservación.

Criar niños es una de las situaciones más tensionantes del mundo, pero parece que ninguno de nosotros lo notamos. Todos solo pensamos que así son las mujeres, volubles, -- emocionalmente temperamentales, susceptibles, bien, pues no son así, así es como son las madres. (103)

Su esposo debe asumir las tareas más mundanas de la paternidad y aunque es cierto que dar el biberón, bañar, cambiar pañales y mecer al bebé son tareas que forman parte de la iniciación del padre en su paternidad, o al menos, deberían ser, lo más importante para ambos es recordar que la ayuda del esposo con el nuevo bebé debe ir dirigida hacia usted, la nueva mamá, y no solo hacia el niño. Desde luego que él cuida a su hijo como un fin en sí mismo, como parte de la crianza del niño, como algo que hace por el mismo como padre. Todo es parte de su iniciación en su nuevo papel, pero ambos deben darse cuenta de que él también debe asumir sus responsabilidades paternales porque usted lo necesita, está mostrando su amor por usted al igual que por su hijo, el lazo es triple, no solamente de padre a hijo y de madre a hijo, sino de padre a madre y a hijo, durante estas primeras semanas de vida familiar él da amor y cuidados a usted, para que usted pue-

da amar y cuidar a su bebé.

La diferencia es muy importante porque existen muchos casos que el padre está tan dedicado a formar el lazo con su hijo que malinterpreta su importancia, básica en la vitalidad de la familia. Muy a menudo su esposa lo necesita mucho más que su hijo en estas semanas iniciales. (104)

Porque en estas primeras semanas del inicio de la crianza de su hijo, principia un ajuste increíble. Esta iniciación a la maternidad puede ser suave o violenta, pero en cualquiera de los casos, es grande e importante, a pesar de lo insegura que se sienta usted en el cuidado del bebé, de la torpeza con que se enfrente a todas las nuevas responsabilidades como mamá y a los cólicos que el bebé sufra, usted es su madre y sólo sobre esta base, es usted quien puede criarlo mejor que nadie en el mundo. No es cuestión de amor maternal e independientemente de los difíciles que sean algunos días, existe un fuerte amor que va evolucionando entre su hijo y usted.

Esta interacción es tan valiosa, tan necesaria, tan completamente esencial en el desarrollo de la personalidad de su hijo que usted, su madre nunca debe dudar de su importancia, como madre razonable, racional y amante de -

su hijo, posee una dimensión infinita en su amor por su hijo que no se verá afectada por la interrupción de su -- trabajo fuera de casa, su hijo la ama de manera infinita. No hay forma de medir el amor madre-hijo. No hay forma -- de cuantificarlo, simplemente existe y ninguna fuerza es tan grande.

El amor y la interacción mental y corporal que se da entre usted y su bebé es la materia prima de la que se integran las personalidades.

La materia prima de la que se hace la integración -- emocional. La materia prima que le permitirá al bebé --- amar a su vez cuando se le pida amor más adelante en su - vida.

Nacimiento de la relación objetal

Las primeras experiencias de vida del niño representan, para los padres, un mundo lleno de incógnitas, hasta el punto que estos piensan, a veces, que no están preparados para afrontarlas. ¿Qué consejos puede dar el psicólogo a los padres para favorecer el desarrollo sereno y armónico de los hijos?

El psicólogo, si no conoce de forma profunda la situación específica del niño, no puede dar reglas precisas. Si lo hace, se corre el riesgo de caer en generalidades, de las cuales, hoy, conocemos los efectos negativos. Esto vale para el principio de la permisividad, con el que se ha criado una generación entera, en base al dogma de que: "es mejor dejar libre al niño para que pueda desarrollarse de forma natural mediante el proceso de autoregulación". Pero también vale para la regla opuesta, es decir la de la observación de esquemas rígidos adoptada cuando se han constatado los fracasos de la permisividad y para intentar invertir la tendencia anterior. Un comportamiento -- adecuado para un niño puede ser absolutamente contraproducente con respecto a otro, o para con el mismo niño en -- una situación distinta.

¿Qué ayuda puede dar, entonces el psicólogo, a los padres, a nivel general?, el conocer los problemas mentales y afectivos que subyacen en los comportamientos observables en los niños, puede ser útil para los padres, entonces, el psicólogo puede ayudar describiendo esos procesos, posiblemente limitándose a tomar en consideración sólo los aspectos más sobresalientes del crecimiento: por ejemplo, el desarrollo afectivo y el crecimiento de la -- evolución en la vida en relación. Otros problemas de ca-

racter más práctico: higiene, alimentación, etc., indudablemente tienen una gran importancia sobre el crecimiento psicológico, pero no son competencia electiva del psicólogo en definitiva, se trata de darles a los padres una idea general de las primeras reacciones del recién nacido en contacto con el ambiente.

No solo las actitudes educativas explícitas que los padres tienen hacia los hijos, sino también y tal vez más aún la misma estructura psíquica de los padres, y especialmente en los primeros meses de vida las experiencias afectivas anteriores de la madre. Sin embargo, hay muchos factores que influyen en la configuración del ambiente, que el niño encuentra desde el primer momento en que es concebido y desde el momento de su nacimiento. (105)

Las condiciones sociales y familiares tienen un papel muy importante, el hecho de que un niño nazca en el momento en que ambos padres lo han deseado o todo lo contrario, en el momento en que su nacimiento representa, -- por ejemplo, un serio hincapié para la consecución de una realización profesional de la madre, no es un hecho a minusvalorar. También las dificultades del embarazo y del parto pueden actuar de forma sensible sobre la actitud -- hacia el recién nacido. Las mismas características del

reción nacido, como el sexo, las características físicas, el parecido con uno de los padres, que confirman o frustran una expectativa. Esto explica como, por ejemplo, - los niños nacidos en la misma familia tengan experiencias afectivas y procesos de desarrollo distintos. Aparte de las diversidades innatas, el ambiente que rodea al segundo hijo, indudablemente es distinto al que rodeó al primogénito, el ambiente que rodea el nacimiento de un varón es distinto al que rodea al de una niña.

Esta estrecha relación con las experiencias emocionales anteriores de los padres está su sentimiento de capacidad para afrontar los problemas que el niño plantea, o a su ansiedad o su temor de no estar a la altura de desarrollar un papel tan complejo y delicado. Simplificando un poco, podríamos decir que el niño tendrá mayores dificultades y complejos en los mismos sectores en los cuales sus padres tienen conflictos no solucionados.

Pueden intervenir algunos factores que cambian las predicciones sobre la personalidad de la madre. Si es verdad que la personalidad de algunos padres actúa en forma significativa sobre el niño, indudablemente es igualmente cierto que las actitudes del niño suponen una modificación en la personalidad de los padres, podemos hablar

de una reestructuración mutua. (106)

La misma constitución original del niño puede representar, para la madre, una gratificación y, desde inicio, puede transformar una relación difícil en una relación de satisfacción mutua. Por ejemplo: Pensemos en la consecuencia que puede tener, para una madre ansiosa e insegura, el que su hijo coma rápidamente y con satisfacción y, al contrario, que presente dificultades para alimentarse, en el primer caso, la madre se sentirá más tranquila y segura en su papel materno, en el segundo, verá confirmado su propio miedo de no ser capaz, se minusvalorará aún más y perderá totalmente la confianza en la posibilidad de ser una ayuda válida para su hijo.

Se ha dicho que el desarrollo del niño es el producto de muchos factores. ¿Porqué, entonces, se atribuye tanta importancia a la relación original como madre ?.

Porque indudablemente, entre todas las relaciones, esta es la más significativa, para el niño, el nacimiento representa un cambio radical del estado anterior, un cambio sembrado de dificultades, tanto es así que se ha hablado, por parte de varios autores, de "trauma de nacimiento". Desde una situación protegida, sin tensiones,

caracterizada, en la mayoría de los casos, por una perfecta regulación homeostática; el niño pasa a una situación distinta, en la que se encuentra expuesto a una serie de estímulos y sensaciones sumamente desagradables. La angustia y la desesperación que acompañan a estas experiencias desagradables, se aliviarán paulatinamente con el --acumulo de experiencias positivas y será la madre quien --las origine.

En primer lugar, hay que precisar que por madre no entendemos en absoluto, única y exclusivamente a la madre natural. Por madre entendemos una persona a la que el niño está confiado de forma principal, y que en la mayoría de los casos, coincide con la madre biológica. Lo cual, evidentemente, no excluye que la madre tenga ayudas externas, sin embargo, para con el niño, tendrá un papel privilegiado y constante. El cambio continuo de personas, sin que ninguna de ellas asuma una posición de relieve, tiene consecuencias negativas que se han observado especialmente en los casos límite de los orfanatos. De forma más general, diremos que la ausencia de una figura constante es un elemento de confusión para el niño, retrasa su posibilidad de adquisición de costumbres y comunicaciones, que se convertirán en puntos de referencia y en bases de seguridad, tanto para el niño como para la madre misma. (107)

En las primeras semanas de vida, el niño no solo no reconoce a su madre como a una persona distinta de otras que le rodean, sino que tampoco distingue entre su propio cuerpo y el de su madre. No reconoce una diferencia entre el mundo exterior y no tiene idea de que, por ejemplo, el alimento procede de alguien que se hace interprete de sus necesidades. En los primeros tiempos conoce momentos de malestar, que pueden alcanzar crisis de pánico y desesperación, precisamente porque no tiene conocimiento de una madre en la que confiar. Este sentimiento desconfianza se construye paulatinamente, sólo después de repetidas experiencias positivas. En la mente del niño, estas experiencias positivas contribuyen a formar una imagen primero muy vaga, y después cada vez más precisas de una buena figura materna. De este modo se podrá adquirir el reconocimiento de la madre como una persona distinta de sí y sucesivamente como de otra persona distinta de otros familiares. (108)

¿ No es posible que estas experiencias positivas se acumulen en la mente del niño aunque se daban a personas distintas ?

Por supuesto, pero en el ámbito de una relación constante, es menos probable que se desarrolle aquella com---

preñión de las necesidades del niño que una madre alcanza, al mantener una relación privilegiada con él. Los sentimientos que experimenta el niño en las primeras semanas de vida, son intensos y violentos, pero su capacidad de comunicar dichos sentimientos es muy indiferenciada. Las señales y modalidades expresivas, son rudimentarias, y solo una relación muy intensa, como la que se crea entre madre e hijo, puede realizar aquella identificación que permite comprender las inquietudes y angustias del niño en cada momento. (109)

Por ejemplo, el llanto, es en los primeros tiempos una reacción frente al ambiente exterior, sin embargo, es entendido como señal por parte de la madre. El llanto significa que el niño necesita algo, y aunque es, a veces, sumamente difícil comprender esta necesidad, poco a poco, la madre aprende a distinguir las mínimas diferencias en el modo de llorar y a responder de forma adecuada a las necesidades del niño.

¿ Esta intuición y disponibilidad de la madre no corre el riesgo de crear las premisas para criar un niño mimado ? ¿ La madre debe intervenir cada vez que el niño llora ?.

En los primeros meses de vida esta preocupación carece de fundamento. Cuando se intenta dar, en la mayor medida posible, una respuesta adecuada a una señal del niño, se favorece el desarrollo de ese sentimiento de confianza del que se ha hablado, esto puede hacer evolucionar favorablemente la difícil conducción existencial del recién nacido. Una preocupación precoz de los padres para acostumbrar al niño a horarios y a costumbres conceptuadas como más deseables, puede ser motivo de frustraciones excesivas que, a veces refuerzan de forma irreversible su sentimiento de inseguridad. Por otra parte, todo esquema preconstituido puede ser perjudicial.

Hablar de frustraciones como algo que se puede evitar o administrar según la voluntad, es una forma errónea de plantear el problema. Las condiciones mismas del niño y la necesidad de afrontar cotidianamente la realidad - externa para adaptarse a ella, suponen frustraciones inevitables, que tienen un papel estructural en la formulación de la personalidad. No es imaginable una situación sin frustraciones y tampoco sería deseable, porque bloquearía el crecimiento y el desarrollo de los procesos de adaptación. Esto no significa que haya que frustrar intencionalmente al niño, para que, como se suele oír decir, "no adquiera malas costumbres".

La madre, ni deberá correr ansiosamente, cada vez -- que el niño se pone a llorar, ni deberá dejarle llorar in definitamente, su calma y situación de la comprensión, su posibilidad de no dejarse desbordar por la ansiedad, le - sugerirán en cada ocasión, el comportamiento más adecuado.

Tampoco sería realista ni lógico esperar la percep- ción de los padres. Los padres, pueden a su vez, tener - exigencias y límites que las necesidades tiránicas del re- cién nacido ponen a dura prueba. Momentos de impaciencia, sentimientos agresivos hacia el niño, son naturales y com prensibles.

Existen situaciones hoy bastante frecuentes, que se podrán considerar como excesivamente frustrantes según lo que se ha dicho sobre la relación madre-hijo. Por ejem- plo, ¿ la alimentación artificial en lugar del pecho pue de ser una condición desfavorable para el desarrollo del niño ?

Aparte de consideraciones de naturaleza fisiológica, podremos decir que no es esencial, en la situación de lac- tancia, que esta sea natural o artificial. La opción en- tre una y otra, si no se debe a factores objetivos depen- de de lo que la madre siente como más en sintonía, y más

deseable para sí y para su hijo. Una madre que toma la lactancia natural, por diferentes razones, y a la que se le obligará a ponerla en práctica, por sentido del deber o presiones externas, terminaría transmitiendo al niño su descontento, su tensión y preocupación. En dichas condiciones, la lactancia natural no sería preferible a la lactancia artificial, que garantizaría mayor tranquilidad de la madre. En la situación de la lactancia intervienen muchos factores; el contacto con el cuerpo de la madre, su voz, el calor y la postura del niño, son tan importantes como la ingestión material del alimento, y éstos se pueden garantizar lo mismo si la madre ofrece al hijo su pecho como si le diera biberón. (110)

Aparte de la importancia que tiene la relación directa del padre con el niño, en los primeros meses su papel es fundamental como apoyo a la mujer, en un período en el que ésta se encuentra situada en el centro de la vida del niño. El padre, además de compartir con la madre las operaciones prácticas para el cuidado del niño, comparte sus ansiedades y temores y puede ayudar a resolver aquellas situaciones difíciles en las cuales la madre se encuentra desmoralizada y con una sensación de desconfianza. Para el padre, por otra parte, los primeros meses de vida del hijo, pueden suponer dificultades persona

les, la dedicación de la mujer puede hacer que nazca en el padre un sentimiento de celos y de exclusión, o una envidia sutil del papel de la madre. El padre podrá superar con mayor facilidad estos sentimientos dolorosos, participando en el cuidado del niño y experimentando cada vez más interés hacia él.

Desarrollo psicofísico del niño

Edad: un mes

Actividad motora: La cabeza está girada hacia un lado.

Desarrollo sensorial y lenguaje: La actividad gustativa, olfatoria, táctil y visual (estímulos luminosos) está presente desde el nacimiento. El niño llora.

Manifestaciones principales de la actividad psíquica: Percepción del rostro.

Edad: 2 meses

Actividad motora: La cabeza está siempre girada hacia un lado, si se la levanta recae.

Desarrollo sensorial y lenguaje: El niño vocaliza (a, u, e,) emite diferentes sonidos.

Manifestaciones principales de la actividad psíquica: Pri-mera sonrisa al rostro humano.

Edad: 3 meses

Actividad motora: Levanta la cabeza de la cama, la cabeza más estable, el tronco está más rígido.

Desarrollo sensorial y lenguaje: Sigue los objetos con los ojos, (colaboración visual-motora).

Manifestaciones principales de actividad psíquica: Sonríe a los familiares juega con sus manos.

Edad: 4 meses

Actividad motora: Prefiere la posición supina, las piernas están más extendidas.

Desarrollo sensorial y lenguaje: Ríe en voz alta.

Manifestaciones principales de la actividad psíquica: Intenta aferrar los objetos. Participa activamente en el ambiente que le rodea. Intenta que los demás se interesen en él.

Edad: 5 meses

Actividad motora: Extiende las manos, rasca la superficie en que se apoya.

Desarrollo sensorial y lenguaje: Grita y se agita para llamar la atención.

Edad: 6 meses

Actividad motora: Reconoce las caras familiares de las -

de los extraños. Lloro en presencia de extraños.

Desarrollo sensorial y lenguaje: Sonríe y vocaliza al mirarse al espejo. Se desarrolla la visión macular -- (contornos, forma, etc.)

Manifestaciones principales de la actividad psíquica: Si se le ayuda está sentado, le gusta saltar cuando se le tienden los brazos.

Edad: 7 meses

Actividad motora: Se mantiene sentado solo.

Desarrollo sensorial y lenguaje: Emite algunas sílabas bien definidas, ma, da, ba, pa.

Manifestaciones principales de la actividad psíquica: Empezó a gustarle la música. Empezó a saludar con la mano por imitación.

Desarrollo del niño desde los 6 meses hasta los 12 meses

¿Cuáles son los cambios más visibles que los padres pueden notar después del sexto mes de vida?

En primer lugar, hay que decir que hay grandes diferencias entre niño y niña, y que lo que aquí se escribe -

no es más que una media, útil para nuestra necesidad de esquematización. La presencia de desviaciones, con respecto a esta media, siempre que no converjan varios factores, que lleguen a sugerir la necesidad de recurrir al pediatra, no debe alarmar.

En la segunda mitad del primer año de vida se modifica el tono muscular, y el niño puede mantener la posición sentada y adquirir la posición erecta. Esta adquisición hace que su horizonte se amplíe notablemente y que se multipliquen sus experiencias. Una coordinación mejor entre la vista y los movimientos de la mano, permiten al niño - coger objetos (en los primeros meses esto tenía un carácter absolutamente distinto, se trataba de un reflejo y no de un gesto voluntario. (111)

Se va creando una integración gradual, de un esquema corporal que permite una conciencia mayor de sí mismo, y de la madre, como persona definida.

Las sensaciones de disgusto y angustia son expresadas con modos similares a los anteriores, pero aparecen situaciones más significativas, sobre todo en relación a distinguir, a los miembros de la familia de los extraños ya diferenciar el comportamiento de respuesta ante la - -

presencia de un adulto.

La sonrisa como respuesta específica del lactante de 3 meses tiene una característica peculiar. Las personas son intercambiables y el niño no las reconoce en conjunto. Ya desde las primeras semanas el rostro tiene la propiedad de desencadenar una respuesta privilegiada: el niño sigue sus movimientos, mientras esto no suceda con cualquier otro objeto. El hecho de que el rostro sea el estímulo que el niño percibe con mayor frecuencia y que aparece en situaciones de bienestar, hace que este sea interiorizado como una señal en su memoria. A partir del tercer mes se puede constatar una manifestación de disgusto, cuando el adulto se aleja del niño, pero en este caso, la reacción se manifiesta de forma indiferenciada hacia cualquier persona.

A partir del sexto mes el niño no responde ya con una sonrisa a cualquier persona que se le presente y empieza a mostrar reacciones distintas ante familiares o extraños. Parece que, una vez que el niño ha adquirido la capacidad de reconocer a su madre, el que se le acerque un extraño supone una decepción, ya que el niño no puede ver, en ese momento, a su madre según sus deseos.

CONCLUSIONES

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se ha observado que en la actualidad y a pesar de la numerosa existencia de investigaciones, no se ha conocido una causa única originadora de la depresión postparto, pero que por lo general, muchos autores aceptan la importancia de los factores psicológicos como causa importante del problema.

De ahí la importancia de la involucración directa y activa de los padres en la realización y aplicación del programa.

Se considera de vital importancia el papel de los padres en este trabajo, ya que son ellos los que van a vivir la etapa de gestación y parto de su bebé, como también constatar una mejor información sobre el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Además de que su participación fortalecerá los lazos familiares entre padre y madre que es tan importante para este caso.

También se vio que no existe un enfoque único para la solución del problema, por lo que este trabajo se ela-

boró sobre bases eclécticas, tratando de abarcar los aspectos más sobresalientes que puedan ayudar en el tratamiento de la depresión postparto.

Dado que este programa solo comprende su diseño y no su aplicación, ni su evaluación, no se puede hablar de su eficacia, pero si se confía en la capacidad de las personas que tendrán a su cargo el llevarlo a la práctica para llegar a la obtención de los resultados esperados.

Principalmente va dirigido a psicólogos clínicos, médicos, educadores, trabajadoras sociales. También puede ser aplicado por otras personas interesadas en el tema, previamente instruidas en el caso.

El papel que este programa ocupa en el campo de la psicología, es simplemente el de establecer una metodología específica que sirva de guía a aquellas personas interesadas en el tema para saber como podrían tratarlo.

SUGERENC IAS

Sugerencias para futuras investigaciones

Debido a la incapacidad momentánea de contar con el tiempo necesario para su aplicación, se sugiere que el programa se lleve a la práctica para poder contar con datos objetivos que permitan su evaluación.

También se sugiere que este programa se tome como una guía general para la elaboración de programas de información y atención a las madres antes del parto, dando conferencias a la comunidad.

Será también de mucha importancia involucrar al padre a acudir a estas sesiones, viendo la necesidad de que ellos participen activamente.

El programa va dirigido a todos aquellos profesionistas que posean un conocimiento, cuando menos general de la psicología del embarazo, ya que el problema que se trata deber ser analizado con mucho cuidado para dar la mejor información posible.

También se sugiere que se extienda la invitación a todo el equipo multidisciplinario que esté en contacto con los futuros padres como serían médicos, ginecólogos,

trabajadoras sociales, etc.

ANEXOS

A Continuación se hablará sobre ciertos aspectos interesantes relacionados con la depresión.

- LA PERSONALIDAD DEL DEPRESIVO Y SUS CARACTERISTICAS PRINCIPALES:

Cohen y otros señalan, que la imagen típica de la situación familiar durante la infancia tiene profundas implicaciones para la personalidad del adulto. También tienen algunas relaciones dependientes muy bien establecidas de las que necesitan obtener mucha atención y amor.

Becker (1960) afirma que con frecuencia entran en contacto con ellos mismos, puesto que quieren satisfacer las exigencias de otras personas y a la vez ejercen gran presión sobre ellos mismos para triunfar, en un estudio psicológico, halló confirmación de estos rasgos de la personalidad de los pacientes maniaco-depresivos.

Beck, señala como característica dominante de la personalidad depresiva es su posesión de "una opinión negativa de sí mismo, una opinión negativa del mundo y del futuro". Como resultado de este conjunto cognoscitivo negativo, las dificultades externas asumen proporciones enormes y llevan a la depresión. También subraya que la persona

deprimida por lo general tiene un modo predominante de percibir su medio, un "esquema cognoscitivo". Esta persona selecciona las impresiones que se ajusten a este esquema, en lugar de escoger uno de varios esquemas posibles que concuerden con las impresiones externas. (113)

La personalidad depresiva está en cambio continuo, en ocasiones en una dirección positiva, pero quizás más a menudo en una negativa, dependiendo de las circunstancias externas.

Becker describe como característica de la personalidad depresiva las siguientes:

- * Poca autoestimación
- * Un patrón rígido de acción
- * Una variedad limitada de acciones posibles

Significa que la gente tiene ciertas respuestas y soluciones establecidas a los problemas de la vida, y que su forma de vida está circunscrita y sujeta a una rutina estricta.

El patrón rígido de acción se sigue por la variedad limitada de acción; al mismo tiempo, es en sí mismo un --

factor que restringe las alternativas de variedad de acción.

Un elemento importante que señala Becker es que el sujeto depresivo desea intensamente evitar la ansiedad, incluso al costo de adquirir autoestimación. Se ocupa de la interacción de los motivos humanos con las diversas maneras de experimentar el mundo y de atacar la realidad. Esto, está determinado por las condiciones prevaletientes de la realidad social y existencial.

La depresión puede variar de intensidad, desde sentimientos de ligera a intensa melancolía y profunda desesperación. De la misma manera que el miedo es, a diferencia de la ansiedad, una reacción a un peligro real, la tristeza, a diferencia de la depresión, es una reacción a una pérdida real. (114)

La depresión anacíclica es un síndrome que presentan los niños durante los primeros años de vida si les faltan los de una figura materna apropiada. Después de la separación de la madre, el niño pasa a través de una secuencia característica de cambios.

El adolescente deprimido tiende a pasar a la acción

sexualmente y antisocial. Sentimientos de desesperación, vacío y falta de voluntad puede llevar a adicciones de todo tipo.

Mucha gente débil mantiene una adaptación marginal - con relaciones de gran protección en el matrimonio o en la amistad. Cuando se interrumpen estas relaciones puede aparecer una depresión grave.

- Depresión en las mujeres:

Los estudios de este problema indican la existencia de una enorme cantidad de infelicidad y desdicha. La depresión tiene implicaciones que van más allá de las mujeres mismas.

Los niños de las madres con estos problemas pueden - sufrir y a menudo también causar problemas en sus relaciones conyugales. Es muy interesante que el riesgo de desarrollar la depresión también se relacione con la propia - niñez de la madre. Si fue separada de su mamá antes de - los once años, ello aumenta significativamente su vulnerabilidad a la depresión. Existe ya una serie completa de estudios que confirman la relación entre las experiencias

de la niñez y las características de la vida adulta, relacionadas con la paternidad.

Específicamente, la pérdida de cualquiera de los padres, está relacionada con las altas tasas de depresión, los problemas en la crianza de los niños y sus consecuencias para los bebés. Cuando los adultos se ven envueltos en algún conflicto emocional, tienen poco tiempo o energía para dedicarse a los niños.

John Bowlby, ha afirmado que una relación estable con la madre, o con una figura maternal permanente, resulta esencial para la salud adulta. (115)

Las madres necesitan de mucho apoyo y tranquilidad después del parto, cuando su vulnerabilidad las vuelve extraordinariamente sensibles a las sensaciones de indiferencia.

Donald Winnicott, describe que así como el niño necesita protección de los brazos paternos, también la madre necesita de un apoyo. (116)

La depresión después del parto se presenta dentro de las primeras 12 semanas después del parto y puede permane

cer algunos meses o varios años. (117)

- Actitud hacia la maternidad:

Debemos reconocer los diversos factores que mueven en diferentes direcciones a la mujer cuando considera la posibilidad de convertirse en madre o cuando ha iniciado un embarazo. Lo importante, no es la figura de la mujer, ni que tan atractiva o joven sea, ni si ha terminado una carrera, sino el hecho de que acepte su propia femineidad, sexual y reproductiva.

Newton niles, señala en su descubrimiento que las mujeres pretendían alcanzar una definición cultural de la femineidad se sentían menos felices con su embarazo en comparación con las que consideraban más biológicamente femeninas.

De acuerdo a los términos que proponemos, la condición culmina en la maternidad, mientras que, de hecho, la femineidad la aleja de ella.

Richard y Katherine Gordon, descubrieron que la duda intelectual, así como el conflicto acerca del papel de la

mujer y de las madres, pueden producir problemas emocionales en las mujeres embarazadas, independientemente de sus características psicológicas muy personales.

Un experimento sobre la preparación psicológica, dirigida a impedir o contrarestar el conflicto creado por el papel que se desempeña, dió como resultado una importante disminución de las dificultades emocionales durante el embarazo y condujo a que las madres fueran, mental, y físicamente más sanas después de cuatro a seis años.

- La experiencia del embarazo:

Nuestra historia nos ha dejado una amplia gama de ideas diferentes sobre lo que sucede durante el embarazo y de lo que éste significa para una mujer y su esposo. Unidas a ellas, nos encontramos con las diferentes teorías que han surgido de los estudios psicológicos durante los pasados cien años.

Probablemente cada mujer forma sus ideas acerca de su propio embarazo a partir de la combinación de conocimientos que adquiere mediante la lectura y la conversación con otras madres, así como los profesionales que se

ocupan de su cuidado. No existen dos mujeres que tengan exactamente las mismas ideas y emociones. (118)

La manera como una mujer y su esposo comparten las experiencias del embarazo dependen, en gran medida, de las ideas previas que tengan sobre la gravidez, el parto y el bebé.

Dependiendo de esto, el embarazo de la mujer puede constituir un gozo o una carga, el principio o el final de una vida de alegría, la construcción o el derrumbe de la relación marital. (119)

En esta unidad presentamos una selección de las ideas más comunes que existen acerca del embarazo, algunas pertenecientes al pensamiento profesional, otras a nuestra cultura general y otras a ambas. Algunas tienen más peso y otras son más "respetables", pero todas contribuyen tanto a la propia experiencia de la mujer como los consejos que, como verá, le ofrecen sus familiares, amigos y médico.

- La maternidad como algo instintivo

Posiblemente esta opinión es más común entre los hombres que entre las mujeres. La finalidad principal de la mujer en la vida es procrear y criar a sus hijos.

Este punto de vista se apoya en la teoría de la existencia de un conjunto de patrones innatos de comportamiento, los cuales son activados por acontecimientos que ocurren tanto en la mujer como en su ambiente.

Una vez que está embarazada, la sensación del niño dentro de su ser, y la experiencia del nacimiento, da lugar a un estado en el cual su presencia la estimula a explorarlo y posteriormente, a amarlo.

Los diferentes estudios de sociedades humanas demuestran que, pese a la gran variedad de culturas, existe un comportamiento central constante. Según parece, nosotros también tenemos un patrón de comportamiento básico extensamente conformado y guiado por las reglas de nuestras diferentes sociedades, pero bajo todas nuestras actitudes y comportamientos.

- El embarazo como promesa

Algunas veces, la futura madre, es vista como si viviera en una especie de limbo celestial, en un estado de suspensión bendita entre la adolescencia y la edad adulta. Ha dejado atrás las irresponsabilidades de la juventud, pero aún tiene que asumir las responsabilidades de la madurez maternal.

Al mismo tiempo, la maternidad está lo suficientemente cerca de ella como para adoptar un poco de aura de la maternidad de su condición materna y puede ufanarse de -- ella, muy discretamente.

Es una época de animación suspendida, cuando el niño, que aún no lo es completamente, crece dentro de ella y -- cuando las exigencias que éste hace de su cuerpo y energía todavía son imperceptibles, al menos antes las últimas etapas. La calma prevalece mientras que el crecimiento prosigue secreta, saludable y autónomamente, casi por accidente, y la futura madre se siente ajena a todo ello.

- La adaptación al embarazo

Uno de los primeros pasos más fáciles, en la tarea -

de adaptarse al embarazo y al futuro bebé consiste en empezar a actuar el papel central. En las primeras etapas, cuando el embarazo no es más que un hecho y le falta mucho para convertirse en experiencia, practicar es lo que muchas mujeres deciden hacer y en realidad es lo que necesitan.

Toda acción que eleve la conciencia y aumenta la percepción del futuro bebé ayudarán a hacerlo más real. A medida que el bebé se vuelve más real, la maternidad se torna más real y la mujer se prepara más para el parto y sus innumerables cambios subsecuentes.

Muchas de estas acciones y prácticas iniciales son copiadas directamente, por la embarazada, a partir de las de su madre, la hermana mayor o algún otro modelo. Es aquí donde muchas mujeres experimentan sus propias dificultades si no conocen bien a otra mujer que haya tenido bebés. En nuestro mundo cambiante, es muy frecuente no poder tener a la mano, a nuestro fácil alcance, a nuestra madre. Aún cuando la filosofía oficial relativa al embarazo y a la educación de los niños ha cambiado bastante, y aunque las prácticas de los hospitales han cambiado, la propia madre de una mujer constituye todavía su fuente de ayuda.

En realidad, los recuerdos de una mujer, sobre lo -- que su propia madre hizo, no son sino un punto de partida para su aprendizaje. A medida que se presenta una nueva faceta del embarazo y surge la maternidad para ser examinada, su madre es la primera persona a quien recurre de manera natural. Pero, una vez obtenido su punto de referencia en casi todos los casos una mujer buscará sus modelos entre las mujeres de su misma edad.

El impulso de buscar puede ser intenso, a pesar de -- que las preguntas puedan aparecer causales y la mujer se muestre indiferente.

Si es inteligente no seguirá cada una de las pala-- bras o consejos que le digan, ni igualará o superará a to da mujer embarazada que conozca. Aparte de otras cosas, encontrará numerosas contradicciones, puesto que cada embarazo es diferente tanto biológica como psicológicamente.

Parte de los puntos de vista que se tienen durante -- esta etapa es lo que los psicólogos llaman "magia". Si -- su madre tuvo niñas, puede imaginarse que ella tendría -- únicamente niñas y puede estar convencida de que su desti -- no es no procrear niños.

La intensidad de la búsqueda de modelos de información se refleja con frecuencia en un cambio en el círculo de amistades y conocidos de la mujer.

Las mujeres que nunca experimentan ansiedad durante el embarazo tienden a sentirse tan mal durante el parto, y después del mismo, como aquellas que experimentan niveles de ansiedad extraordinariamente altos. Esto se debe a que dichas mujeres están llevando a cabo lo que Janis denomina "trabajo psicológico". Se les presenta un problema, una crisis próxima y un encuentro con lo desconocido, y trabajan en ello. Gran parte de este trabajo no tiene lugar en forma consciente.

La mayoría de las mujeres realizan cierta cantidad de trabajo psicológico de este tipo durante los nueve meses de su embarazo.

Myra Leifer descubrió que, cualquiera que fueran las actitudes asumidas al iniciarse el embarazo -desde la extremadamente alegre hasta la de resentimiento- la mayoría transformaba su actitud en una más ambivalente al final de los primeros seis meses.

En el momento del nacimiento del niño se colocarán -

entre las primeras candidatas a largo y difícil parto, -
así como a una depresión post-natal. Niegan los cambios
que han tenido lugar en ellas, así como lo que vendrán --
más adelante.

GLOSARIO

Aspectos psicológicos de la crisis del postparto:

Se entiende a la sensación de tristeza acompañada de accesos de llanto y una sensación de inutilidad, en todo lo que respecta al cuidado del bebé.

Nutrición:

Se entiende al conjunto de funciones orgánicas por las que los alimentos sufren transformación y se hacen aptos para el crecimiento y la actividad de un ser viviente.

Fisiología del embarazo:

Ciencia que tiene por objeto estudiar las funciones de los seres orgánicos durante la gestación.

Embarazo:

Condición en que se encuentra la hembra fecundada en la que se desarrolla el producto de la concepción.

Reproducción y fisiología fetal:

Se entiende por el proceso biológico que tiene por objeto el estudio de las funciones del feto.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) MANUAL DEL EMBARAZO DESPUES DE LOS 30 AROS
Brewer, Gail Sforza
Edit. Diana. México; 1981. p.113
- (2) COMPENDIO DE PSIQUIATRIA
Freedman, M. Alfred
Kaplan, I. Harold
Sadock, J. Benjamín
Edit. Salvat. España, 1982. p.248
- (3) SENTIMIENTOS Y EMOCIONES
Young, Paul Thomas
Edit. Manual Moderno. México, 1979. p.39
- (4) p. 248 Idem
- (5) EMBARAZO Y NACIMIENTO
Macy, Christopher y Falkner, Frank
Edit. Harla. México, 1980. p.118
- (6) p. 116 Idem
- (7) p. 116 Ibidem
- (8) p. 117 idem
- (9) SENTIMIENTOS Y EMOCIONES
Young, Paul Thomas
Edit. Manual Moderno. México, 1979. p.39
- (10) EL BEBE Y SU MUNDO
Richards, Martín
Edit. Harla. México, 1980. p.16
- (11) COMPENDIO DE PSIQUIATRIA
Freedman, M. Alfred
Kaplan, I. Harold
Sadock, J. Benjamín
Edit. Salvat. México, 1982. p.500
- (12) p.500 Ibidem
- (13) p.502 idem
- (14) p.503 idem

- (15) **DEPRESION: CAUSAS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO**
Calderón Narvaez, Guillermo
Edit. Trillas. México, 1984. p.42
- (16) p. 44 idem
- (17) p. 45 idem
- (18) p. 46 idem
- (19) p. 46 ibidem
- (20) p. 58 idem
- (21) p. 59 idem
- (22) p. 85 idem
- (23) p. 85 ibidem
- (24) **PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA**
Mackinnon, Roger, A. Dr.
Michele, Robert Dr.
Edit. Interamericana. México, 1973. p.166
- (25) **MANUAL DE PSIQUIATRIA MODERNA**
Hughes, Jennifer
Edit. Limusa. México, 1984. p.35
- (26) **MANUAL DE PSIQUIATRIA**
Vernon, Patch D.
Edit. Manual Moderno. México, 1972. p.36
- (27) p. 36 idem
- (28) **DEPRESION: CAUSAS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO**
Calderón Narvaez, Guillermo
Edit. Trillas. México, 1984. p.14
- (29) p. 16 idem
- (30) **PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA**
Mackinnon, Roger A.
Edit. Interamericana. México, 1973. p.163
- (31) **MANUAL DE PSIQUIATRIA MODERNA**
Hughes, Jennifer
Edit. Trillas. México, 1984. p.39

- (32) DESARROLLO Y PSICOPATOLOGIA DE LA PERSONALIDAD
Cameron, Norman
Edit. Trillas, México, 1982. p.512
- (33) p. 682 Idem
- (34) p. 515 Idem
- (35) ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DEPRESION
Freden, Lars
Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1986.p.143
- (36) p. 167 Idem
- (37) p. 170 Idem
- (38) COMPENDIO DE PSIQUIATRIA
Freedman, H. Alfred
Kaplan, I. Harold
Sadock, J. Benjamin
Edit. Salvat, España, 1982. p.163
- (39) p. 285 Idem
- (40) p. 285 Ibidem
- (41) p. 296 Idem
- (42) PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA
Mackinnon, Roger
Michels, Robert
Edit. Interamericana, México, 1972. p.194
- (43) p. 198 Idem
- (44) p. 200 Idem
- (45) MANUAL DE PSIQUIATRIA MODERNA
Hughes, Jennifer
Edit. Limusa, México, 1984. p.41
- (46) p. 141 Idem
- (47) p. 141 Ibidem
- (48) PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA
Mackinnon, Roger
Michels, Robert
Edit. Interamericana, México, 1972. p.169

- (49) COMPENDIO DE PSIQUIATRIA
Freedman, M. Alfred
Kaplan I. Harold
Sadock, J. Benjamín
Edit. Salvat. España, 1982. p.48
- (50) CORRELACION ENTRE LA ESCALA DE DEPRESION PSICOTICA --
Y LA DEPRESION DEL M.H.P.I. Y LA ESCALA DE DEPRESION
DE ZUNG EN DELINCUENTES REINICIDENTES
Casas González, Marfa Guadalupe
México, 1984. p.8
- (51) p. 9 Idem
- (52) PSIQUIATRIA
Caso, Agustín, Dr.
Edit. Limusa. México, 1982. p.158
- (53) p. 160 Idem
- (54) MANUAL DE PSIQUIATRIA MODERNA
Hughes, Jennifer
Edit. Limusa, México, 1984. p.37
- (55) p. 38 Idem
- (56) p. 36 Idem
- (57) p. 36 Ibidem
- (58) ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DEPRESION
Freden, Lars
Edit: Fondo de Cultura Económica, México, 1986.p.45
- (59) COMPENDIO DE PSIQUIATRIA
Freedman, M. Alfred
Kaplan, I. Harold
Sadok, J. Benjamín
Edit. Salvat. España, 1982. p.207
- (60) EL BEBE Y SU MUNDO
Richards, Martín
Edit. Harala, México, 1980. p.74
- (61) p. 17 Idem
- (62) MANUAL DEL EMBARAZO DESPUES DE LOS 30 AÑOS
Brewer, Gail Sforza
Edit. Diana. México, 1981. p.40

- (63) p. 94 Idem
- (64) p. 98 Idem
- (65) p. 99 Idem
- (66) **NUTRICION Y DIETA DE COOPER**
Andreson, Linnea
Marjorie, V. Dibbe
Pirkko, R. Tkki
Mitckell, Shelen
Henderika, J. Rynbergen
Edit. Interamericana, México, 1985. p.323
- (67) p. 327 Idem
- (68) p. 328 Idem
- (69) p. 329 Idem
- (70) p. 329 Ibidem
- (71) p. 330 Idem
- (72) **EMBARAZO Y NACIMIENTO**
Macy, Christhoper y Falkener, Frank
Edit. Harla. México, 1980. p.85
- (73) p. 88 Idem
- (74) p. 90 Idem
- (75) **FISIOLOGIA HUMANA**
Guyton, Arthur
Edit. Interamericana, México, 1984. p.139
- (76) p. 160 Idem
- (77) p. 156 Idem
- (78) p. 150 Idem
- (79) p. 155 Idem
- (80) p. 157 Idem
- (81) **OBSTETRICIA DE BECKE**
Taylor, steward
Edit. Interamericana, México, 1979. p.463

- (82) p. 471 idem
- (83) p. 474 idem
- (84) p. 474 idem
- (85) p. 475 idem
- (86) p. 478 idem
- (87)
- (88) p. 479 idem
- (89) p. 158 idem
- (90) p. 159 idem
- (91) p. 159, 160 idem
- (92) p. 160 ibidem
- (93) EL ASOMBROSO LABERINTO DE LA MATERNIDAD
Stanford, J. Matthews
Bucknumbrinley, Maryann
Edit. Edivisión, México, 1988. p.21
- (94) p. 22 idem
- (95) p. 26 idem
- (96) p. 26 ibidem
- (97) p. 31 idem
- (98) p. 32 idem
- (99) p. 41 idem
- (100) p. 42 idem
- (101) p. 42 ibidem
- (102) p. 45 idem
- (103) ENCICLOPEDIA DE LA SALUD, PREGUNTAS Y RESPUESTAS
Edit. Desclee de Brouwer
México, 1983. Tomo 3, p.1057

- (104) p. 1058 idem
- (105) p. 1058 ibidem
- (106) p. 1059 idem
- (107) p. 1059 ibidem
- (108) p. 1059 ibidem
- (109) p. 1061 idem
- (110) p. 1061 ibidem

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- * Anderson, Linnea
Marjorie, V. Dibbe
Pirkko, R. Tukki
Mitchell, Shelen
Hendericka, J. Rynbergen
NUTRICION Y DIETA DE COOPER
Edit. Interamericana. México, 1985

- * Brewer, Sforza Gall
MANUAL DEL EMBARAZO DESPUES DE LOS 30 AÑOS
Edit. Diana. México, 1981.

- * Calderón Narvaez, Guillermo
DEPRESION: CAUSAS Y MANIFESTACIONES
Edit. Trillas. México, 1984.

- * Casas González, Marfa Guadalupe
CORRELACION ENTRE LA ESCALA DE DEPRESION PSICOTICA Y LA
DEPRESION DEL M.H.P.I. Y LA ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG
EN DELINCUENTES REINCIDENTES.
México, 1984.

- * Caso, Agustín
PSIQUIATRIA
Edit. Limusa. México, 1982.
- * Froden, Lars
ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DEPRESION
Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1986.
- * Freedman, H. Alfred
Kaplan, I. Harold
Sadock, J. Benjamín
COMPENDIO DE PSIQUIATRIA
Edit. Salvat. España, 1982.
- * Guyton, Arthur
FISIOLOGIA HUMANA
Edit. Interamericana. México, 1984.
- * Hughes, Jennifer
MANUAL DE PSIQUIATRIA MODERNA
Edit. Limusa. México, 1984.

- * Mackinnon, Roger A.
Michels, Robert
PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA
Edit. Interamericana. México, 1973.

- * Macy Christopher y Falkner, Frank
EMBARAZO Y NACIMIENTO
Edit. Karla. México, 1984.

- * Richards, Martin
EL BEBE Y SU MUNDO
Edit. Harla. México, 1980.

- * Taylor, Steward
OBSTETRICIA DE BEK
Edit. Interamericana. México, 1979.

- * Vernnon, Patch D.
MANUAL DE PSIQUIATRIA
Edit. Manual Moderno. México, 1972.

- * Young, Thomas
SENTIMIENTOS Y ENOCIONES
Edit. Manual Moderno. México, 1979.

- * Sanford, J. Matthews
Buck Num Brinley, Mayann
EL ASOMBROSO MUNDO DE LA MATERNIDAD
Edit. Edición. México, 1988.

- * ENCICLOPEDIA DE LA SALUD
Preguntas y respuestas
Edit. Desclée De brouwer. México, 1983. Tomo 3