

39
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

VENTAJAS DE LA EDUCACION EN
PSICOPROFILAXIS PERINATAL PARA LA
PAREJA Y SU HIJO

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
LAURA CRISTINA CORREA VALLADARES 2
Y
MARIA ELENA GALLARDO FERNANDEZ 1



267614

MEXICO, D. F. Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A S E S O R A

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Leo Gandhi Ponce Gómez", is written over a diagonal line that intersects the word "ASESORA".

LEO. Gandhi Ponce Gómez.

AGRADECIMIENTOS.

Con admiración y cariño a la profesora licenciada Gandhi Ponce Gómez por habernos brindado su asesoría y apoyo para la elaboración y culminación de la presente tesis.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por la formación académica que recibimos de los excelentes profesores con que cuenta.

A quiénes con su ayuda desinteresada, colaboraron en la realización de esta tesis.

DEDICATORIA.

A mis padres Juanita y Jesús, con gratitud y cariño que con su estímulo y apoyo incondicional hicieron que en mi germinara la semilla de la superación profesional y que diera su fruto en el más grande tesoro que pudieron darme. Mi Profesión.

A mis hermanos Juan y Martha Aurora, por sus palabras de apoyo en los momentos difíciles. Deseando que ellos también obtengan la superación personal y alcancen las metas que se han propuesto.

A mi esposo Eduardo y a mis hijos Adrián y Luis, por su comprensión, amor, cariño y tiempo proporcionado para llegar a la culminación de mi carrera. Esperando que el día de mañana ellos también obtengan la mayor herencia que pueden tener. Una Profesión.

MARIA ELENA.

DEDICATORIA.

A mis padres Lucy y Mauro, por haberme brindado su apoyo total desmedido y sin condiciones, por haber forjado en mí esta motivación de seguir superándome y llegar al final de cada meta que me proponga por difícil que esta sea. Gracias a los dos por haberme dejado esta maravillosa herencia. Mi profesión.

A mi esposo Alex, por todo su apoyo, amor, confianza y paciencia a lo largo de este camino que aunque fue muy extenso llegamos a la meta. Gracias amor.

A mis hijos Alex y Cristian, por haberme servido de estímulo para superarme y lograr esta meta. Gracias por su apoyo y comprensión y que algún día ellos lleguen a la meta que se propongan por duro que sea el camino. Los amo mucho.

A mis hermanos y cuñados, por haber
confiado en mí, por su apoyo desmedido
en todos los sentidos el cual me fue de
mucha ayuda para llegar a la cima.
Gracias.

CRISTINA.

CONTENIDO

PAG.

INTRODUCCION

1. <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</u>	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	1
1.2 PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4 OBJETIVOS.....	4
1.4.1 Objetivo General.....	4
1.4.2 Objetivos Específicos.....	4
2. <u>MARCO TEORICO</u>	6
2.1 PSICOPROFILAXIS PERINATAL.....	6

2.1.1	Conceptualización.....	6
2.1.2	Objetivos de la psicoprofilaxis perinatal.....	8
2.2	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL.....	9
2.2.1	Historia de la educación para el parto.....	9
2.2.2	El Programa de la Cruz Roja.....	12
2.2.3	El movimiento del parto natural.....	12
2.2.4	Bases teóricas de la educación para el parto.....	14
2.2.5	Teoría de Selye y la educación para el parto.....	16
2.2.6	Bases doctrinarias del Doctor Grantly Dick Read.....	19
2.2.7	Bases doctrinarias de la escuela soviética.....	23
2.3	PAUTAS GENERALES PARA FACILITAR EL PARTO.....	26
2.3.1	Dolor del parto.....	27
2.3.2	Sentimientos y dolor del parto.....	29
2.3.3	Posibilidades de influjo en el dolor del parto.....	31
2.3.4	Disminución del dolor del parto mediante reducción de la efectividad.....	31

2.3.5	Disminución de la sensación dolorosa mediante restricción de la conciencia.....	33
2.3.6	Facilitación del parto mediante regularización del tono.....	34
2.3.7	Analgesia y anestesia.....	35
2.4 METODOS DE LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL.....		38
2.4.1	El método Read - Parto sin temor.....	38
2.4.2	Método Ruso de Velvovski.....	44
2.4.3	Método francés de Lamaze.....	46
2.4.4	Método Tubinga.....	50
2.4.5	Método Fallido.....	51
2.5 EL PARTO PSICOPROFILACTICO Y SUS BENEFICIOS PARA EL TRINOMIO PADRE-MADRE-HIJO.....		53
2.5.1	El papel del padre.....	54
2.5.2	Énfasis en el padre que espera a su hijo.....	55
2.5.3	El padre participante.....	56
2.5.4	La importancia de las técnicas y confianza de ambos.....	58
2.5.5	Retos en los papeles.....	59

2.5.6	Ventajas de un vínculo más firme y de una atención ampliada.....	61
2.6	TECNICAS DE AUTOAYUDA PARA LOS PADRES.....	65
2.6.1	Curso de 8 semanas.....	65
2.6.2	Control neuromuscular-tablas de disociación.....	69
2.6.3	Gimnasia.....	74
-	Consideraciones Generales.....	74
-	Ejercicios respiratorios.....	76
-	Ejercicios generales.....	81
-	Entrenamiento de la concentración.....	92
-	Masaje.....	93
2.7	EL TRABAJO DE PARTO.....	95
2.7.1	El mecanismo del trabajo de parto.....	96
2.8	VALORACION DEL RECIÉN NACIDO.....	98
2.8.1	Puntuación de Apgar.....	98
2.8.2	Valoración Silverman-Anderson.....	99

2.9 LACTANCIA MATERNA.....	101
2.9.1 Técnica de lactancia materna.....	103
2.9.2 Ventajas de la lactancia materna.....	104
2.9.3 Contraindicaciones de la lactancia materna.....	105
3. <u>METODOLOGIA</u>	107
3.1 HIPOTESIS.....	107
3.2 CAMPO DE INVESTIGACIÓN.....	107
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	108
3.4 SELECCIÓN DE MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	108
4. <u>ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS</u>	111
5. <u>CONCLUSIONES</u>	123
6. <u>SUGERENCIAS</u>	123
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	124

BIBLIOGRAFÍA.....128

ANEXOS.....132

ANEXO 1. Cronograma de actividades.

ANEXO 2. Instrumentos de recolección de datos.

ANEXO 3. Cuadros y Gráficas.

INTRODUCCIÓN

Durante miles de años la mujer se ha enfrentado al parto con un sentimiento fatalista, generador de temores atávicos y creencias absurdas incapaz de explicarse los fenómenos de la reproducción e impotente para denominarlos o controlarlos, la embarazada llegaba al parto en una situación emocional calamitosa lo cual no siempre concluye en un trabajo de parto satisfactorio y puede provocar riesgos a la salud de la madre y del niño y las consecuencias que esto representa.

A partir de esto se ha implementado la realización de algunas actividades eminentemente preventivas como es la preparación mental y física de la mujer desde el embarazo ya que esta es la clave para lograr una evolución más satisfactoria hasta el parto y nacimiento de sus hijo.

La presente investigación se ha llevado a cabo para conocer la trascendencia y las ventajas de la educación psicoprofiláctica en las etapas de parto, parto y nacimiento.

El informe se ha integrado para facilitar su lectura y comprensión en seis capítulos.

El primer capítulo habla de la fundamentación del tema de investigación.

El segundo capítulo esta comprendido por el marco teórico que contiene conocimientos acerca del problema de estudios.

La metodología es explicada en el capítulo tres y en ella se encuentra la hipótesis y se delimita el campo de investigación, el tipo de estudio y la selección de métodos, técnicos e instrumentos de la misma.

En el capítulo cuatro, se realiza la presentación y descripción de resultados que nos proporciona amplia visión de las características encontradas en el grupo de estudio.

El análisis y discusión se enmarcan en el capítulo cinco, haciendo la interpretación de los resultados de la información recopilada, a partir de las cuales se elaboran algunas conclusiones y se sugieren alternativas de solución para la mejora de las condiciones del problema, las cuales aparecen en el capítulo seis.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.

La carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene como requisito cumplir con un servicio social al final de ella, en nuestro caso este se llevo a cabo en el Centro de Investigación Materno Infantil del grupo Gen (CIMIGEN).

En dicho lugar pudimos observar que a diferencia de otros hospitales aquí a la pareja se le permitía estar presente durante el trabajo de parto y nacimiento de su hijo y que las parejas que así lo desearan asistían a un curso de psicoprofilaxis en el cual se les proporcionaba información acerca de la reproducción humana, profilaxis psicológica y adiestramiento físico para disminuir la tensión del embarazo y parto.

Es importante mencionar que a través de los años las mujeres se han enfrentado al parto con la idea de que es un proceso doloroso, esto se deriva de los prejuicios que le han transmitido de generación en generación.

Lo antes descrito ha hecho este tema de nuestro interés y aunque se ha observado que la psicoprofilaxis en México no tiene mucha cobertura se cree necesario determinar las ventajas que posee para poder dar el auge necesario a esta situación.

1.2 PROBLEMA.

¿La Educación psicoprofiláctica de la pareja causa efectos benéficos en el trinomio padre-madre-hijo?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación se realiza pensando en que somos un país joven, con una población en que son numerosos los menores de 20 años. En este país del grupo de menores de edad que contraen matrimonio constituye el 42.4% en el sexo femenino, siendo más numerosos que el grupo de entre 20 y 25 años que es de 30.6%. Así encontramos que el 70% de la población femenina contrae matrimonio antes de los 25 años, con altas posibilidades de seguirse embarazando por más de 20 años.

Desafortunadamente el que las parejas sean fértiles y tengan hijos, varios años antes de que psicológica y socialmente sean aptos es un obstáculo para que el niño inicie su vida en condiciones que le ofrezcan seguridad. El que los padres adolescentes o muy jóvenes estén preparados para la paternidad va a depender de sus propios recursos físicos y emocionales, de las condiciones económicas de su familia y sobre todo de su educación.

Tratando de aliviar un poco este problema es que se piensa en la importancia de la preparación física y mental desde el embarazo, para lograr una evolución óptima hasta el parto y nacimiento de su hijo, tomándose en cuenta como parte importante de este proceso la participación del padre ya que este favorece la fisiología materno fetal y propicia la integración familiar, además de que se logra la formación de parejas más responsables que contribuyen al control de la natalidad.

Cabe mencionar que en el 100% de los nacimientos en el Centro de Investigación Materno Infantil del grupo Gen. (CIMIGEN) participa la pareja de la embarazada o el familiar más cercano, que el 90% de sus nacimientos por parto el trabajo de parto se hace deambulando y el nacimiento en posición sentada para favorecer el mecanismo del parto.

La psicoprofilaxis perinatal es una realidad que sigue manteniéndose relegada a pesar de la enorme cantidad de partos que se atienden diariamente. En los hospitales obstétricos es la falta de personal capacitado, lo que propicia que muchas pacientes lleguen sin preparación alguna al evento más importante de su vida.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 Objetivo General

Conocer la trascendencia de la educación psicoprofiláctica en las etapas de trabajo de parto, parto y nacimiento.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar las ventajas de la educación psicoprofiláctica en el trabajo de parto, parto y nacimiento.
- Conocer la influencia de la participación activa del padre en el trabajo de parto y nacimiento de su hijo.
- Conocer las aportaciones de la psicoprofilaxis perinatal en la detección de alteraciones durante el trabajo de parto.
- Analizar la participación de la mujer en trabajo de parto en la toma de decisiones durante su atención.

- Distinguir la relación que existe entre la adopción de posiciones, técnicas, recursos y el manejo de estrés en el trabajo de parto.
- Valorar la importancia de la psicoprofilaxis perinatal para favorecer las condiciones óptimas de la salud materno-fetal al término del trabajo de parto.
- Fomentar la participación de la licenciada en enfermería y obstetricia en la educación psicoprofiláctica de la pareja.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 PSICOPROFILAXIS PERINATAL.

2.1.1 Conceptualización.

La psicoprofilaxis perinatal es una disciplina médica relativamente reciente, que apoya a la Ginecología y a la Obstetricia, cuyos fundamentos científicos han sido derivados de la medicina, la bioquímica, la fisiología, la psicología y otras ciencias.

También se concibe como un proceso educativo integral que abarca todo el proceso reproductivo envolviendo al trinomio padre-madre-hijo.

“La educación para el parto natural” debe entenderse como la eliminación de trastornos funcionales, perturbadores del parto, que se originan como consecuencia de funciones cerebrales específicas del ser humano, mediante medidas “naturales” es decir, no medicamentosas (1)

Lamaze afirma que el método psicoprofiláctico es un sistema analgésico, ya que esta es innecesaria en el trabajo de parto cuando el método se aplica correctamente.

Los métodos psicoprofilácticos son utilizados para evitar el dolor en otros padecimientos, como los dentales y otras situaciones de tensión; aplicada al parto "La psicoprofilaxis cae dentro de dos categorías: preparación psíquica primaria que se da proporcionando y explicando a la pareja educación anatomofisiológica de la reproducción humana. La otra categoría es el adiestramiento físico en el que se enseñan ejercicios de flexibilidad y control de estrés durante el embarazo y parto". (2)

La psicoprofilaxis perinatal es una programa de preparación para el parto que da importancia particular a ejercicios físicos, de relajación técnicas de respiración y auxiliares para comodidad.

Ha tenido éxito para aliviar la tensión y el dolor durante el trabajo del parto. Esta preparación para el parto por lo general requiere de 6 a 8 sesiones tanto de práctica como de teoría.

Este programa mejora la autoconfianza y la capacidad de la paciente para llevar a cabo el trabajo de parto y nacimiento a mejor término.

El cónyuge participa como miembro activo durante el curso, para ayudar a la paciente en sus ejercicios de relajación respiración y otros en el momento de trabajo de parto y nacimiento. (3)

2.1.2 Objetivos de la psicoprofilaxis perinatal.

La psicoprofilaxis perinatal es actualmente un proceso educativo que ha evolucionado a partir de lo que se conoció como “un método para abolir los dolores de parto” sus objetivos inician descondicionando a las mujeres y su pareja de sus miedos y dudas sobre el parto, reacondicionándolos después para responder a las contracciones del parto como estímulos útiles y no como a dolores, proporcionando una educación integral que abarque todo el proceso reproductivo involucrando al trinomio padre-madre-hijo, haciendo más gratificante y responsable la función de la reproducción humana.

Para lograr lo antes mencionado es necesario destruir conexiones mentales nocivas mediante la profilaxis (prevención) a esto se llega exaltando el valor mental y sentimental de la maternidad y de la participación creativa de la pareja en el acto del parto, del amor maternal; al mismo tiempo sustituir los reflejos nocivos por otros convenientes y positivos mediante la práctica de ejercicios físicos, actividades útiles y procesos respiratorios.

2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PERINATAL.

Los antecedentes históricos de la educación para el parto institucionalizado aparecen al mismo tiempo que el desarrollo de la obstetricia como una práctica médica especializada para este campo. La educación para el parto hecho de mujer a mujer, era la comunicación de experiencias malas o buenas que generalmente consistía en una mezcla de ignorancia como aspectos reales, verdadera a medias y miles de cuentos que ayudaban a temer a lo desconocido.(4)

2.2.1 Historia de la educación para el parto.

El parto sin dolor nació en Inglaterra el año de 1929, el día en que el tocólogo Grantly Dick Read escuchó una hermosa revelación a la cabecera de una de sus pacientes. Estaba ésta en trance de dar a un niño al mundo y él como de costumbre le propuso administrarle cloroformo, a lo que ella se negó diciendo “Esto no hace daño, no puede hacer daño, ¿no?” Read concluyó que ninguna ley natural puede justificar el sufrimiento del parto. El alumbramiento es un acto fisiológico de nuestro organismo tales como la digestión o la respiración. Posteriormente el método de psicoprofilaxis se originó en Rusia, en donde nació, en 1949 el primer niño de una madre adiestrada psicoprofilacticamente (5).

Este método fue obra de Velvosky y se funda en las Investigaciones de Pavlov sobre los reflejos condicionados.

Los fisiólogos soviéticos pensaron que si el parto era un fenómeno doloroso era porque desde hacía milenios, los factores sociológicos y religiosos (el "darás a luz con dolor" de la Biblia) lo habrán transformado en un acto obligatoriamente doloroso. Por consiguiente si se llegaban a modificar los condicionamientos de las mujeres en el sentido en que el dolor no es necesariamente un elemento con natural al parto, si no que por propia voluntad podían hacer de su alumbramiento un acto esencialmente natural y bello, desaparecería el sufrimiento y los dolores en un momento tan transcendental en la vida de una mujer.

***Pioneros de la psicoprofilaxis.**

Read, tocólogo inglés que en 1932 introdujo por primera vez un método de relajación concentrada durante el parto en su primer libro comprendió y describió que el temor causa tensión y la tensión dolor lo que le llevo a tratar de eliminar el miedo al parto a través de la educación y el ejercicio.

Lamaze médico francés ofrece una idea diferente acerca del embarazo y el parto llamada método psicoprofiláctico, o método Lamaze, este método comprende una serie de técnicas de control de respiración aprendidas previamente, la mujer debe de estar acostada sobre su

espalda, asume una actitud activa, cambiando posiciones y formas de respiración para lograr mejores condiciones de parto.

Pavlov fisiólogo ruso que experimentó sobre los reflejos condicionados, sus aportaciones fueron precisamente el origen de la psicoprofilaxis perinatal.

Velvosky médico ruso que aplicó los experimentos de Pavlov, sobre los reflejos a la mujer que va a parir. El parto es doloroso porque la mujer esta condicionada al dolor por la palabra misma. La palabra "dolor" forma parte del léxico del parto. Nunca se habla de sentir las "primeras contracciones" si no de sentir "los primeros dolores".

Velvosky actuaba sobre el cuerpo de la mujer para crear reflejos útiles: educaba los nervios y los músculos que iban a entrar en juego durante el parto. Villay, médico francés que siguió la escuela de Lamaze pero dándole importancia a la preparación y participación del esposo.

La psicoprofilaxis perinatal es un entrenamiento sistematizado que contra su atención en las técnicas de respiración y relajación en México la psicoprofilaxis se empezó a practicar desde 1947, con poca difusión; fue hasta 1974 cuando se fundó la sociedad mexicana de psicoprofilaxis.

2.2.2. El programa de la Cruz Roja.

La primera organización que se dio cuenta que había un vacío en la educación, y que comenzó a actuar para subsanarlo, fue la Cruz Roja.

En 1908 comenzó en Washington D.C un curso sobre salud del hogar e higiene de enfermería, cuya quinta parte trataba de la madre y el niño. Estas primeras clases formales de educación para el parto trataban de como se debía cuidar a la madre que estaba esperando y a la que acababa de dar a luz, de como se debía cuidar al niño y cual era la dieta, conveniente el curso tuvo tal éxito que el programa se hizo nacional en 1913. Hacia 1919 la Cruz Roja había ampliado un programa público de enfermería de la salud, el cual promovía la educación de los padres de familia en forma individual. Este programa fue el precursor del servicio de salud pública y precedente que hizo que la educación para el parto se considerara como un servicio que la comunidad debía brindar ya que en tiempos del programa de la cruz roja todavía nadie hablaba de hospitalización para el parto. (6)

2.2.3 El movimiento del parto natural.

Después de la segunda guerra mundial se difundió cada vez mas la hospitalización para dar a luz. Los avances médicos en farmacología y en operatividad brindan mayor y más garantías de supervivencia al recién nacido. Este movimiento fue probablemente una

respuesta a la suposición de que estaba “interfiriendo el proceso natural” en la hospitalización, el trabajo de parto y parto mismo. Tener un “parto natural” comenzó a tener una demanda de mayor número de mujeres en todo el mundo.

Al conocerse el trabajo del Dr. Grantly Dick Read ganó popularidad entre muchas mujeres, su concepto de parto sin temor tenía el objetivo de insistir en la naturalidad del parto y difundir la idea de que tener un bebé puede ser una experiencia alegre y sana. Esta perspectiva fue el primer paso para que los padres participaran activamente en la experiencia de tener un hijo, se puede pensar que la atención maternal centrada en la familia en una parte normal y natural del ciclo vital de la unidad familiar. (7)

En los años que siguieron, las mujeres que habían tenido lo que consideraban como experiencia “exitosa”, se organizaron, algunas con la ayuda de profesionales reconocidos, otras por su propia cuenta para dar información y entrenamiento a otras mujeres. Estos grupos de educación para el parto, se organizaron en una federación que llegó a ser la I.C.E.A. (Asociación Internacional de Educación para el Parto), con cierta diversidad de filosofía y de técnicas utilizadas por los miembros construyentes de los grupos.

El método psicoprofiláctico de educación para el parto más o menos en el tiempo en que la ICEA se estaba formando apareció otra escuela hubo quejas y fracasos del método Read, algunos discípulos del doctor francés Fernand Lamaze introdujeron en los Estados Unidos

el método psicoprofiláctico del parto sin dolor o Lamaze, la formación de la sociedad americana de psicoprofilaxis en la obstetricia en Nueva York la asociación para la educación al parto sin dolor en Detroit, representaron dos técnicas de psicoprofilaxis relacionadas entre sí pero diferentes. La importancia de su aparición y desarrollo se explica por el interés de los padres en participar en la experiencia del nacimiento.

El movimiento de base que se volvió independiente fue la educación al parto, como medio de promover la atención maternal centrándola en la familia, fue una necesidad que se expresó cada vez más a lo largo de los últimos 20 años. La falta de respuesta que encontraron en el mundo profesional obligó a los padres a recurrir a la ley. El aspecto interesante de este, fue un proyecto de ley una y otra vez introducido en la cámara de diputados, que de haber sido votada, hubiera obligado a todos los hospitales que reciben fondos federales a permitir con la autorización de la madre y el médico, la presencia del padre en el trabajo de parto y parto mismo.

2.2.4 Bases teóricas de la educación para el parto.

Para entender la esencia de la educación para el parto, es necesario hacer a un lado, por el momento, el contenido de la educación del mismo y fijarse en los procesos de educación, porque es en los procesos donde se dan las semejanzas entre los distintos métodos existentes.

El marco de referencia teórico es la teoría del estrés que se basa en la conducta humana como respuesta a la situación de tensión (estrés)

Examinando la educación para el parto como adaptación a una tensión, esta teoría se puede aplicar en términos generales, a todos los métodos porque explican el proceso general de preparación al parto.

En la educación para el parto lo importante no es tanto el proceso de tensión sino el proceso para enfrentarse a la misma: el proceso de adaptación. En la actualidad la preparación al parto consta de dos elementos fundamentales la instrucción psicológica y el entrenamiento físico. (8)

La instrucción psicológica básicamente es el descondicionamiento de las ideas negativas respecto al parto y en la programación, mediante un entrenamiento adecuado de reflejos condicionados nuevos que logren inhibir las sensaciones dolorosas durante el parto. El círculo vicioso temor-tensión-dolor, se rompe así al desaparecer el temor apareciendo en su lugar una actitud positiva frente al parto.

La preparación física se basa en tres pilares: la gimnasia, la relajación y el entrenamiento respiratorio.

Los tres elementos se complementan y resulta difícil en el momento actual establecer una preparación correcta faltando uno de ellos; todos los ejercicios aprendidos durante el embarazo servirán de elementos de recambio frente a las sensaciones molestas o dolorosas del parto. Si mediante el entrenamiento psicológico recibido se ha adiestrado correctamente a la gestante, su cerebro debe crear mediante repetición, reflejos condicionados adecuados.

De este modo, los estímulos desagradables no solo serán parcialmente inhibidos sino también transformados al llegar a la mente, de forma voluntaria pero casi automática, en acciones de tipo físico (respiraciones, posiciones, relajamiento, etc.) que además de enmascarar las molestias favorecerán el curso del parto. Este es el fundamento global teórico de la preparación para el parto (9)

2.2.5 Teoría de Selye y la educación para el parto.

Entre las teorías sobre la tensión y la adaptación a la tensión la de Hans Selye es particularmente importante para entender los esfuerzos del cuerpo en un intento para enfrentarse a los momentos de tensión según Selye los seres humanos están siempre en tres planos interrelacionados entre sí: el biológico o estructural, el fisiológico o funcional y el psicológico o mental, cualquier cambio que se de en cualquiera de estos planos repercute en los otros dos. Por ejemplo: "Crawford describe la situación de la mujer en el parto. Cuando aumenta la angustia de la mujer (plano psicológico), las glándulas adrenales segregan

hormonas (plano fisiológico), que eliminan las contracciones de los músculos del vientres (plano biológico) (10).

La finalidad de la educación para el parto es suministrar a la madre de una manera tal que lo pueda asimilar, el mecanismo con el que puede hacer frente a la tensión que provoca el trabajo de parto y al parto mismo.

En el proceso del nacimiento están perfectamente identificados: La enseñanza de los hechos tal como son: la relajación controlada, y las técnicas específicas de respiración.

Según Selye conocer los hechos llevan a una sensación de control; el primer paso en la preparación consiste en suministrar datos apropiados y adecuados sobre el proceso de trabajo de parto y sobre el parto mismo, esto ayuda a disminuir la tensión provocada por algo desconocido y crea una actitud mental positiva hacia la nueva experiencia, también ayuda a la mujer y a su pareja a relacionar las técnicas de relajación y respiración en el proceso de parto.

El segundo paso para la preparación de la madre embarazada es asignarle un programa regular de ejercicios; hay 2 clases de estos que tienen la misma finalidad de adaptación a la tensión. El primer tipo de ejercicios llamados a veces de construcción del cuerpo ó de adaptación física, son a los de relajación controlada, esta practica prepara el cuerpo para lo importante

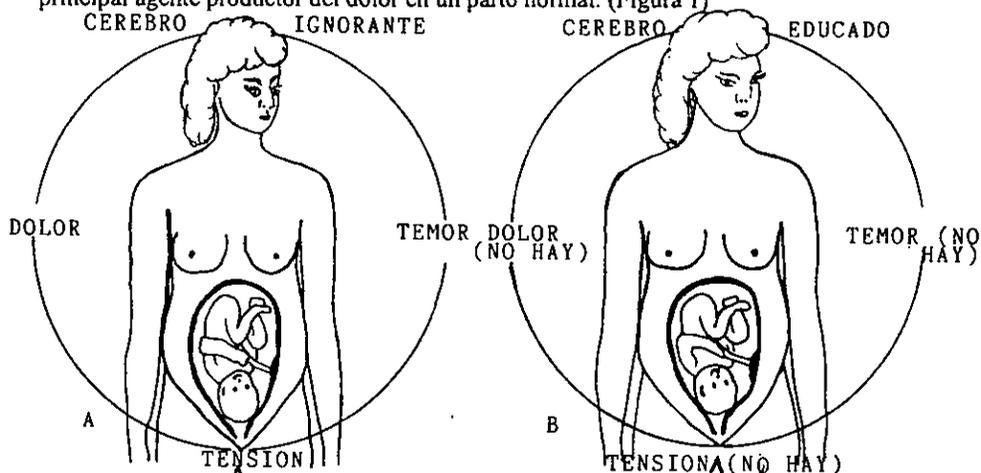
no es solo la tensión y el uso de los músculos. El hecho de ejercitarlos es el preconditionador real. Ya que el trabajo de parto es una actividad muscular progresiva.

El 2do. tipo de ejercicios son de control neuromuscular, están diseñados para desarrollar una respuesta específica y hacer capas de relajar una serie de músculos en forma selectiva esta durante la tensión es un mecanismo consiente para disminuir la tensión causada por la pérdida de control, ansiedad y la intensa percepción de dolor.

El 3er. paso para preparar a los padres que esperan un bebé a enfrentarse a la tensión provocada por el parto, es tener patrones específicos y complejos de conducta para usarlos como respuesta a las sensaciones que tienen con las tensiones. Esta actividad compleja consiste en relajación controlada combinada con respiración controlada y masaje. Los elementos comunes de la educación para el parto son la información correcta la relajación controlada y patrones de respuesta conscientes a las contracciones. Estos elementos se relacionan con los planos ya existentes estructurales funcionales y psicológicos y permiten a la parturienta, ayudada por su esposo cooperar en forma confiada e inteligente con el personal, reduciendo las tensiones del parto a un nivel manejable.

2.2.6 Bases Doctrinarias del Doctor Grantly Dick Read.

El doctor G. D Read partero inglés de ciertas experiencias que recogió en su país se fue persuadiendo de que la actitud de una mujer frente al parto tiene una considerable influencia sobre la manera en que se produce el mismo su conclusión fue que el temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal. (Figura 1)



De una serie de observaciones clínicas dedujo que existía un síndrome temer-tensión-dolor del parto.

Los sistemas nerviosos autónomos aseguran el útero un trabajo independiente y automático, pero existen también centros nerviosos superiores que regulan y controlan el trabajo del parto y que están ubicados en el cerebro y centros diencefálicos.

Las impresiones sensoriales que arrancan de las paredes del útero alcanzan al tálamo óptico, órgano donde asienta la interpretación difusa, no interpretativa del dolor y las emociones, especiales del temor. Algunas sensaciones pasan que centros diencefálicos inferiores (sueño, presión arterial, metabolismo etc.), y otros van del tallo a la corteza, donde se relacionan la experiencia pasada y presente y controlan los estímulos sensoriales que se hayan magnificado a su paso por el tallo.

La corteza reacciona de acuerdo a la intensidad del estímulo y también por su propia interpretación que si es exagerada resulta en reacción motriz, a través del sistema simpático sobre el sitio de estimulación, de modo que un estímulo que nace las paredes del útero y que apenas puede ser desagradable “interpretado” en la corteza con fuerte tanto aprensivo, resulta convertido o transformado en dolor y en descarga motora sobre el lugar de origen, dando motivo a un estado de tensión en el mismo.

Este es registrado por las nociceptores de Sherrington, (son corpúsculos sensoriales que solo acusan dos clases de estímulos. Tensión excesiva y laceración.) La tensión excesiva así impuesta por los centros superiores determina entonces dolor real.

Según la teoría del Dr. D. G. Read juega importancia la eliminación del temor y la ansiedad actuando a través del sistema nervioso vegetativo, perturban la coordinación fisiológica que

debe existir entre la contracción de las fibras circulares y longitudinales del cuello y del cuerpo del útero.

Frente a todo ataque o injuria, existen por parte del organismo dos formas de reacción: 1) lucha contra el agresor y 2) huida del peligro. En el primer caso el sistema nervioso vegetativo actúa aumentando la actividad de los músculos esqueléticos preparados para la lucha, en el segundo la preparación depende de la emoción protectora del miedo y la consecuencia resultará en huida o en una tensión paralizante.

En forma similar encontramos a la mujer que comienza su parto persuadida del peligro, y no pudiendo luchar ni escapar a él, se ve sujeta a través del sistema vegetativo a una tensión generalizada. La consecuencia será un aumento del tonismo de las fibras circulares del útero o sea un estado de tensión de las mismas.

En el parto a la contracción de las fibras longitudinales del cuerpo debe corresponder inhibición de las circulares del cuello. En cambio, la tensión de las fibras circulares ofrece resistencia a la acción, dilatadora sobre el cuello que ejercen las fibras longitudinales.

La consecuencia de esto al prolongarse, será la perturbación del curso fisiológico del trabajo y luego cansancio y agotamiento no solo del músculo uterino sino de la misma

paciente, porque la tensión no solo radica en el útero sino también se ubica en todo el sistema esquelético.

Además, la tensión aumentada de las fibras uterinas es registrada por los nociceptores de Sherrington e interpretada como dolor que a su vez exagera el temor e instala un círculo vicioso temor-tensión-dolor. Sintetiza su concepto el Dr. Read expresando mujer tensa = cuello tenso. Mujer en relajación = cuello blando. El síndrome temor-tensión-dolor puede ser cambiado por medio de la educación que neutraliza el temor y por medio de la relajación que combate a la tensión. Afirma el Dr. Read que el conocimiento y control de los fenómenos emocionales del parto resultan ciertos beneficios indudables que pueden surgir aisladamente o combinados:

- 1) Alivio de temor y ansiedad de la parturienta.
- 2) Disminución del dolor en mayor o menor grado.
- 3) Disminución de la cantidad de anestésicos o analgésicos a suministrar que puede llegar a ser nula.
- 4) Acortamiento de la duración del trabajo de parto.
- 5) Menor cantidad de pérdida de sangre en el alumbramiento.
- 6) Menor fatiga y agotamiento en el post parto.
- 7) Menor frecuencia de intervenciones.

2.2.7 Bases Doctrinarias de la Escuela Soviética.

El llamado “Método psicoprofiláctico del dolor del parto” de los parteros soviéticos, descansa en los trabajos de Bykov y su escuela : Velvosky, Nikolaiev; se basa en teoría de la actividad nerviosa superior edificada por el fisiólogo ruso Iván Pavlov.

La necesidad que tiene el organismo viviente de adaptarse continuamente a un medio exterior siempre cambiante dispone de dos categorías de reflejos.

1) Los reflejos innatos o no condicionados: estos están sólidamente organizados, se transmiten por herencia y permiten la continuidad de la especie.

Están asegurados por los centros nerviosos Sub-corticales, mesencefálicos, bulbares y medulares, persistiendo aun después de la ablación cortical.

Aunque permiten los primeros intercambios entre el ser viviente y su medio exterior, son del todo insuficientes para asegurar una perfecta adaptación a un medio exterior, físico y social en constante cambio.

2) Los reflejos adquiridos o condicionados: su aparición depende de la formación de nuevas vías o conexiones funcionales en el sistema nervioso central.

Son temporarios, peculiares de cada individuo, no hereditarios, constituyendo la razón fisiológica de los que denominamos educación o aprendizaje se localizan en la corteza cerebral y desaparecen con la ablación de la misma.

El término “condicionado” significa que deben existir ciertas condiciones para que se desarrolle este tipo de reflejo. Son insaturados fundamentalmente sobre la base de un reflejo innato o no condicionado.

Este fenómeno simple, puede en condiciones experimentales ser complicado en extremo encontrándose asociado a otros reflejos condicionados, constituyéndose las llamadas “estereotipias dinámicas”, éstas últimas son estructuras condicionadas formadas por una serie de excitantes condicionados, separados por un tiempo constante.

La “estereotipia dinámica es la base fisiológica de nuestras actividades, permitiéndonos afrontar todas las condiciones cambiantes del medio en que vivimos, orientándonos hacia el sector de preferencia.

Para ello, es indispensable que el sistema nervioso opere una selección en las excitaciones que recibe, reteniendo solo aquellas esenciales al objeto que perseguimos en un momento dado, y eliminando aquellas que son parásitos o perjudiciales. Esta selección se hace gracias a dos procesos nerviosos fundamentales: la excitación y la inhibición.

Cuando un estímulo provoca la aparición cerebral este tiende a difundirse al resto de la corteza, pero al mismo tiempo se produce una reacción contraria que tiende a localizarlo: es inhibición.

Esta actividad negativa o supresiva que tiene la inhibición se puede condicionar mientras se esta desarrollando el proceso inhibido, todos los estímulos que alcanza a este nivel, no son recibidos por la corteza.

Los estímulos que llegan a la corteza son:

- El conjunto de señales externas que constituyen la exterocepción, (los sentidos).
- El conjunto de señales internas que provienen de nuestro propio organismo o interocepción: (aparato osteomuscular y vísceras).

El sistema nervioso mantiene el equilibrio entre los dos, condición de la existencia misma.

- En el hombre existe sistema de señalización que es el lenguaje, que facilitan adaptarse a las más variadas condiciones y circunstancias de la vida.

La palabra es el mejor instrumento a nuestro alcance para adaptar a la mujer a su parto. (11)

2.3. PAUTAS GENERALES PARA FACILITAR EL PARTO.

El desarrollo del cerebro y la adquisición de la marcha erecta determinan en la mujer dificultades latentes para el parto. Esta posición erecta exige un reforzamiento del suelo de la pelvis y del cierre uterino, cuyo cambio funcional durante el parto requieren una capacidad neuromuscular especial, por otro lado los fenómenos vegetativosomáticos se hallan sometidos en el ser humano a influencias nerviosas centrales que representan una nueva adquisición filogenética. Las funciones neocorticales como la memoria, la imaginación, el pensamiento abstracto, el desarrollo de la voluntad dirigida al objeto y otras muchas posibilidades permiten no solo las funciones y actividades específicas del ser humano, sino que representan más bien una unidad superior cuyos impulsos, contrariamente al organismo animal influyen o dominan necesariamente toda nuestra corporalidad.

Estas consideraciones son necesarias para definir claramente lo que debe entenderse por educación para un parto natural: La eliminación de trastornos funcionales, perturbadores del parto que se originan como consecuencia de funciones cerebrales específicas del ser humano, mediante medidas "naturales", es decir, no medicamentosas. Como sea que estas medidas se concentran en primer lugar en el influjo psíquico, justifican con una cierta restricción las denominaciones utilizadas como sinónimo de psicoprofilaxis y facilitación

psicológica del parto el objetivo de todos los métodos para la consecución de un parto natural fue inicialmente la eliminación o disminución de los dolores del parto. (12)

2.3.1. Dolor del parto.

No se ha decidido hasta ahora de un modo definitivo si los estímulos dolorosos son recibidos solamente por órganos terminales. Nerviosas específicas y transformados en impulsos nerviosos o bien si todos los órganos terminales y, por tanto también los quimiobaros y termoreceptores, y en especial los corpúsculos terminales sensitivos, responden con impulsos dolorosos específicos a la estimulación exagerada.

La opinión de Livingston es de que los estímulos dolorosos son captados solamente por la red de Malpighio, curvas y delicadas fibras en forma de asa que se hallan distribuidas con mayor o menor densidad en todos los órganos según su sensibilidad para el dolor.

Fleckenstein admite que los receptores del dolor no son específicos sino que son los estímulos quienes desencadenan especiales series de impulsos, en su opinión toda lesión hística conduce a alteraciones químicas (acidosis, pérdida de potasio intracelular etc.), a través de estos "puentes químicos" se verifica el desencadenamiento de impulsos específicos del dolor. Según esto, el dolor muscular se origina por la acumulación de ácido

láctico a consecuencia del déficit de O₂ por consiguiente aumentan los dolores musculares sin que la irrigación sanguínea este yugulada.

Una mejoría de la irrigación sanguínea, un aporte de oxígeno y el calcio obran aliviando el dolor. (13)

El dolor ha sido definido como una sensación subjetiva de malestar o sufrimiento que se origina como resultado de estimulaciones nocivas que causan daño tisular o enfermedad de cualquier tipo. Ocupa un lugar preeminente entre todas las experiencias sensoriales por medio de las cuales el hombre es consciente de que algo (extraño) está pasando en su cuerpo.

En la primera etapa del trabajo de parto, la concentración del cuerpo del útero y del cuello uterino así como la dilatación del segmento uterino inferior producen dolor. El dolor viaja por las vías sensitivas (viscerales aferentes) que acompañan a los nervios simpáticos que penetran en la medula espinal por los niveles torácicos T10, T11, T12 y a nivel lumbar L1

También hay dolor durante la última parte de la primera etapa, cuando desciende la cabeza fetal, durante la segunda etapa del trabajo del parto (nacimiento del feto) con las contracciones continuas y la dilatación, además de que ocasionan la distensión de la parte inferior del canal del parto, la vulva y el periné. El dolor viaja por las vías sensitivas

(somáticas aferentes) que forman parte de los nervios pudendos que penetran en la medula espinal a la altura del sacro, en los niveles 2, 3, y 4.

La tercera etapa del trabajo del parto (nacimiento de la placenta) tiene la misma vía del dolor que la primera etapa del trabajo de parto (14)

2.3.2. Sentimientos y dolor del parto.

Las reacciones primitivas dolor-huida, dolor-ataque no son imaginables sin los eslabones intermedios miedo y rabia. Estas emociones están mas diferenciadas en el hombre y la suposición de que el dolor cursa siempre con el miedo o el temor.

Es evidente que a través del habito la experiencia y el juicio crítico (función gnostico-epicrítica) se altera el sentimiento no solo cuantitativamente, sino cualitativamente.

Este miedo producido por el dolor debe distinguirse estrictamente del miedo ante el dolor, que en el sentimiento de la intensificación de la resonancia afectiva aumenta la sensación del dolor y la vivencia del mismo.

Junto a los temores reales existen con frecuencia otros inconscientes, difíciles de concretar, que determinan la actitud afectiva de la mujer durante el parto.

Como fondo psicológico más profundo se ocultan a menudo detrás de un temor real evidentemente infundado.

La tensión afectiva induce una tensión vegetativa, miedo y defensa, que conducen a una elevación del tono vascular y muscular (reflejos de huida).

El aumento de la resistencia y la hipoxia refuerzan la intensidad de las contracciones uterinas y el dolor que provocan. Se origina el círculo vicioso miedo- tensión- dolor.

Los impulsos dolorosos periféricos adquieren en el sistema tálamo límbico, su tonalidad afectiva.

El miedo al parto se origina por el juego mutuo entre impulsos corticales y subcorticales. La tensión efectiva angustiada induce una tensión vegetativa (vasos, musculatura lisa) La disregulación vegetativa (hipoxia uterina, distocia) aumenta los impulsos dolorosos desde la periferia.

2.3.3. Posibilidades de influjo en el dolor de parto.

El control del dolor en el trabajo de parto depende de muchos factores. Los medicamentos tiene un papel importante, pero los factores psicológicos son igualmente importantes.

En los últimos años se ha prestado mayor atención a la preparación para el nacimiento, no solamente para la madre sino también para el padre, el cual puede ayudar y apoyar a su esposa durante el trabajo de parto. Se han empleado varios métodos para tratar de evitar el uso de medicamentos durante el trabajo de parto y el alumbramiento: hipnotismo, psicoprofilaxis, método Lamaze, acupuntura y parto por medios naturales. En esencia, son los tres principios terapéuticos siguientes los que aisladamente o en combinación variable constituyen la base de estos métodos:

- 1.- Disminución del dolor del parto mediante reducción de la afectividad.
- 2.- Disminución de la vivencia del dolor mediante restricción de la conciencia.
- 3.- Facilitación del parto mediante regulación del tono.

2.3.4. Disminución del dolor del parto mediante reducción de la efectividad.

La reducción de la efectividad es uno de los principios de la psicoterapia más importante, y competente fundamental de todos los métodos de la preparación psicológica para el parto.

El hecho de que se conciba la acción de la reducción de la efectividad que amortigua la experiencia dolorosa como estimulación de la función cortical gnóstica - epicrítica, como activación del córtex, como creación de una dominante del parto o como disminución de la resonancia afectiva a la región talamolímbica, posee en última instancia una importancia secundaria.

La eliminación o disminución de los sentimientos negativos puede ocurrir de dos maneras distintas, por un lado por vía racional explicando el proceso del parto esencialmente a través de la función de las contracciones uterinas, por devaluación racional de miedos reales exagerados, o sea mediante una educación cuidadosa preparatoria.

La intensidad y la valoración de la experiencia del dolor se reducen en la medida en que se consigue sustituir la valoración afectiva, es decir, el miedo al parto y sobre todo al dolor, con una comprensión racional del proceso y de los dolores de parto (elaboración epicrítica del dolor).

La segunda vía de la reducción afectiva es la emocional. A las temerosas se les transfiere un sentimiento de seguridad, ya sea al adquirir una relación de confianza directa en su médico, en la clínica o en el método profiláctico que aprendió.

Este acceso afectivo directo a las relaciones dolorosas somáticas y psíquicas es un principio completamente independiente de una visión racional.

La reducción afectiva se manifiesta en un doble sentido: en primer lugar queda reducida o eliminada la tensión afectiva. Se produce un cambio de actitud de la personalidad profunda frente a los estímulos dolorosos por el lado afectivo, es decir, un amortiguamiento de la percepción dolorosa y de la reacción dolorosa en la región subcortical. Además mediante una regulación del tono se obtiene indirectamente una disminución de los estímulos dolorosos periféricos. En segundo lugar se produce una corrección de las informaciones negativas individuales y supraindividuales (costumbres, tabúes) y con ello, de la elaboración del dolor gnóstico - epicrítico en la región cortical.

2.3.5. Disminución de la sensación dolorosa mediante restricción de la conciencia.

Toda concentración intensa, afectiva o intelectual, restringe la capacidad de percepción para los estímulos sensoriales que se encuentran fuera del interés del sujeto. Es decir, toda clase de concentración intensiva conduce a una protección frente a estímulos internos y externos.

Sobre este proceso psicológico normal se basa, entre otras cosas, la actitud activa frente al proceso del parto como medio de combatir el dolor. La escuela rusa lo explica desde el punto de vista de la fisiología cerebral, por la creación de un foco de excitación cortical activo, que determinaría una inhibición de los impulsos dolorosos subcorticales.

Se desprende de ello que toda constricción sugestiva de la conciencia, que se equipara a una pasividad cortical, impediría la creación de semejante foco positivo de excitación.

Existen opiniones diversas de situación, actualmente admiten investigadores que la facilitación y la inhibición de las conexiones cerebrales presuponen igualmente una actividad cerebral, con ello la concentración consciente, emocional o intelectual. La enseñanza o adiestramiento y la sugestión extraña o la autosugestión tienen teóricamente por base el mismo principio de la restricción de la conciencia a un sector de percepción circunscrito.

2.3.6 Facilitación del parto mediante regulación del tono.

Existe una estrecha relación entre el tono afectivo, el tono vegetativo y el de la musculatura de inervación voluntaria. La regulación del tono de los tres sectores funcionales se halla en íntima dependencia en los reflejos afectivos fisiológicos, por ejemplo la dismenorrea, detrás de la cual se esconde quizá el miedo de haber quedado embarazada, puede ser el espasmo del orificio uterino una consecuencia del miedo al parto.

Así una menor irrigación sanguínea del útero que trabaja conduce a través de estímulos dolorosos químicos a dolores de parto patológico. El dolor aumentado de las contracciones uterinas aparece, por tanto, no solamente como consecuencia de una disminución del umbral de excitación determinada por la emoción, sino, además, por una mayor afluencia

de impulsos dolorosos desde la periferia. Como sea que la regulación del tono representa una función correlativa, el síndrome miedo - tensión - dolor puede ser interrumpida no solamente desde el lado afectivo, mediante la eliminación del miedo al parto, sino también con gimnasia de relajación, relajación muscular y ejercicios respiratorios.

Una mujer que esté bien preparada psicológicamente para el parto ha de tener no sólo menos dolores, sino también un período de dilatación más rápido. No cabe duda de que cada uno de los tres principios terapéuticos logran una facilitación satisfactoria del parto, cuando se domina y practica con debida intensidad. (15)

2.3.7. Analgesia y Anestesia.

La tendencia moderna de la analgesia y de la anestesia obstétrica es tener un bebé alerta y una madre feliz sin dolor, que se encuentre consciente y participe activamente en el nacimiento de su bebé. El manejo adecuado del trabajo del parto y del alumbramiento es una experiencia gratificante para la madre.

La analgesia y la anestesia obstétrica se diferencian de la anestesia quirúrgica en diversos aspectos. Hay dos vidas que se deben tomar en cuenta.

El trabajo de parto exige una analgesia prolongada, como todos los medicamentos atraviesan la barrera placentaria sin mayor dificultad las dosis que se apliquen deberán ser lo más bajas posible para que produzcan analgesia máxima sin afectar el bienestar fetal.

El peligro de que la paciente presente un vómito y broncoaspire aumenta en la paciente obstétrica. Además estas pacientes llegan al hospital en cualquier momento del día o de la noche. Se encuentran aprensivas e incómodas y con mucha frecuencia son incapaces de colaborar. Según va avanzando el trabajo del parto cuando aumenta progresivamente la dilatación del cuello, la distensión del dolor y la presión, con frecuencia las pacientes frecuentemente presentan fatiga o pierden el control y requiere la aplicación de alguna forma de analgesia. Aunque muchas mujeres no necesitan medicamentos durante el trabajo del parto, es necesario utilizar una infiltración un local del periné con anestesia, aplicar un bloqueo pudiendo, brindar un suplemento de óxido nitroso o recurrir a la anestesia regional para atender el parto.

Analgesia Regional.

La analgesia regional incluye la analgesia epidural, caudal y espinal. Es el medio más eficiente con que se cuenta para aliviar el dolor durante el trabajo del parto y se utiliza para llevar a cabo una intervención quirúrgica obstétrica. En la analgesia regional, lo mismo que con las otras formas de analgesia y anestesia existen riesgos potenciales, pero si se maneja

en forma adecuada es una de las formas más seguras tanto para la madre como para el feto.

(16)

2.4 MÉTODOS DE LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL.

El dogma del parto doloroso, peligroso y penoso es la consecuencia de prejuicios y experiencias transmitidas de generación en generación. Por lo que la preparación de los padres para que sepan controlarse en el momento de trabajo de parto se adquiere por diferentes métodos psicoprofilácticos que a continuación se describen.

2.4.1 El método Read - Parto sin temor.

El tocólogo inglés Grantly Dick - Read, al atender a una mujer de pocos recursos que estaban dando a luz en su casa, vislumbró la posibilidad de un parto sin medicamentos, fue la primera vez que encontró una mujer que no quiso recibir anestesia (era la época del cloroformo). Después del parto, Read le preguntó porqué se había opuesto, a lo que la mujer respondió con otra pregunta: no me dolió no tiene porque ¿no cree doctor?, el doctor Read examinó esta pregunta durante 30 años de práctica y solo llegaba a la misma respuesta "no tiene porque" (17).

A partir de esto en 1933 publicó el procedimiento que haría posible un parto indoloro sin narcóticos o analgésicos.

El miedo - dice Read - desencadena mecanismos de defensa orgánicos, que en el caso del miedo al parto se manifiestan sobre todo por espasmos uterinos y contractura de la musculatura del suelo de la pelvis. Desafortunadamente, la tensión natural que produce el miedo influye en los músculos que están cercanos al vientre y obstaculizan la dilatación del canal, durante el nacimiento. En consecuencia el temor inhibe y causa resistencia en la salida del útero, cuando en su estado natural esos músculos deberían encontrarse relajados y libres de tensión. Esta resistencia produce dolor ya que el útero cuenta con terminales nerviosas que perciben el dolor causado por la tensión excesiva. Por lo tanto, el temor la tensión y el dolor son tres obstáculos que se oponen a la secuencia natural que intentó respetar en la preparación y en el curso del parto.

La implementación de mi teoría demuestra los medios con los que se puede vencer el miedo, eliminar la tensión y reemplazarla por una relajación, física y mental (18)

- Intensificadores del dolor, de Read.

Según Read, la mente y el cuerpo son un todo interrelacionado, su ciclo de temor - tensión - dolor es una consecuencia de esta idea. Él pensaba que es posible identificar ciertas condiciones que se pueden eliminar o por lo menos tratar ya que si persisten, van a tener influencia en el desarrollo del proceso de parto.

- 1.- La anemia puede disminuir la resistencia general al dolor según el neurólogo Henry Head pero fisiológicamente es un proceso que frecuentemente sucede con la hipervolemia del embarazo, constató que si la mujer se siente cansada y exhausta después de hacer actividades ordinarias, con falta de respiración sin causa alguna aparentemente deprimida, sin apetito, rápidamente pierde la resistencia necesaria para las tensiones del parto.
- 2.- Cansancio del cuerpo. Si la mujer comienza el trabajo de parto ya exhausta o consume muchas energías físicas o emocionales durante el proceso, en la medida en que éste avanza se hace cada vez menos apta para resistirlo y más susceptible a las sensaciones.
- 3.- Fatiga de la mente. Con esto Read se refiere a la atmósfera en que la mujer debe pasar el trabajo de parto. Asegura que sobre estímulos sensoriales de cualquier género interfieren con las capacidades de concentración y por lo tanto aumentan las molestias.
- 4.- Depresión y desagrado. Read también atribuye esto a la atmósfera que circunda el trabajo de parto. Asegura que sobre estímulos sensoriales de cualquier género interfieren con las capacidades de concentración y por lo tanto aumentan las molestias.
- 5.- Pérdida de control. Cuando pierde su sentido de control aumenta su respuesta a todos los estímulos.

- 6.- Centralización de pensamiento. Concentrar toda la tensión de la contracción, en sus causas y en sus resultados, invariablemente intensifica la preparación de la sensación.
- 7.- Autosugestión. La función de ésta es el resultado directo de experiencias pasadas o de recuerdos de sensaciones acumulados en el subconsciente. Como el dolor es una experiencia subjetiva, cuando se inician las contracciones los recuerdos personales entran en juego y tienen un efecto directo en la preparación que la mujer tiene del dolor.
- 8.- Sugestión. La mujer misma genera sugestión por las personas que la rodean, el ambiente, y lo que la madre o las amigas le han dicho sobre lo doloroso que son las contracciones. Todo esto contribuye a que sienta el dolor anticipadamente.

La relajación, según Read como resultado de sus percepciones de la interrelaciones mente - cuerpo, se interesa en el examen de sistemas para ayudar al descanso de la mente, como en las técnicas de relajación del cuerpo. Está convencido de que la mayor parte de las mujeres en su mente tienen imágenes de como es el parto. Algunas de estas imágenes. son parte de sus fantasías sobre el crecimiento y desarrollo del bebé, pero muchas de ellas son aprendidas como parte de su herencia cultural de las cuales ignoran el proceso fisiológico del nacimiento tanto como del trabajo de parto y el parto mismo.

La posición recomendada para relajarse es descansar sobre el lado derecho o sobre el lado izquierdo.

La práctica de relajación durante el embarazo sigue un patrón constante debido al hecho de que una respiración lenta tiene un efecto tranquilizante, esta se combina con los esfuerzos para relajarse.

La educación.

Read reconoció la urgente necesidad de educar a la mujer en el período que antecede al parto. Estos fueron los tres principios que lo guiaron en el cuidado de las mujeres embarazadas:

- El primer principio es asegurar la buena salud, tanto física como mental, durante el embarazo, disminuyendo así las molestias del trabajo de parto y la necesidad de interferencia. En segundo lugar, satisfacción materna y que la relajación madre - hijo sea plena de orgullo y alegría, sin resentimiento a recuerdos turbadores.

En tercer lugar, que la madre esté dispuesta a tener más hijos a causa de no y a pensar de su experiencia en el parto.

Una educación adecuada durante el período antes del parto es la base del método Read disipar mitos y suministrar información cuidadosa y fácilmente entendible del proceso del parto, puede hacer que el parto llegue a ser otra vez una función fisiológica, un aspecto normal de la vida humana.

Una información adecuada que supera el miedo que se alimenta en la ignorancia, permite que la mujer se relaje completamente, reduciendo su tensión muscular al mínimo y permitiéndole reducir su actividad mental también al mínimo.

Las técnicas de respiración son corolario necesario de la relajación para reducir la tensión y para mantener a la madre y al hijo en un ambiente de calma.

Read recomienda principalmente tres técnicas: respiración profunda abdominal y torácica, respiración superficial y sostenimiento de la respiración para la segunda etapa del parto.

Los medicamentos.

Read ha establecido tres reglas para el uso de anestésicos.

- 1.- No se debe permitir que ninguna mujer sufra en el momento del parto.

- 2.- Los analgésicos están al alcance de la paciente para que los tome cuando y si lo cree necesario.
- 3.- Los analgésicos se suministran como medicina o como inhalantes, de acuerdo con el juicio del responsable (19)

2.4.2 Método Ruso de Velvovskí - (psicoprofilaxis del dolor del parto).

A partir del método hipnosugestivo para combatir el dolor en obstetricia desarrollaron Velvovskí y sus colaboradores, en 1949, probablemente bajo el influjo de las ideas de Read, un procedimiento destinado a facilitar al mayor número posible de mujeres “un parto sin dolor”.

Los éxitos con la hipnosis habían demostrado que es posible obtener una analgesia mediante sugestión verbal directa, y que una de las condiciones previas más importantes para ello era la eliminación del temor y del miedo.

Estos hechos de la experiencia forman la base de la psicoprofilaxis propuesta por Velvoski, la cual contrariamente a las técnicas hipnosugestivas, abandona el elemento del descenso de la conciencia o trata de reducirlo a un mínimo.

La escuela rusa pretende una educación para el parto y considera el parto indoloro como un objetivo alcanzable por la enseñanza y el ejercicio espiritual.

De la misma manera que mediante el aprendizaje puede crearse un centro aritmético antes inexistente, tiene que crearse también un “centro del parto” que se entiende como una unidad funcional, no anatómica, que se compone de diversos elementos cerebrales.

Todas las medidas de profilaxis tienden a la activación del córtex.

La hipnosis la relajación afectiva y el hundimiento determinan una inhibición de la corteza cerebral y serian contrarias a la psicoprofilaxis cuya principal base teórica es precisamente la activación . Las ideas falsas transmitidas que tienen el carácter de reflejos condicionados, se corrigen mediante la explicación, los traumas psíquicos que se desprenden de una anamnesis meticulosa son eliminados mediante una conversación psicoterapéutica y reemplazados por ideas positivas.

Mediante la doctrina de Pavlov se hace comprender a la embarazada que la idea de un dolor de parto obligado es falsa y que el dolor del parto es evitable mediante esfuerzos propios.

Un valor educativo, es el que se le indica a la embarazada que durante las contracciones del período de dilatación inspire y espire profundamente. Si la respiración no es suficiente para “amortiguar” el dolor de las contracciones uterinas, entonces la parturienta a una indicación

de la comadrona, roza con la punta de sus dedos la piel del hipogastrio o ejerce presión con los puños sobre los llamados puntos de profilaxis del dolor (Espina iliaca anterosuperior, músculos romboideos). La acción de esta distracción de los dolores de parto se explica también con una elevación del umbral de la actividad cortical.

Los factores perturbadores del medio ambiente, sobre todo las sugerencias verbales negativas, conducen a la inhibición y con ello al trastorno del equilibrio cortical - subcortical (20)

2.4.3 Método Francés Lamaze - el parto sin dolor.

Según Lamaze, el parto sin dolor se fundamenta en la comprensión primordial de que el dolor es una entidad. Los aspectos físicos y psicológicos del dolor son inseparables. No obstante el dolor y las contracciones de la matriz son dos fenómenos distintos que han sido relacionados por la mente humana. El método Lamaze del parto sin dolor intenta eliminar del parto sus asociaciones negativas y formar nuevos reflejos condicionados que sirven para eliminar el dolor asociado con las contracciones, utilizando el sistema nervioso de las pacientes.

El dolor según Lamaze.

Lamaze pone mucha atención a la fisiología del dolor. Su interés por el sistema nervioso y sus respuestas es el núcleo de su manera de tratar el dolor.

El sistema nervioso no únicamente da vida al conjunto (cuerpo), hace todavía más; adapta el funcionamiento de nuestro cuerpo a los cambios del ambiente.

La adaptación es la clave todo lo que sigue al método Lamaze, es un esfuerzo para que el cuerpo se adapte. Muchos aspectos del método Lamaze provienen de la reflexología rusa ya que creía que toda conducta, incluso la de los animales más desarrollados, es el resultado de reflejos innatos que son respuestas automáticas o reflejos condicionados que se aprenden.

Lamaze y la reflexología.

En su papel de intermediario entre el cuerpo y su ambiente, el sistema nervioso funciona, en su nivel más básico, como un mecanismo de recepción - respuesta. Un estímulo específico obtiene una respuesta específica, este fenómeno es la actividad refleja, algunos reflejos son innatos como parpadear cuando un objeto se acerca al ojo. Estos reflejos se llaman absolutos y son permanentes y estables a condición de que la persona tenga un sistema nervioso sano.

Lamaze describe así la fisiología del reflejo condicionado.

Cualquier estímulo que toca el cuerpo humano es transmitido al cerebro, ya sea de los órganos de percepción sensorial o de la actividad de los órganos internos, pasan a través de distintos nervios y por medio de la médula espinal llegan al cerebro.

Cuando un estímulo llega al cerebro desata un foco de actividad, es decir un grupo determinado de células nerviosas se activa. Este foco de actividad estimula directamente las funciones de los reflejos absolutos. El cual se conecta como un estímulo externo inducido artificialmente por las circunstancias prevalecientes lo cual hace que haya una adaptación a las circunstancias a este enlace se le conoce como reflejo condicionado. Lamaze define cuatro conceptos más, que incorpora en su método:

- 1.- Sistema dinámico estereotipado: es un grupo de reflejos condicionados que trabajan unidos con un propósito definido los llama estereotipados porque siempre llegan al mismo resultado con la misma secuencia pero son dinámicos porque están en un estado de flujo continuo.
- 2.- Inducción recíproca : Es el proceso por el cual el cerebro es capaz de conectar áreas de excitabilidad. Cada vez que un centro cerebral se excita, el área de su alrededor cambia,

de tal manera que se forma un área de inhibición. En proporción inversa al área de excitación.

3.- Actividades de señalamiento para cada hemisferio: La propiedad que tienen los hemisferios del cerebro para engendrar reflejos condicionados se llama actividad de señalamiento.

4.- Intercepción: es el señalamiento que los órganos del cuerpo emiten hacia el cerebro.

- El dolor en el parto.

Lamaze afirma, el dolor en el parto es una respuesta condicionada, de aquí se infiere que se puede condicionar a las mujeres para dar a luz sin dolor. El temor del dolor predispone a que la mujer sienta más, pero según Lamaze, no solamente interviene el temor del dolor, también el temor a las complicaciones y hasta la misma muerte.

Desafortunadamente las condiciones sociales que rodean el embarazo o el nacimiento de un niño y que preocupan a la madre van a afectar sus percepciones durante el parto.

Lamaze usaba como premisa que el dolor en el parto depende del estado funcional del cerebro, influenciado por los reflejos condicionados creados por la educación anterior, formal e informal, y por las explosiones emocionales provocadas por las palabras que

sirven como guía para reorganizar las actividades de la mente y responder de manera mas eficaz al trabajo de parto.

La supresión del dolor Lamaze define la psicoprofilaxis como la prevención del dolor mediante el uso de la palabra. El método intenta abolir el dolor previniendo su inicio y su desarrollo por medio del conocimiento de su origen (21)

La mujer entrenada en el método psicoprofiláctico Lamaze ha trabajado para destruir el acondicionamiento dañino y para reforzar las inhibiciones recíprocas a un nivel tal que pueda cerrar el camino a los estímulos de dolor.

2.4.4. Método tubinga. Ejecución y Práctica de la facilitación psicológica del parto.

Las consideraciones en las que se basan la práctica de la facilitación psicológica del parto en la asistencia en instituciones son las siguientes:

1. Cuando un método tocológico se propone tener cierta validez general no debe estar reservado para un pequeño círculo de parturientas seleccionadas.
2. Por consiguiente deber ser fácilmente comprensible, realizable y ser practicable en una clínica corriente de Obstetricia.

3. Esto hace que la relación médico-enferma dirigida a la persona, no sea un elemento esencial.
4. Con respecto a las condiciones sociales, los centros de instrucción y el lugar donde se dará a luz, que en el caso ideal son los mismos tendrían que ser independientes.
5. Esto hace que los procedimientos de aprendizaje difícil y que quedan estrechamente ligados al médico. (relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, hipnosis) queden fuera de lugar.
6. El método debe ofrecer la posibilidad de que puedan ser también incluidas mujeres que antes del comienzo del parto no tienen tiempo y oportunidad de participar en la instrucción y los ejercicios. Este procedimiento se basa fundamentalmente en los conceptos de Dick Read. (22)

2.4.5 Método fallido.

Algunas mujeres se enfrentan al parto llevando en su mente todo lo que han leído o se les ha enseñado acerca del parto natural ó psicoprofiláctico y se muestran convencidas a pasar por él sin anestésicos. Luego, durante el parto sienten mayor dolor de lo que creen poder soportar y aceptan una inyección anestésica o un bloqueo espinal.

Después del nacimiento, muchas mujeres que cambiaron de opinión de esa manera sienten remordimientos y consideran haber fallado. La tendencia, entonces, es reconfortar a la mujer y darle seguridad mediante la negación de su sensación de haber perdido el control.

Si el dolor al final, alcanza niveles intolerables, entonces su objetivo cambió y su intención original quedó atrás.

Muchas mujeres llegan al parto con toda clase de sentimientos de lo que debieran hacer ó no hacer y no siempre con el entrenamiento necesario que proporciona una preparación psicoprofiláctica en el momento del parto. (23)

2.5. EL PARTO PSICOPROFILACTICO Y SUS BENEFICIOS PARA EL TRINOMIO PADRE - MADRE - HIJO.

En la obstetricia moderna, son muchos los procedimientos y medicamentos empleados para disminuir las molestias y acortar el trabajo de parto, aunque debe aceptarse que el uso excesivamente entusiasta o no recomendado de tales métodos puede complicar el parto y quizá “priva” a la madre de la satisfacción de esta significativa experiencia natural.

Los programas para parto natural son más recomendables, si se usan en forma apropiada, requieren preparación adecuada de la paciente y su compañero acerca de los eventos que ocurrirán en el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y frente al recién nacido. La unión de todos estos elementos tendrá como resultado la desaparición del temor ante el parto reemplazándolo por la sensación de felicidad que acompaña a la maternidad.

Ahora bien el principal beneficio de la educación psicoprofiláctica para el trinomio padre - madre - hijo está implícito en el concepto de “educación “ (lograr un cambio de actitud), se contempla también como beneficio el resultado que se obtiene al disminuir el estrés y sus efectos, tanto para el desarrollo del embarazo como para los resultados en el parto y en la crianza del hijo.

2.5.1. EL PAPEL DEL PADRE.

Se ha visto que no resultan del todo claros el papel y las tareas que una mujer embarazada tiene que desempeñar en nuestra sociedad moderna e industrializada. Por lo mismo quizá no sea del todo sorprendente que el futuro padre puede también ser una figura sombría. En realidad su presencia es tan breve que apenas se nota.

A los padres se les puede ayudar perfectamente a prepararse para el advenimiento de su hijo acudiendo a sesiones psicoprofilácticas con sus esposas. (24)

Hay buenos fundamentos para afirmar que el esposo de la embarazada constituye la piedra angular que asegura la feliz terminación del ciclo de transición por el que una mujer atraviesa al pasar del embarazo a la maternidad, varios investigadores han determinado que es más fácil para una mujer entablar una buena relación con su bebé nonato cuando su esposo muestra un claro interés por el curso de su embarazo y por el desarrollo del niño, brindándole apoyo emocional todo el tiempo. (25)

El hecho de compartir el nacimiento de un hijo, en donde el padre participa activamente, es decir física y moralmente y no solamente como espectador hace del acontecimiento uno de los eventos más importantes en la vida de la pareja y que esto tenga implicaciones de tipo fisiológico, psicológico, espiritual y social. (26)

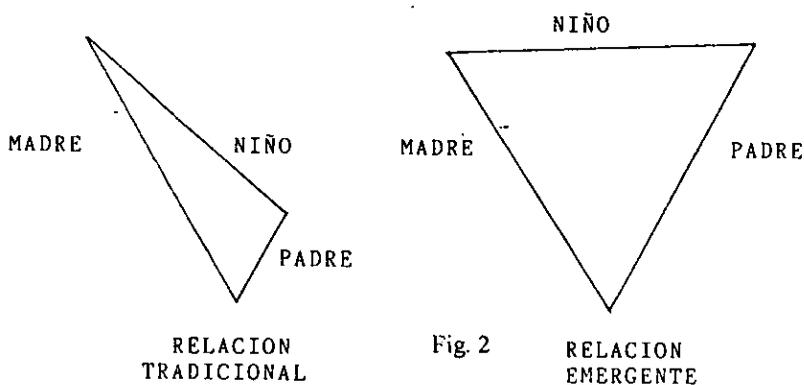
La ayuda psicológica que el padre pueda otorgar a la madre será físicamente de incalculable valor, tanto durante el parto como en el periodo posnatal. El hecho de que nuestras emociones tienen un efecto profundo en nuestra función fisiológica es actualmente muy conocido, la manera como se sienta una mujer durante el parto la ayuda o la retarda en términos de su regreso fisiológico a la normalidad. El hecho de que igualmente a fianza los lazos entre los cónyuges resulta obvio y el padre está ayudando a su esposa a que le dé a su hijo el mejor comienzo posible. (27)

2.5.2 Énfasis en el padre que espera a su hijo.

Se está defendiendo la causa del padre, el punto crucial es porque hay que considerarlo como alguien importante y potencialmente útil en el proceso del embarazo del parto y de la crianza, la respuesta está en la relación exclusiva que se crea entre el padre y la madre en que el padre se concientiza en que es cooperador en la paternidad y que es dirigente del parto en el cual debe estar presente por tener una función definida para la cual ha sido entrenado.

La diferencia esencial de las definiciones tradicionales aceptadas de maternidad y paternidad son claro indicio de la actitud mental que guía las acciones de aquellos que actúan como padres. La maternidad se considera un proceso continuo, la paternidad como un acto único a una llegada intermitente y, después a una actividad continua como punto

ideal de llegada, con iguales responsabilidades que la madre en el proceso de la paternidad. Para que pueda haber un cambio generalizado en las actitudes de los individuos de una sociedad. Con relación al naciente papel del padre en el proceso del embarazo y parto, debe poder tener la oportunidad de adquirir los conocimientos y la orientación psicológica necesaria para llegar a ser un miembro efectivo y activar el triángulo equilátero que deben ser el padre, la madre y el hijo, abandonando su papel de lado más pequeño de un triángulo rectángulo. (28) (fig. 2).



2.5.3. El padre participante.

Desde la infancia la mujer está consciente y se le orienta hacia la posibilidad de su propia maternidad. Por el contrario al hombre no se le orienta hacia la posibilidad de tomar parte en el proceso del parto. La decisión de ser un padre que espera un hijo en forma participante en vez de ser un sujeto pasivo ajeno a la situación, no es fácil debido a las presiones sociales. (29)

El método por la educación del marido o futuro padre se apoya en varios puntos.

- A) Médico: para obtener mejores resultados de la psicoprofilaxis. La mujer se siente más segura y apoyada si su marido participa en la preparación y en el parto. El marido preparado, estimula y recuerda a su señora, en el domicilio, a practicar su gimnasia la respiración la relajación y los pujos.

Por otra parte, al comenzar el trabajo de parto, al recordar a la misma los síntomas de iniciación, contribuye a la tranquilidad.

Su colaboración se extiende al control de la duración e intervalo de las contracciones, así como también al llegar el instante requerido según las indicaciones recibidas durante la preparación, a resolver el traslado de su señora a la clínica. En la sala de parto ó labor su presencia resulta de valor en las clínicas especializadas, para crear un clima de confianza y seguridad para el recuento de las contracciones y aún para practicar un masaje en la región sacro lumbar.

Con respecto a su participación en la sala de parto durante el período expulsivo, es muy discutida. Negada por algunos por la dificultad en la organización de este tipo de ambiente, de rutina quirúrgica y cuidados de asepsia, frente al cual el médico sólo esta cómodo con sus colaboradores inmediatos.

Otros en cambio admiten la presencia del marido, pero con dos alternativas posibles: una el marido se ubica al lado de la cabecera de la camilla obstétrica, situación que permite la conversación con su esposa y contemplar indirectamente el nacimiento de su hijo. La otra que ofrece mayor número de resistencias, es la que ubica al marido al lado del médico, y le permite contemplar directamente el nacimiento de su hijo.

- B) Psicológico: El marido se hace padre através de una connotación afectiva (la mujer se hace madre através de dos instancias: una biológica, el parto, y otra afectiva). Es por ello que no debe ser privado de su deseo de participar en las clases de preparación y en el acto trascendental.

- C) Social: se debe procurar vigorizar los lazos psicoafectivos del marido hacia su mujer y futuro niño, constituyéndose el trío, ya en una época muy anterior a la habitual, con beneficio para todos sus integrantes, y en especial para el niño, cualquiera que sea el ángulo con que se mire, los beneficios de la preparación del marido son indudables, y debe ponerse algún esfuerzo para su realización (30).

2.5.4. La importancia de las Técnicas y confianza de ambos.

La enseñanza efectiva del método psicoprofiláctico se puede considerar como la obtención de dos elementos separados y diferentes. Por un lado esta el condicionamiento y desarrollo

de los aspectos físicos: los ejercicios, los métodos de respiración, las prácticas de medición de tiempos, así como el aprendizaje de la fisiología, del proceso del parto y del vocabulario.

Por el otro se trata de establecer y cultivar en la mente de la pareja la certeza de que el procedimiento funciona y que si se aplica debidamente, el resultado es un trabajo de parto y un parto controlado como esperan tener y para los que han estado recibiendo el entrenamiento. El esposo fungiendo como director del parto es muy importante ya que el aspecto más importante de sus funciones es el mantenimiento de la moral de la pareja cuando aumenta la tensión. Cuando esta bien preparado, esta seguro de la importancia de su presencia como miembro activo del grupo que ayuda a su mujer en el parto. La enfermera debe estar consciente de los beneficios que le proporciona el apoyo de un director competente. (31)

2.5.5. Retos en los papeles.

Hoy en día se sabe que el aliento que pueden dar los seres queridos para disminuir la tensión y aumentar las fuerzas para hacerle frente, resulta entonces irrazonable impedir a la pareja que pueda trabajar en conjunto cuando se trata del nacimiento de sus hijos. Y con todo se sigue haciendo en muchos casos.

Los profesionistas que se oponen a los cambios que suponen la aceptación del padre en la sala de partos, se inclinan a afirmar que el padre, al estar presente, puede convertirse en una carga indeseable en la sala de parto, desmayándose, estorbando, vomitando o interfiriendo el proceso con muchas otras maneras espectaculares distrayentes o inclusive amenazantes, desde el punto de vista legal. Los hechos desmienten estas suposiciones (32).

Los padres debidamente preparados, son capaces de atender sus necesidades fisiológicas durante el parto, por sí mismos. Han sido entrenados para saber aprovechar las oportunidades que se presentan para comer, beber, ir al baño. Saben que no deben agotar su sistema nervioso, porque entonces la tensión física y emocional los va a hacer menos útiles. También saben que se pueden presentar situaciones de emergencia en las que el médico les puede pedir que se retiren en el acto, y están dispuestos para obedecer. Resulta muy importante, ya que el trabajo de equipo incluye el buen funcionamiento de los miembros que en algún momento durante el embarazo se encuentran el médico y el padre, y desde entonces hasta el parto tengan oportunidad de verse algunas veces para conocerse mutuamente. Esto en muchas ocasiones suele ser muy difícil, sea para el padre o para el médico, pero puede aumentar enormemente la confianza mutua, lo que sería de gran ayuda en el caso de que se presenten dificultades serias. Así también, la enfermera debería darse cuenta cómo es el padre para saber hasta qué punto puede ser de ayuda al personal y en que aspectos puede contribuir en lo que es su función ejecutar. (33)

2.5.6. Ventajas de un vínculo más firme y de una atención ampliada.

Las ventajas de que el padre preparado esté presenta a la hora del parto repercuten más allá del momento del nacimiento. Las investigaciones psicológicas en lo que se llama “la formación de vínculos”, insiste mucho en la importancia de iniciar y solidificar los lazos entre el neonato y los que están en contacto con él, el infante tiene una enorme receptividad para desarrollar esos lazos, la necesidad de que el padre este presente en estos momentos críticos tocando, abrazando y relacionándose con su hijo es primordial. (34)

La psicoprofilaxis perinatal contempla el nacimiento de tal manera que no sólo se atienda la seguridad y la salud en los aspectos biológicos, sino también que se contemplen aspectos emocionales y espirituales inherentes al proceso del parto. Desde esta perspectiva se considera esta educación como un proceso dinámico, en el que los futuros padres adquieren información cognoscitiva sobre los aspectos físicos y emocionales del embarazo, parto, puerperio y crianza; además, se les proporcionan técnicas y recursos que favorezcan en el desarrollo saludable de estos procesos.

El principal beneficio de la educación psicoprofiláctica para el trinomio madre- padre - hijo esta implícito en el concepto de “educación” (lograr un cambio de actitud), se contempla también como beneficio el resultado que se obtiene al disminuir el estrés y sus efectos,

tanto para el desarrollo del embarazo como para los resultados en el parto y en la crianza del hijo.

Los estudios de investigación actuales han podido comprobar que el estrés puede medirse. Estas mediciones han permitido predecir varios elementos el bajo peso al nacer, partos pretermino, calificación de Apgar en presencia del compañero, el factor principal de estrés para la embarazada es la presencia o ausencia de compañero, y ha repercutido en el trabajo de parto. Se ha comprobado que al disminuir el estrés, se pueden disminuir la hipertensión arterial, los partos prematuros, la incidencia de infecciones, los partos prolongados y el sufrimiento fetal.

Los efectos de ansiedad y estrés en la madre se traducen en una producción excesiva de catecolaminas, cuya consecuencia para el parto es:

- Disminución efectiva de las contracciones.
- Parto prolongado.
- Disminución del riego sanguíneo al útero y la placenta.
- Aumento en la producción de catecolaminas fetales y la producción excesiva de estas es decir que sobrepasan los límites fisiológicos se traducen en una adaptación deficiente, o patológica en el neonato.

Por todo esto se puede afirmar que la madre se beneficia cuando aprende y aplica técnicas y recursos que disminuyen el estrés que son impartidos en los cursos de psicoprofilaxis perinatal lo cual propicia además de la obtención de conocimiento, la capacitación que permitiría a la pareja y especialmente a la mujer lograr una relajación física y mental para afrontar el nacimiento de la manera más saludable. Los efectos positivos que se logran con el estado de relajación son:

- Disminución de la ansiedad.
- Disminución de la actividad del sistema nervioso simpático
- Aumento de la excitación del sistema nervioso parasimpático.
- Disminución en la producción de catecolaminas.
- Aumento en la producción de endorfinas
- Disminución de la isquemia muscular.
- Disminución del dolor en el parto.

La relajación promueve la homeostasis (armonía entre mente, cuerpo y espíritu) y permite la habilidad intencional de la mujer para influir en la toma de decisiones relacionados con el cuidado de su salud. (35)

Ahora se tomarán en cuenta las ventajas que se obtienen cuando ha ocurrido ya el nacimiento.

La madre y el padre se educan para comenzar tempranamente su relación con el recién nacido. En el término de unos pocos minutos después del nacimiento de un recién nacido normal, éste es entregado a la madre, quien lo tendrá en sus brazos e iniciará el amamantamiento lo más pronto posible.

El recién nacido vigoroso no necesita la aspiración orofaríngea realizada de rutina. La madre completamente lúcida por no estar bajo efectos de narcóticos, acaricia y habla a su hijo. El niño comienza pronto a succionar el pecho materno induciendo así la liberación de ocitocina y prolactina en la madre.

La precoz iniciación de la interacción padre - madre - hijo tiene un papel primordial en la creación de un lazo afectivo entre ellos que facilita grandemente la normal conducta materna, ayuda a despertar el amor paterno y la respuesta afectiva del niño hacia sus padres.

(36)

Con respecto al hijo las distintas escuelas psicológicas enfatizan la importancia de la influencia de los progenitores en el desarrollo psicológico y en la integración de su personalidad. Es decir que la célula familiar es mejor protegida y el hijo se integra mejor a la familia si es el resultado de una colaboración afectuosa de la pareja, desde el comienzo.

(37).

2.6 TECNICAS DE AUTOAYUDA PARA LOS PADRES.

El programa de educación psicoprofiláctica es la técnica más importante durante las etapas del embarazo y parto ya que se refiere al orden en que son proporcionados los elementos educativos físicos e intelectuales a la paciente y durante las clases, se hace hincapié en la colaboración del marido y su responsabilidad en el domicilio de los cónyuges y en la clínica ya que los beneficios de la preparación de éste son indudables.

2.6.1. Curso de 8 semanas.

Se establece un mínimo de 8 a 10 clases, en lo posible, que no es limitativo. Como en todo sistema educativo existe una grabación. El éxito de acuerdo a nuestra experiencia está en relación directa a la dedicación al empeño, al entusiasmo y a la insistencia en que son llevados a cabo los ejercicios y la relación y a la repetición de los conceptos de anatomía y fisiología expresadas en cada clase.

Las futuras madres son estimuladas a formular preguntas y es de mucha utilidad promover discusiones relativas al tema a fin de disipar toda duda.

Debe recomendarse practicar los ejercicios y la relajación, no sólo durante las horas de enseñanza, sino también fuera de ellas. (El parto sin dolor se obtiene a base de trabajo)

Las clases deberán ofrecer un elemento intelectual (explicación de un tema de anatomía o fisiología, de la relación del temor con el dolor, del parto con el dolor, etc.) y un elemento físico (gimnasia y relajación) conjuntamente.

PRIMERA CLASE.

En la primera clase se da un panorama general abordando como primer punto el concepto general de la preparación , relación del dolor con el parto; el parto es un fenómeno natural. el dolor se sustituye por el trabajo de la mujer, los relatos crean una “disposición” a pesar que el parto debe ser doloroso; relación del temor con el dolor, y con la tensión muscular.

SEGUNDA CLASE.

En la segunda clase se toman en cuenta los siguientes puntos.

- Conceptos de anatomía y fisiología de los órganos de reproducción (mestruación, fecundación, nidación, herencia).
- Ejercicios de la posición acostada:
 - a) respiratorias.
- Relajación.

TERCERA CLASE.

- 1.- Continuación de la anterior. Vigilar y advertir acerca de las contracciones uterinas en el embarazo.

- 2.- Ejercicios:
 - a) Balanceo de pelvis, en posición acostada.
 - b) Reforzamiento de la musculatura abdominal.

CUARTA CLASE.

- 1.- Continuación . Observadas las contracciones, efectuar ensayos de coordinación entre la respiración , relajación y las contracciones uterinas.

- 2.- Ejercicios:
 - a) Perineal.
 - b) pujar.

QUINTA CLASE:

En esta clase se educa a la embarazada sobre cuidados prenatales, síntomas y caracteres del embarazo.

1. - Hábitos alimentarios.

- 2.- Ejercicios de la posición sentada.
 - a) Posición de “sastre” ejercicios derivados.
 - b) Balanceo de la pelvis sobre las cuatro extremidades.

- 3.- Relajación y ejercicios respiratorios.

SEXTA CLASE.

- 1.- Fisiología del parto y puerperio.

- 2.- Ejercicios de la posición parada:
 - a) Balanceo de la pelvis.
 - b) Posición en cunclillas.
 - c) Corrección de la postura.

- 3.- Pujar.

- 4.- Relajación y ejercicios respiratorios.

SEPTIMA CLASE

- 1.- Sensaciones y apoyo durante el parto.
- 2.- Relajación y ejercicios respiratorios
- 3.- Pujar.

OCTAVA, NOVENA Y DECIMA CLASE:

Repaso, formulación de preguntas, promoción de discusiones, corrección de errores acerca del parto, visita a la sala de partos, puericultura, en lo posible la última clase deberá ser dada en una fecha muy próxima a la época del parto. (38)

2.6.2. Control neuromuscular.

Antes de la Reina Victoria se desconocía por completo la idea de la psicoprofilaxis o pasividad durante el parto. Fue el Dr. Grantly - Read quien afirmó por vez primera: "Obviamente que es de desearse la pasividad pero ¿por qué inducirla químicamente, a base de drogas?. Se puede producir enseñándole a la gente a relajarse y a las madres el valor de no desperdiciar energía y oxígeno y de no inferir inadvertidamente con la actividad del útero":

La teoría es bastante lógica: Entre más energía se conserve durante el parto y mejor sea el aporte de oxígeno, más eficientemente funcionará la matriz y menos incomoda se sentirá la madre. En esto se basa el origen de las clases de relajamiento. Aunque esto no es suficiente.

Todas las actividades que aprendemos en el curso de nuestro crecimiento son combinaciones de músculos trabajando juntos. La importancia de todas estas actividades es que cuando primero las aprendamos encontramos que es muy difícil cambiar los diferentes grupos musculares para que trabajen juntos.

En todas las actividades el cerebro envía el mensaje a los músculos involucrados a través de los nervios, esto se conoce como habilidad neuromuscular.

Durante el parto hay un grupo muscular que se está contrayendo como quiere, de acuerdo con un patrón particular propio, y cuando estos músculos empiezan a contraerse fuertemente, también lo hacen otros muy separados de esta función; los músculos de los brazos, las piernas, la espalda de los brazos, las piernas, la espalda, y aun los de la cara todos tratan de imitarlos.

En el curso de psicoprofilaxis ó relajación su finalidad es enseñarle al cerebro una nueva habilidad neuromuscular, la de apartar deliberadamente la actividad muscular, a esto se le

llama disociación neuromuscular. Se trata de una habilidad simple y casi mecánica, cuya aplicación en el parto es relativamente fácil.

Se combina el aprendizaje de esta habilidad neuromuscular con el control consciente de la respiración.

TABLA DE DISOCIACION.

El propósito de esta tabla es tener una aproximación de las contracciones uterinas durante la primera etapa del parto. Usted mantiene todos los músculos en estado de descontracción mientras que otro grupo específico está contraído.

Contraiga el brazo izquierdo.	Manténgalo así durante medio minuto, mientras respira a nivel A, manteniendo la descontracción de todos los demás músculos.
Contraiga el brazo y la pierna derechos.	Manténgalo así durante medio minuto, mientras respira a nivel A, manteniendo la descontracción de todos los demás músculos.
Contraiga el brazo izquierdo y la pierna derecha.	Manténgalo así durante medio minuto, mientras respira a nivel A, manteniendo la descontracción de todos los demás músculos.

Contraiga el brazo derecho y la
pierna izquierda.

Manténgalo así durante medio minuto,
mientras respira a nivel A, manteniendo la
descontracción de todos los demás músculos.

Alargue gradualmente el tiempo de cada fase de la tabla durante un periodo de varios días
y, de acuerdo como su habilidad para mantener el estado de disociación vaya aumentando.

Cuando haya alargado cada fase hasta 45 segundos aproximadamente combínelas.

Esto es para que se acostumbre a responder instantáneamente a las señales fuera de su
propio control consciente. Durante el parto las señales también están fuera de su propio
control consciente y usted debe tener desde antes bastante práctica en dar tales respuestas.

TABLA DE DISOCIACION I.



Fig. 3

Contraiga el brazo izquierdo y conserve relajados los demás músculos (figura 3)

TABLA DE DISOCIACION II

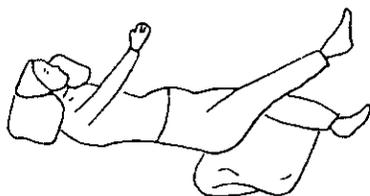


Fig. 4

Contraiga el brazo y pierna derechas mantenga relajados los demás músculos. (fig. 4)

TABLA DE DISOCIACION III

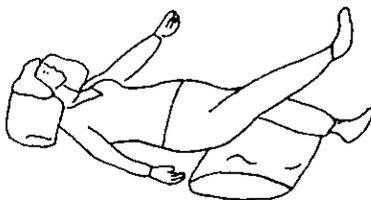


Fig. 5

Contraiga el brazo izquierdo y la pierna derecha mantenga relajados los demás músculos.

TABLA DE DISOCIACION IV.

Contraiga el brazo derecho y la pierna izquierda mantenga relajados los demas músculos.

Cuando se logra controlar lo anterior podemos preparar a la matriz para un trabajo de parto constante, por esto es importante que reduzca al mínimo toda otra actividad fisica, pues si otros músculos estan actuando al mismo tiempo que la matriz, estaran desperdiciando la energía y el oxígeno que deberian reservar para el utero. De otra manera se cansaria el cuerpo rapidamente evitando que el útero funcione tan eficientemente como debe (39)

2.6.3. Gimnasia.

La iniciación de ejercicios prenatales, tiene por finalidad preparar fisicamente a la mujer gestante para que pueda afrontar convenientemente el cambio fisiológico que en ella va a producirse; con ello se evitan desenlaces infortunados y estados nada agradables para la mujer y su pareja.

Consideraciones generales acerca de la práctica de la gimnasia.

La gimnasia tiene por objeto:

- 1.- Reforzar ciertos grupos musculares que han permanecido inactivos y mal dispuestos para el esfuerzo del parto.
- 2.- Dar mayor flexibilidad y elasticidad a tejidos y articulaciones involucradas en el canal del parto. a ello tienden la posición llamada "del sastre", en cunclillas y el balanceo de la pelvis.
- 3.- Mejorar el estado general, estimulando la respiración tanto pulmonar como celular. Es evidente la necesidad de preparar a la gestante mediante una gimnasia respiratoria, necesaria durante el embarazo y de considerable importancia en el parto.
- 4.- Conservación de la figura. Una tonificación adecuada de la musculatura abdominal acompañada de una indicación precoz de un régimen alimentario adaptado a la gravida, colaboran eficazmente en la prevención de un abdomen protuberante y de una excesiva acumulación de grasa.
- 5.- Dar mayor confianza y seguridad psicológica de que el esfuerzo en el parto se hará en la forma adecuada y eficaz y elevar la sensación de euforia y bienestar de la gravida.
- 6.- Alivio de ciertos síntomas molestos de la embarazada.

Ellos son: el dolor de espalda y cintura por mala postura y debilidad de los músculos dorsales y la sensación de la falta de aire que se corrige por ejercicio postural especial.

Los ejercicios que se describen no deben convertirse en una tarea obsesionante, será factible ejecutar los ejercicios en la rutina diaria; practicarlos mientras se cumple con las tareas domésticas o estando acostada, con el descanso o el sueño. (40)

Ejercicios Respiratorios.

En el desarrollo del parto, la respiración juega un papel muy importante o fundamental. con la educación respiratoria lograremos aumentar el rendimiento de la función pulmonar, el aprovechamiento de los recursos de la fisiología cardiopulmonar. y su entrenamiento retardará en el momento del parto la aparición de la fatiga y tanto el feto como la madre estarán mejor oxigenados. (41)

La respiración normal, se realiza en dos etapas:

- 1) Inspiración: la cavidad torácica se amplía, gracias a la acción del músculo esencial de la respiración, el diafragma. durante la inspiración el diafragma desciende.

- 2) Espiración: este tiempo es pasivo, el aire sale, la cavidad torácica se reduce, el diafragma asciende. El diafragma tiene una relación aunque no directa, con el fondo del útero, de modo que durante cada movimiento inspiratorio lo comprime. (fig. 6)

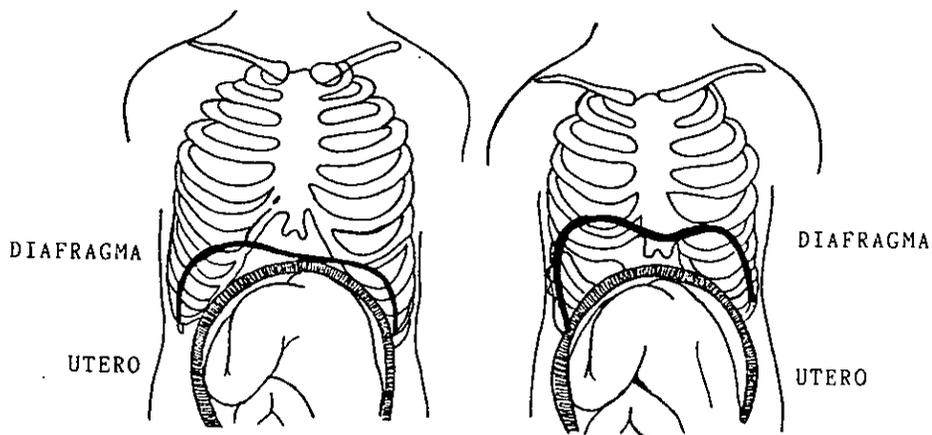


fig. 6

Ejercicios respiratorios.

1. Respiración: se debe aprender a utilizar la respiración completa que expande la cavidad torácica al máximo.

a) sacar todo el aire soplando, hasta que los músculos abdominales se contraigan firmemente.

b) Inspirar lentamente con toda la pared abdominal relajada permitiendo que el diafragma descienda antes de llenar de aire la parte superior del torax.

c) Volver a espirar, aflojando lentamente los músculos.

2. Respiración abdominal o diafragmática: inspirar pausadamente expandiendo la pared abdominal. (fig 7)

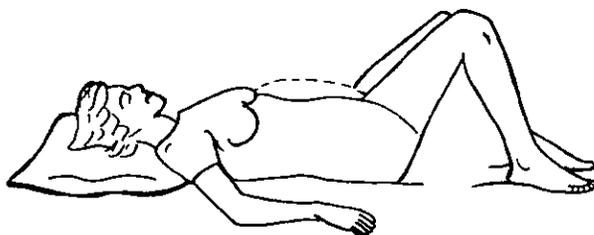


Fig. 7

Se debe tratar de que este movimiento de respiración dure como mínimo un minuto. Este ejercicio practicado al principio del período de dilatación del parto con cada contracción del útero da como resultado un alivio de las molestias.

3. Respiración costal inferior: Se efectúa dilatando la caja torácica del modo que la V invertida que existe a nivel del borde inferior de las costillas se agrande; este tipo de respiración aumenta los intercambios gaseosos y por ende un mayor estímulo de los procesos metabólicos (fig. 8)



Fig. 8

Respiración costal superior o jadeo: Debe imitarse la respiración rápida y entrecortada de un perro sediento. (fig. 9)

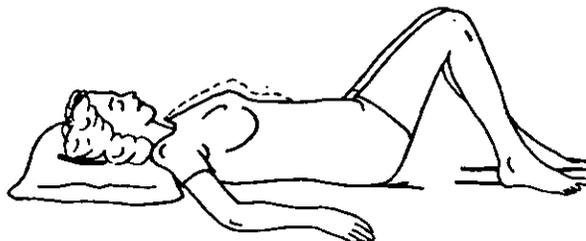


Fig. 9

La ejecución de este movimiento respiratorio está relacionado a dos momentos del parto:

a) En el período de dilatación: Se emplea en una etapa avanzada, con cada contracción. Durante la misma el fondo del útero asciende, estableciéndose un contacto indirecto con el diafragma, sobre todo en la inspiración, esto da un estímulo molesto, la respiración jadeante ó anhelante a un ritmo de 100 por minuto, impide el descenso del diafragma, pues transforma los movimientos del mismo haciéndolos muy superficiales, evitando así la citada compresión.

b) En el período expulsivo: en el instante en que la cabeza del niño asoma entre los genitales externos, proyectado hacia el exterior por el esfuerzo de los pujos. En ese instante deben suspenderse los esfuerzos abdominales y reemplazarlos por la respiración torácica

superior a un ritmo de 70 por minuto, con la finalidad de que la salida final de la cabeza al exterior se haga en forma suave con la ayuda exclusiva manual del médico o la partera. (42).

Ejercicios generales.

Los ejercicios generales van orientados a mejorar la condición física de la embarazada e impedir los trastornos gravídicos preparándola así para un trabajo de parto óptimo.

Balanceo de la pelvis.

a) Un ayudante se coloca delante de la gestante colocando sus manos en las caderas de ella.

(fig. 10).



Fig. 10

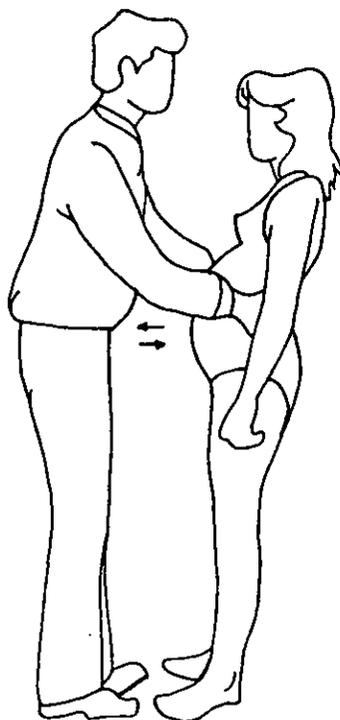


Fig. 11

- La gestante báscula suave y repetidamente la pelvis, hacia adelante y hacia atrás, entre las manos del ayudante. (fig. 11) (43)
- b) Posición acostada con las piernas flexionadas. Se nota una curva a la altura de la cintura que adopta la forma de un hueco.
- i. Disminuir el hueco aplicando la cintura completamente contra el suelo. (fig. 12)

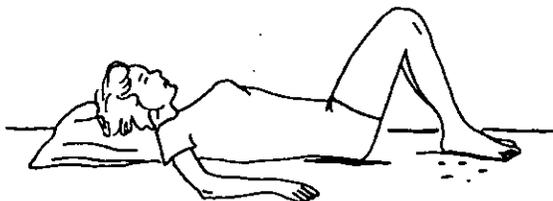


Fig. 12

2. Volver a ahuecar al máximo (fig. 13)

El objeto del balanceo es aumentar la flexibilidad de las articulaciones sacrolumbares y pelvianas.

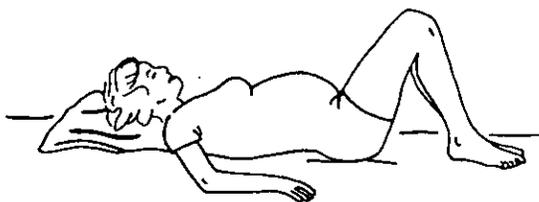


Fig. 13

Reforzamiento de la musculatura abdominal.

Con una pierna flexionada y la otra extendida se comienza el ejercicio.

La pierna bien extendida debe desplazarse a lo largo del piso en dos direcciones:

1. Hacia arriba, tratando de aproximar la cadera al hombro del mismo lado. Mantener.(fig. 14)

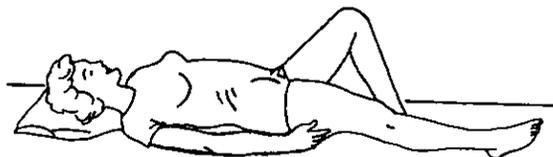


Fig. 14

2. Hacia abajo, alejando el pie en dirección opuesta. (fig. 15)

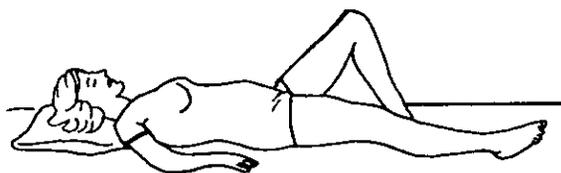


Fig. 15

Para hacer más intenso este ejercicio conviene bajar el hombro y acercarlo a la cadera en el primer movimiento. Repetir el ejercicio cambiando las piernas. El objeto del ejercicio es tonificar la musculatura abdominal. (44)

Ejercicios pélvico- perineales.

Objetivos: persiguen mejorar la funcionalidad de la musculatura perineal y de la cara interna del muslo, así como de las articulaciones de la pelvis, logrando el desbloqueo de la misma.

Posición de sastre. (fig. 16)

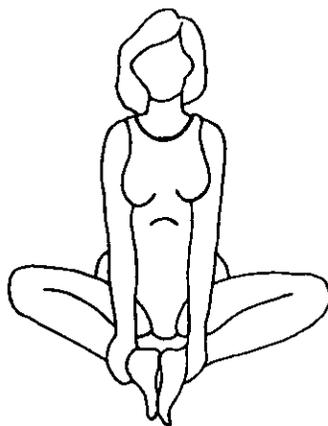


Fig. 16

Balaneo corporal (fig. 17 a y b).

En la posición inicial de sastre balancear el cuerpo hacia un lado y hacia otro.

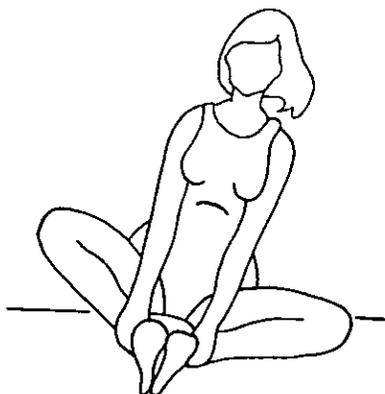


Fig. 17 a.

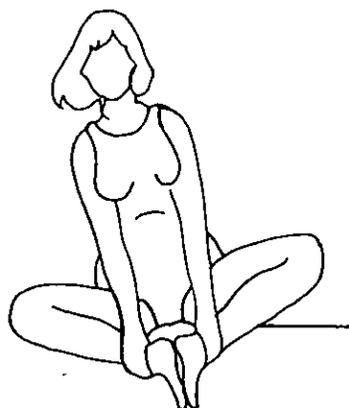


Fig. 17 b.

Desbloqueo de la pelvis. (I)

Posición inicial: decúbito supino con las piernas extendidas. (fig. 18). Coger la rodilla izquierda con la mano izquierda y flexionar la pierna dos veces (fig. 19), soltar la rodilla y estirar la pierna doblándola nuevamente hasta llegar finalmente a la posición inicial (fig. 20). Realizar maniobras idénticas con la pierna derecha.



Fig. 18

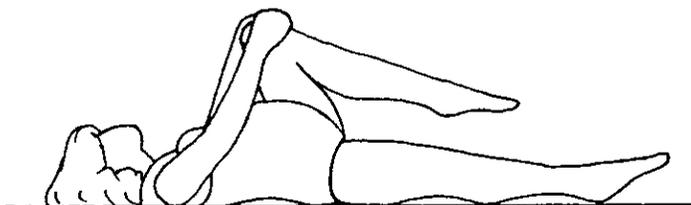


Fig. 19

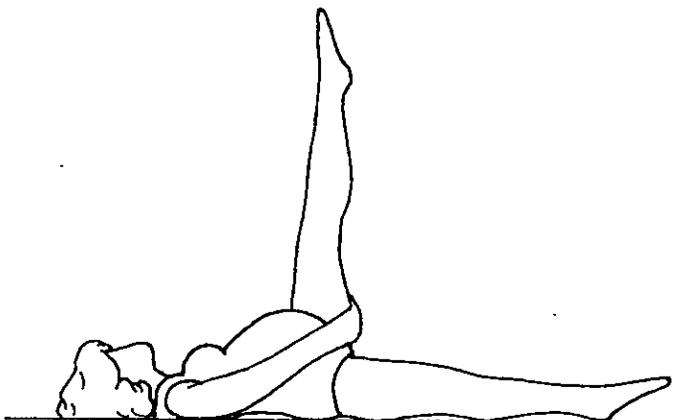


Fig. 20

Desbloqueo de la pelvis. (II).

Posición inicial decúbito supino, coger la rodilla izquierda con la mano izquierda (ó con ambas manos enlazadas) flexionándola y dirigiéndola hacia afuera (fig. 21). Soltar la rodilla, estirar la pierna, doblarla nuevamente y dirigirla hacia el centro, volviendo a la posición inicial (fig. 22). Realizar idénticas maniobras con la pierna derecha. (45)

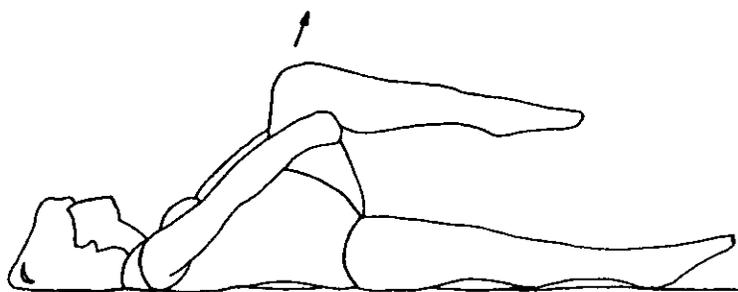


Fig. 21

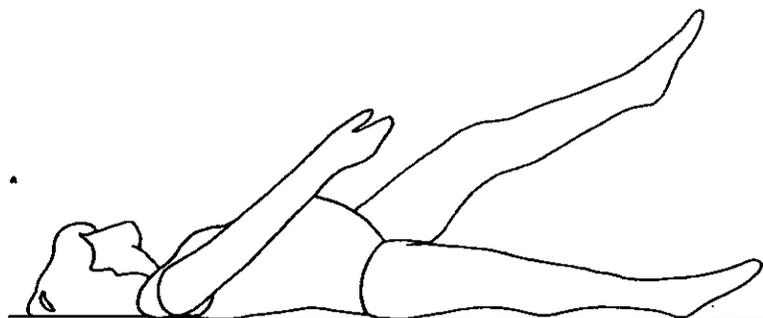


Fig. 22

Ejercicio perineal.

Posición acostada, piernas extendidas y cruzadas a nivel de los tobillos. Contraer los musculos y juntándolos fuertemente mientras se cuenta hasta 5. Continuar contrayendo los musculos glúteos al máximo, continuando la cuenta hasta 10 (no se debe aflojar los muslos), y por último ajustar el esfínter anal como si se quisiera contrarrestar un deseo súbito de evacuar el intestino.

Mantener las tres zonas contraídas simultáneamente durante unos instantes para luego aflojar todos los músculos.

El objeto de este ejercicio que es propiamente de relajación consiste en lograr el relajamiento del piso perineal en el periodo expulsivo del parto, a fin de facilitar la rotación y el desprendimiento de la cabeza.

Pujar.

Posición acostada, muslos flexionados contra el abdomen, tomar ambas rodillas con las manos, separándolas ampliamente y flexionándolas al máximo (fig. 23) efectuar una inspiración amplia con la boca abierta y luego espirar. Efectuar una nueva inspiración

brusca, cerrar la boca y contraer los músculos abdominales al tiempo que se relajan los músculos del piso perineal. El mentón bien aproximado al tórax.

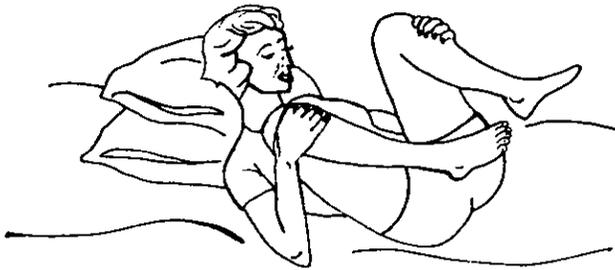


Fig. 23

La sensación es similar a la de evacuar el intestino. Durante el esfuerzo expulsivo no se debe abrir la boca alargando el tiempo de ejecución al máximo.

Este ejercicio, de extraordinaria importancia, se pone en práctica en la segunda etapa del parto o período expulsivo, simultáneamente con cada contracción del útero. En el intervalo de las contracciones se debe suspender. El objeto del ejercicio es ayudar al músculo uterino en la salida del niño. (46)

Posición básica de relajación.

Aún cuando no existe una posición única para conseguir la relajación, los ejercicios siguientes se iniciarán preferentemente en decúbito supino o dorsal (acostada boca arriba) sobre una cama, colchoneta o alfombra, con un almohadón debajo de la cabeza y otro debajo de las rodillas, los brazos extendidos y un poco separados del cuerpo, y la vista hacia el techo.

Se procurara efectuar los ejercicios de relajación en una habitación silenciosa, alejada de interferencias (teléfono, visitas, etc..) y si es posible, con una música suave y relajante. (fig. 24 y 25).

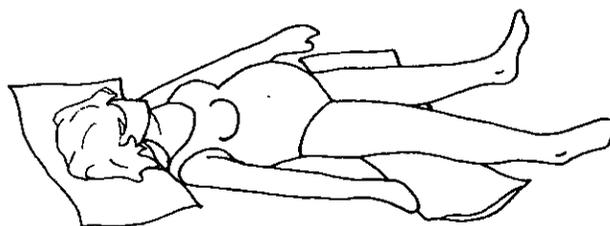


Fig. 24

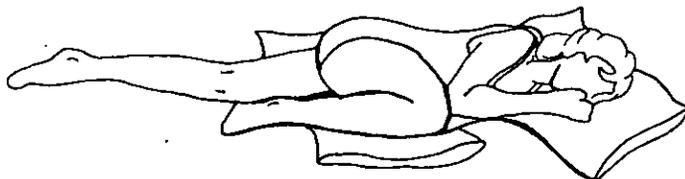


Fig. 25

Entrenamiento de la concentración.

Se trata de una etapa previa importante que no debe ser excluida nunca de los programas de relajación, ya que es sumamente útil en el momento decisivo del parto, justamente durante las contracciones del expulsivo.

Una vez adoptada la posición básica de relajación descrita conviene permanecer inmóvil durante unos minutos, efectuando el siguiente ejercicio mental.

Elección de una idea, que puede ser, la representación gráfica del "viaje" que realiza el niño durante el trabajo de parto. Al principio puede ser útil contemplar el esquema de un libro durante un minuto, después de un cierto tiempo ya no será preciso.

Cerrar los ojos y representar mentalmente aquella figura, centrando el pensamiento en la parte del organismo que se ve en ella. Imaginar que esta parte se vuelve primero pesada y luego relajada.

Idéntico ejercicio sin cerrar los ojos, pero mirando un punto fijo de la habitación.

El aprendizaje de la concentración mental, es un elemento básico para que los ejercicios de relajación específicos tengan éxito. (47)

Otro factor que beneficia el estado psicológico de la embarazada durante el trabajo de un parto. Es la existencia de una atmósfera distendida agradable y segura; la música, el baño y el masaje son factores que contribuirán sin duda alguna en el desarrollo feliz del parto (48)

El masaje

El masaje es una experiencia muy sensual y que ayuda a conservar la energía y la confianza en ti misma para lo que se te avecina.

Al relajarte, la tensión abandona al centro del cuerpo y se dirige hacia la periferia, hacia los músculos cercanos a la piel, para desaparecer, con el masaje se potencializa esta sensación realizando movimientos fuertes hacia fuera y abajo, y movimientos muy suaves hacia arriba o dentro.

Cómo hacer el masaje.

El masaje siempre debe hacerse con las manos y los brazos relajados.

Realice el masaje suavemente, amoldando las manos a la forma del cuerpo.

Presione más fuerte sobre la parte inferior de la espalda y suavemente sobre el abdomen.

Si el masaje es firme, no tense los músculos de los brazos, sino que deje que el peso de su cuerpo pase através de sus brazos relajados hacia la parte del cuerpo que esta masajeando.

Masaje:

- Abdominal: siempre lo más suave posible, como si estuviera acariciando la cabeza del bebé.

- En los hombros se realiza con los pulgares colocados a ambos lados de la columna vertebral.

- En brazos: cogiendo el brazo por la muñeca, se masajea la parte interna del brazo con suavidad y firmeza.

Se puede utilizar esencias o aceites perfumados, los geranios y las rosas son muy agradables, o talcos para hacer mas confortable el masaje. (49).

2.7 EL TRABAJO DE PARTO.

La importancia de que la embarazada y su pareja adquieran el conocimiento del mecanismo del trabajo de parto, se basa en que éste será más eficaz, se disipará la ansiedad y se promoverá la confianza de ambos. (50)

El trabajo del parto se divide en tres etapas. La primera etapa empieza con el comienzo de las contracciones uterinas regulares acompañadas de dilatación progresiva del cervix, y termina cuando éste está completamente dilatado. La primera etapa por lo tanto, la constituye la dilatación completa del cervix. El momento exacto de su inicio es difícil de determinar.

La segunda etapa del parto comienza cuando el cervix está completamente dilatado y termina cuando el niño ha sido completamente expulsado. A pesar de existir un ligero progreso de la presentación en la primera etapa. La expulsión no comienza hasta la segunda etapa, cuando el útero se afianza en los soportes ligamentosos. La segunda etapa es, pues la expulsión.

La tercera etapa del parto empieza cuando se ha completado la expulsión del niño y termina cuando son expulsadas la placenta y las membranas. Esta es la etapa placentaria ó alumbramiento. (51)

2.7. 1 El mecanismo del trabajo de parto.

Es el conjunto de movimientos desplazamientos que realiza la presentación del producto en el curso del parto.

Es un juego mecánico que se establece entre la pelvis y la cabeza fetal. Incluye los siguientes movimientos: encajamiento, rotación interno, flexión, extensión y restilación.

ENCAJAMIENTO. El diámetro biparietal que es el diámetro transversal mayor de la cabeza, atraviesa la entrada de la pelvis. Este fenómeno puede tener lugar durante las ultimas semanas del embarazo o hasta el inicio del trabajo de parto.

FLEXION. Tiene lugar cuando la cabeza encuentra una resistencia flexionando el cuello pegado al esternón, sustituyendo consecuentemente el diámetro suboccipito bregmático más corto al diámetro occipito frontal más largo.

Relajación interna consiste en un giro de la cabeza fetal de tal forma que el occipucio se mueve gradualmente desde su posición original (Occipito Izquierdo Anterior OIA) dirigiéndose hasta la sinfisis del pubis, esta asociada con un descenso, tiene lugar hasta que la cabeza llega a nivel de las espinas ciaticas.

EXTENSION: Después que el occipucio sale de la pelvis la nuca es detenida debajo del arco púbico y actúa como punto de relación mientras que la cabeza nace por extensión del cuello.

RESTITUCION. Al liberarse la cabeza de la compresión del anillo bulbo vaginal gira a su posición original. (OIA).

ROTACIÓN EXTERNA: Al continuar con el descenso los hombros se encuentra con los mismos obstáculos que la cabeza por lo que tienen que acomodar su diámetro diacromial en relación al diámetro antero posterior del orificio de salida de la pelvis.

* Asinclitismo para poder salir la cabeza mete un parietal y luego el otro.

Nacimiento de los hombros, el hombro anterior se presenta a la vista bajo la sínfisis del pubis donde es detenido mientras el hombro posterior está naciendo por flexión lateral, después es expulsado el resto del cuerpo.

El diámetro oblicuo-perpendicular al diámetro que se encaja la cabeza, posteriormente desciende los hombros anterior se engancha en el sub-pubis, sale el hombro posterior y luego el anterior. (52)

2.8 VALORACION DEL RECIEN NACIDO.

Para valorar el estado del recién nacido en forma cuantitativa, se emplean dos métodos con mayor frecuencia el de apgar y el de silverman, ambos son muy importantes ya que de ellos depende el manejo que se le dará al recién nacido. (53)

2.8.1 Puntuación de Apgar.

Un elemento útil en la evaluación del estado del niño es el sistema de puntuación de Apgar aplicado 1 minuto después del nacimiento y nuevamente 5 minutos después.

En general, cuanto más alta sea la puntuación, sobre un máximo de 10, mejor es el estado del niño. La puntuación de Apgar en el primer minuto determina la necesidad de una reanimación inmediata. La mayoría de los niños presentan un estado excelente, tales como indican unas puntuaciones de 7 a 10, y quizá no necesitan otra ayuda que una simple succión nasofaríngea. Los niños ligera a moderadamente deprimidos tienen unas puntuaciones comprendidas entre 4 y 7 en el primer minuto, y muestran una respiración deprimida, flacidez y color pálido o cianótico. Sin embargo la frecuencia cardiaca y la irritabilidad refleja son buenas. Los niños gravemente deprimidos tienen una puntuación de 0 a 4 con una frecuencia cardiaca retrasada o inaudible y una respuesta refleja deprimida o ausente. Debe procederse a la reanimación que incluye la ventilación artificial, de modo

inmediato. En general, la necesidad de una intervención rápida es evidente cuando los niños se encuentra flácidos, apnéicos, cubiertos de meconio y su frecuencia cardiaca es inferior a 100. El coeficiente de Apgar a los 5 minutos del parto tiene una relación directa con la mortalidad y la morbilidad del niño. (54)

SIGNO	0	1	2
Frecuencia Cardiaca.	Ausente	Lenta (menos de 100/min.)	Superior a 100/min).
Esfuerzo respiratorio	Ausente	lento irregular.	Suficiente llanto.
Tono muscular.	Flácido	Alguna flexión de las extremidades.	Movimientos Activos.
Irritabilidad refleja	Falta de respuesta	Llanto débil	Llanto vigoroso.
Color	azul, pálido	cuerpo color rosado, extremidades azules.	totalmente rosado.

2.8.2 Valoración Silverman - Anderson.

En el año de 1956 Silverman y Anderson descubrieron otro sistema para valorar al recién nacido, este método es de gran utilidad ya que es sabido, los trastornos respiratorios son los más frecuentes a esta edad; este método se emplea de preferencia en recién nacidos

prematuros, por la posibilidad de que desarrollen un problema respiratorio, así como en los recién nacidos de término que presentan signos de dificultad respiratoria.

La valoración del recién nacido con el método Silverman - Anderson resulta de especial utilidad en los servicios de terapia intensiva cuando se tienen a niños con atelectasia pulmonar, broncoaspiración, membrana hialina y otras complicaciones pulmonares. Debe realizarse con la frecuencia que se requiera en cada caso.

Al contrario de lo que sucede con la calificación de Apgar, en el método Silverman el niño con calificación más alta es el más grave. (55)

Método de Silverman - Anderson.

Movimientos toracoabdominales.	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil y abdomen en movimiento	Tórax y abdomen (disociación sube y baja)
Tiro intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado y constante
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Muy marcado
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Muy acentuado
Quejido expiatorio	Ausente	Leve ó inconstante	Constante y acentuado

2.9 LACTANCIA MATERNA.

Una alimentación infantil "ideal" es aquella que es suficiente, esto es que el número total de calorías que se proporcionan llene satisfactoriamente los requerimientos energéticos del niño. Completa, debe contener los nutrientes esenciales, hidratos de carbono, grasa, proteínas, agua, sales minerales y vitaminas proporcionadas a través de la dieta, equilibrada, los diversos nutrientes de la dieta se proporcionaran en cantidades balanceadas de acuerdo a los requerimientos de cada uno de ellos en particular, y deberá ser adecuada de acuerdo a su edad y desarrollo funcional. Además de estas características esenciales, es conveniente hacer énfasis sobre la pureza bacteriológica de los alimentos que se proporcionan al niño.

Las características fisicoquímicas y el alto valor biológico de la leche materna la hacen el alimento ideal, por esto deberá respetarse como el alimento de elección en la mayoría de los niños sanos.

Camerer, escribió hace casi 80 años: "La leche de mujer es el alimento ideal, no solamente en razón de su composición fisiológica sino también porque este modo de alimentación exige un esfuerzo de parte del niño que evita la sobrealimentación.

Características de la leche materna.

De acuerdo a la edad del lactante, la leche materna muestra variaciones en su composición química y valor energético.

El calostro representa la primera de estas etapas y como es sabido, aparece en los últimos días que siguen al parto. Contiene una mayor cantidad de grasas, proteínas, sales minerales y vitaminas.

La leche temprana, es la secretada durante las primeras semanas de lactancia. La leche intermedia o madura, comprende la secretada durante los 2 a 6 meses de edad y finalmente leche tardía, a partir del séptimo mes.

La cantidad de leche materna secretada por tetada varía de acuerdo a la etapa.

Existen ciertos factores que modifican la composición química y las cantidades de la leche materna como son:

- a) **Horario:** La leche materna es más abundante y rica en grasas, hidratos de carbono, proteínas y minerales durante las primeras horas del día que la secretada por la noche.
- b) **Estado de nutrición:** La leche de madres desnutridas tienen menos proteínas y valor calórico, sin embargo cubre los requerimientos del niño.

- c) Otros estados como las emociones, menstruación, nuevo embarazo y estados patológicos aún ligeros o pasajeros. (57)

2.9.1 Técnica de la lactancia materna.

1. Por parte de la madre:

- a) Reposo y tranquilidad emocional.
- b) Cómodidad, en el momento de proporcionar el alimento al niño.
- c) Preparación de los pezones.
- d) Aseo de los senos antes y después de cada tetada, con el fin de mantenerlos siempre limpios y evitar complicaciones como la formación de grietas y mastitis.
- e) Al ofrecer el seno, colocar al niño en la posición correcta, o sea formando un ángulo de 45° con relación al eje del cuerpo materno.
- f) Deberá colocar el pezón entre sus dedos índice y pulgar en forma de "C", al mismo tiempo que realiza movimientos rítmicos de expresión de la glándula, con lo cual facilita el vaciamiento de esta y evita la obstrucción de las narinas del niño y la asfixia consiguiente. Estas actividades colman las sensaciones agradables que deben constituir el acto instintivo de la alimentación.
- g) El ritmo de alimentación se fijará de acuerdo a cada niño en particular y al grado cultural de la madre (libre demanda, horario fijo), recordando que el tiempo de

vaciamiento gástrico con leche materna es de 2 a 3 horas. Por lo que deberá ofrecerse, entre 2 y 4 horas, promediando un total de 5 a 8 tetadas durante el día.

- h) Extracción del aire deglutido. Una vez que el niño ha quedado satisfecho la madre lo deberá erguir sobre sus hombros o sentarlo sobre sus piernas y le dará unas palmaditas en la espalda con el fin de que salga el aire que hubiere deglutido.
- i) Por último deberá acostarlo en decúbito ventral o lateral, aunque este último es menos recomendable ya que pueden voltearse al decúbito dorsal. Jamás deberá ponerlo en decúbito dorsal por el riesgo eminente de regurgitación y broncoaspiración.
- j) Alimentación de la madre: dieta completa suficiente y variada, evitando alimentos irritantes y muy condimentados.

2.- Por parte del niño.

- a) Debe estar hambriento.
- b) Cómodo
- c) Seco y limpio.
- d) Sin distracciones.
- e) Que exista buena temperatura y ambiente agradable (58)

2.9.2 Ventajas de la lactancia Materna.

La leche materna contiene todas las inmunoglobulinas (AgA, IgG, IgE, IgM e IgD), siendo la más importante por su concentración y características biológicas la Ig A.

La secreción láctea materna inhibe la capacidad hemaglutinante del virud de la influenza y de E. Coli. Este último, al parecer, se debe a la presencia de lactoferrina "pigmento de la leche", que es una factor con actividad bacteriolítica.

Los anticuerpos de la leche materna no se absorben por la mucosa gastrointestinal en cantidades significativas, lo que sugiere que juegan un papel importante en la inmunidad local.

Además, hay menor frecuencia de cuadros entérales infecciosos en lactante alimentado mediante el seno materno.

La leche materna es gratuita y se puede proporcionar al lactante en cualquier momento. (59)

2.9.3. Contraindicaciones de la lactancia Materna

- Por parte de la madre:

a) Generales: Enfermedades infecciosas graves, como fiebre tifoidea, neumonía, meningitis etcétera.

Enfermedades Cardiorrenales: Cardiopatías descompensada a evolutiva, nefropatía con insuficiencia renal.

Desnutrición grave, anemia importante, aplásica, refractoria, neoplasias, malignas.

b) Locales: Deformaciones de los pezones: Pequeños, umbilicados y obturados.

Mastitis, neoplasias locales, hipogalactea; la gran mayoría de las veces reconoce un fondo psicológico de rechazo a la alimentación. al seno materno.

Las grietas constituyen una contraindicación temporal o parcial.

Por parte del niño:

Defectos congénitos, como labio y paladar fisurado, prematuridad importante. (60)

3. METODOLOGIA.

3.1 HIPOTESIS.

La educación psicoprofiláctica de la pareja causa efectos benéficos en el trinomio padre - madre - hijo.

3.2 CAMPO DE INVESTIGACION.

Universo de Trabajo:

- Licenciadas en enfermería y obstetricia que laboran en CIMIGEN.
- Pacientes que asistieron a curso de psicoprofilaxis perinatal y que se atienden en CIMIGEN.
- Pacientes que no asistieron a curso de psicoprofilaxis perinatal y que se atienden en CIMIGEN.

Grupo de Estudio.

- Licenciadas en enfermería y obstetricia que atendieron el trabajo de parto de pacientes que asistieron o no al curso de psicoprofilaxis perinatal.

- 30 pacientes en trabajo de parto que asistieron al curso de psicoprofilaxis perinatal.
- 30 pacientes en trabajo de parto que no asistieron al curso de psicoprofilaxis perinatal.

Limites: Tiempo: octubre de 1994 a enero de 1995.

 Febrero a septiembre de 1997.

 Espacio: Centro de Investigación Materno Infantil.

3. 3. TIPO DE INVESTIGACION.

Es un ensayo no terapéutico, prospectivo en base a un muestreo aleatorio, (grupo descriptivo y comparativo). Tipo cohorte.

3.4. SELECCION DE METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.

La elaboración del marco teórico se realizó por medio de la investigación documental a través de la bibliografía que se menciona posteriormente.

El universo se constituyó por 30 pacientes en trabajo de parto que asistieron y 30 que no asistieron al curso de psicoprofilaxis perinatal en el hospital CIMIGEN y fueron tomadas al azar por método de muestreo simple.

Se realizó la recolección de datos por medio del cuestionario, el cual fue diseñado para identificar las diferentes etapas del preparto, parto, posparto y el conocimiento que tienen las pacientes en el momento del trabajo de parto.

El instrumento de recolección consto de 14 preguntas el de las pacientes y de 17 preguntas el aplicado a las licenciadas.

En el levantamiento de la encuesta, para la cual se tuvo como recursos humanos a dos pasantes de la Lic. En Enfermería y Obstetricia, se llevó a cabo a través de un cronograma. Los gastos de la reproducción del instrumento de recolección y de transporte fueron proporcionados por las pasantes.

Se realizó la revisión y codificación de datos de 60 cuestionarios siendo estos el 100% de ellos.

Por otra parte se tomaron variables de cuestionarios aplicados a las licenciadas que laboran en CIMIGEN para corroborar y obtener datos como horas de trabajo de parto participación del padre, Apgar, Silverman y lactancia.

Se elaboraron cuadros de frecuencia simple y con cruce de variables, procediéndose a la tabulación y análisis de datos de abril a mayo de 1997.

La tabulación y el análisis de datos, y la descripción de los hallazgos permitió la interpretación de los resultados con sus posibles alternativas y sugerencias al fenómeno estudiado.

La etapa final consistió en la integración del informe como tesis recepcional con los elementos necesarios previamente revisados para que el lector se percate de todas las implicaciones del estudio.

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

El estudio fue realizado en pacientes con trabajo de parto en el Centro Materno Infantil GRUPO GEN. De las cuales el 50% asistieron al curso de psicoprofilaxis perinatal y el 50% restante no tomó el curso (cuadro 1)

Tomando en cuenta que un curso de psicoprofilaxis consta de ocho sesiones o clases de 3 horas cada una se obtuvo que el 50% de las mujeres encuestadas no asistió al curso, mientras que el 45% asistió de 5 a 8 clases y el porcentaje menor (5%) lo ocupan pacientes que solo asistieron a 3 o 4 clases (cuadro 2)

En cuanto a la relación que existe entre asistencia y el número de consultas de valoración a las que asistieron mujeres en trabajo de parto se obtuvieron datos comparativos de importancia, en los que se visualiza que el 56% de pacientes en general asistieron a menos de 4 consultas y el 23% a 5 - 8 valoraciones. Por otro lado de entre las pacientes que sí asistieron al curso de psicoprofilaxis, el 36% acudieron a menos de 4 consultas y solo el 1% a más de 5, mientras que en pacientes que no asistieron al curso de psicoprofilaxis, 20% asistieron a menos de 4 consultas de valoración y el 21% a más de 5 valoraciones durante su trabajo de parto.

Es notorio que las pacientes que recibieron el curso asistieron a menos consultas de valoración lo que tal vez sea resultado de su mayor preparación acerca del evento del parto, y en contrapunto las pacientes sin capacitación psicoprofiláctica requieren o tienen mayor necesidad de conocer el estado y evolución de su embarazo (cuadro 3).

De la relación que guarda el número de consultas de valoración durante el trabajo de parto y la actitud tomada por las pacientes que asistieron al curso de psicoprofilaxis resultó que de las mujeres que tuvieron menos de cuatro consultas de valoración el 66.8% estuvieron controladas y 6.6% excitadas. En el rubro de cuatro consultas 20% estuvieron controladas y 3.3% excitadas y en el de 5 a 8 consultas de valoración un 3.3% estuvieron excitadas. Ahora bien de las pacientes que no asistieron a curso de psicoprofilaxis y que estuvieron menos de 4 consultas de valoración 26.6% estuvo controlada, 10% excitada y 6.6% fuera de control, de las pacientes que tuvieron 4 consultas el 13.3% estuvo excitada y en el rubro de 5 a 8 consultas un 6.6% estuvo controlada un 33.6% excitada y un 3.3% fuera de control.

Es de notarse que en las pacientes con preparación psicoprofiláctica en la mayoría que tuvo un mínimo de consultas se manifestó una actitud controlada durante su trabajo de parto. No así en las pacientes que no asistieron a la preparación, en donde el mayor porcentaje cuenta con 5 a 8 valoraciones y manifiesta una actitud excitada al evento del parto. Inclusive aunque en bajos porcentajes se nota la pérdida de control nervioso en estas pacientes que no fueron instruidas (cuadro 4 y 5).

Referente a la relación entre el número de consultas y la identificación de alguna alteración durante su trabajo de parto, tenemos que un 35% de las pacientes que asistieron al curso de psicoprofilaxis no detectaron la presencia de alguna alteración, aunque cabe aclarar que tampoco fue diagnosticada por el personal de salud alteración alguna; y un 15% de estas mismas pacientes si la detectó. En pacientes que no asistieron a dicho curso un 47% no detectó ningún problema y sin embargo un 3% de ellas si lo hizo, mencionando la falta de movimiento del producto por un período prolongado pero a la exploración no se diagnosticó anomalía alguna.

Es importante hacer la diferencia de que en las pacientes que llevaron el curso, la detección de alteración alguna en su trabajo de parto fue corroborada por el equipo de salud encontrándose: un producto con mielomeningocele, y un producto prematuro. (cuadro 6)

En tanto que en la relación de este mismo problema con el numero de consultas se obtuvo que de las 30 pacientes que asistieron al curso, el 23% de mujeres asistieron a menos de 4 consultas y aun así tuvieron la oportunidad de observar alteraciones durante su trabajo de parto. (cuadro 7)

Ahora bien, en las pacientes que no asistieron al curso de psicoprofilaxis y que si detectaron alteraciones durante su trabajo de parto tenemos el 7% con menos de cuatro y cuatro valoraciones. En las que no detectaron alguna alteración se observa que el mayor

porcentaje que es de 43% se localiza en el rubro de 5 - 8 consultas de valoración siguiéndole un 36.6.% con menos de 4 consultas y un 13.3. % con 4 valoraciones.

Basándose en estos resultados se determina que las pacientes que asistieron a curso psicoprofiláctico tienen mayor conocimiento del proceso por el que están cursando lo cual disminuye el temor de que ocurra alguna anormalidad durante el trabajo de parto. (cuadro 8).

Es importante mencionar que debido a su bajo nivel de preparación, en cuanto al embarazo y parto tenemos que un 50% de las pacientes no identifica las etapas de parto y parto, y en las pacientes que si tienen preparación psicoprofiláctica un 48.9% si identifica tales etapas y solamente un 1.6% no lo hizo (cuadro 9).

La actitud tomada durante el trabajo de parto por las pacientes con preparación psicoprofiláctica fue en su mayoría controlada (43%) y en un 6.6.% excitadas, diferencia de las pacientes sin preparación de las cuales un 28% se encontró excitada, un 16.6% controlada y el 5% fuera de control.

Por lo tanto se considera que la actitud controlada de las pacientes se debe a la preparación recibida, lo cual se manifiesta independientemente del umbral al dolor que se tenga. (cuadro 10).

En cuanto a la relación entre el período expulsivo y la actitud tomada durante el trabajo de parto por las pacientes que no asistieron al curso de psicoprofilaxis, se obtuvo que el 6.6. % de las pacientes que tuvieron un período expulsivo rápido estuvieron controladas y el 10% excitadas. En pacientes que el período fué normal el 20% estuvieron controladas, el 36.9% excitadas y el 3.3.% fuera de control y en las que fué tardado el 6.6% estuvieron controladas, el 10% excitadas y el 6.6% fuera de control. Es importante mencionar que a diferencia de estas pacientes aquellas que si asistieron al curso los mayores porcentajes se encuentran con un período expulsivo normal y actitud controlada. (60%) y con la misma actitud pero con un período expulsivo rápido el 26%. Estos resultados son importantes ya que entre mas tardado sea el período expulsivo es mas el esfuerzo físico y psíquico para la madre y disminuye la respuesta favorable del recién nacido (cuadros 11 y 12).

La relación entre la asistencia al curso de psicoprofilaxis y la duración del trabajo de parto nos deja ver que las pacientes que si asistieron al curso en su mayor porcentaje que es de 33.9% contaron con un trabajo de parto de 6 horas o menos y un 5% con un trabajo de parto de 12 horas o más. De las pacientes que no asistieron a curso tenemos el mayor porcentaje que es de 26.7% tuvieron un trabajo de parto de 7 a 12 horas y de 12 horas o mas un 83%.

Esta diferencia puede atribuirse a que las pacientes con menos horas de trabajo de parto controlaban mejor su angustia y contribuirán así al progreso del trabajo de parto. Debido al antecedente de su preparación (cuadro 13).

Se puede observar en los resultados de la relación entre el trabajo de parto y actitud de las pacientes que asistieron al curso de psicoprofilaxis perinatal que 63.3% estuvieron controladas y un 3.3% excitadas ambas con un trabajo de parto de menos de 6 horas. Por otra parte con un trabajo de parto de 7 a 12 horas, un 16.6% estuvieron controladas y un 6.6% excitadas. Con 12 horas o mas tenemos que un 6.6% estuvieron controladas y solo un 3.3% excitadas. En comparación con las pacientes que no asistieron al curso, el mayor porcentaje fue de 37% con actitud excitada y un trabajo de parto de 7 a 12 horas. Lo más sobresaliente de este aspecto es que existen pacientes que estuvieron fuera de control independientemente de las horas de trabajo de parto con un total de 9.9% a diferencia de las pacientes que asistieron al curso de psicoprofilaxis en las que no existió este rubro (cuadro 14 y 15).

En cuanto a las mujeres que asistieron o no al curso de psicoprofilaxis en relación con la posición adquirida durante su trabajo de parto, tenemos que el 41% de mujeres que no asistieron al curso tuvieron que adoptar una posición indicada y por otra parte de las mujeres que si fueron capacitadas, casi la mitad optaron por una posición libremente escogida lo cual les proporcionó mayor seguridad emocional en su toma de decisiones y por consiguiente un mejor término de su trabajo de parto y parto. (cuadro 16)

La actitud y posición tomada durante el trabajo de parto en pacientes que asistieron al curso fue que un 53.4% estuvo con actitud controlada y con una posición libremente adquirida, en

contraste, en las pacientes que no asistieron al curso, se obtuvo que el 43.5% tuvieron una actitud excitada y adoptaron la posición indicada. Esto cual nos habla de que las pacientes preparadas sobre su embarazo son capaces de llevar a cabo una mayor toma de decisiones durante el trabajo de parto y parto, lo cual les proporciona mayor tranquilidad favoreciendo su actitud y el proceso por el cual están pasando (cuadro 17 y 18).

El uso correcto y variabilidad de técnicas y recursos de relajación dependerá mucho del conocimiento que se tenga de estos ya que se puede observar através de los resultados de las pacientes que asistieron a curso psicoprofiláctico, casi en su totalidad hizo uso de estas técnicas y recursos ya que un 55% utilizó la respiración un 22.6% el masaje, un 16.9% medios físicos, el 3.7% la música y solo un 1.8% no utilizó nada. En cambio en las pacientes que no asistieron al curso tenemos que un 58% no utilizó ninguna técnica ni recurso, el 38% hizo uso del manejo de la respiración y solo un 3% del masaje lo que indica que no hubo información durante su embarazo de las técnicas y recursos para disminuir sus stress durante el trabajo de parto y parto mismo (cuadro 19)

Relativo a la participación del padre en el trabajo de parto de su pareja encontramos que el 46% de matrimonios que si asistieron al curso tuvo una participación activa el hombre durante este suceso, mientras que el 40% de mujeres que no asistieron al curso la participación de su pareja fue pasiva, lo cual refleja la falta de educación durante el

embarazo no solo de la madre sino de la participación del padre, la cual es básica para una mejor estabilidad del trinomio madre - padre - hijo (cuadro 20)

La asistencia de las parejas al curso psicoprofiláctico perinatal, influye determinadamente en la participación del padre y la actitud de la paciente durante el trabajo de parto ya que se observó que de las pacientes que asistieron al curso un 80% tuvo una actitud controlada y el 13.3% estuvo excitada, ambas con participación activa del padre, entendiendo esto como que el padre participa física y moralmente, con ejercicios, masajes y hablando con la paciente tratando de tranquilizarla.

Por otro lado solo el 6.7% aunque tuvo una actitud controlada la participación del padre fue pasiva o sea que solo estuvo de espectador, brindando solamente apoyo moral. Ahora bien en las pacientes que no asistieron a curso se observa que un 46.8% estuvo excitada, un 23.3% controlada y un 10% fuera de control todas ellas con participación pasiva del padre y que de las pacientes que no hubo participación del padre ya fuera porque no estuviera presente o se rehusara hacerlo un 13.3% estuvo con actitud excitada y un 6.6% controlada, es relevante mencionar que con ninguna de estas pacientes hubo participación activa del padre aún haciendo énfasis en los beneficios que esto proporciona al trinomio padre - madre - hijo. (cuadro 21 y 22).

Uno de los beneficios de la participación del padre durante el trabajo de parto puede observarse en el período expulsivo ya que en las parejas que asistieron al curso y tuvieron una participación activa del padre, en la mayoría el periodo fue normal (63%) y rápido (26.6%) haciendo la diferencia entre las parejas que no asistieron al curso, en las cuales la participación del padre fue pasiva y los mayores porcentajes se encuentran en período expulsivo normal y tardado, (46.8% y 20% respectivamente) aunque cabe mencionar que existen pacientes que no tuvieron participación del padre y que tuvieron un período expulsivo normal (13.3%) (cuadros 23 y 24).

La actitud de las pacientes determina la solicitud de anestesia durante el trabajo del parto ya que se observó que de las pacientes que llevaron curso de psicoprofilaxis y tuvieron una actitud controlada el 70% no solicitó anestesia, el 10% fue por indicación médica, el 6.7% lo hizo por iniciativa propia y el 13.3% aunque estuvieron con actitud excitada no la solicitaron. En contraste en las pacientes que no llevaron curso el 36.8% tuvo una actitud excitada y no hubo solicitud de anestesia, cursando con la misma actitud un 20% hizo solicitud por iniciativa propia, lo mismo un 6.6% que tuvo actitud fuera de control lo que pone de manifiesto que la educación psicoprofiláctica de las pacientes determina su actitud durante su trabajo de parto lo cual lleva o no a decidir sobre la solicitud de anestesia durante el mismo. (cuadro 25, 26, y 27).

La asistencia al curso de psicoprofilaxis perinatal puede influir en la rapidez del periodo expulsivo de las pacientes en trabajo de parto ya que se obtuvo que en las pacientes que asistieron al curso un 31.8% tuvo un periodo expulsivo normal, un 16.6% un periodo rápido y un 1.6% tardado. A diferencia de las pacientes que no lo llevaron tenemos el 28.4% con un periodo normal un 11.6% tardado y un 10% rápido. Aunque en poca magnitud, se expresa la diferencia entre las pacientes que si tuvieron la instrucción y las que no la tuvieron. (cuadro 28).

Otro de los aspectos en los que influye el curso de psicoprofilaxis son las valoraciones de Apgar y Silverman de los recién nacidos ya que estas son el resultado del desarrollo intrauterino, el trabajo de parto y del parto logrando mejorar estos procesos con la educación impartida durante el curso, teniendo como resultados de esta investigación en estos aspectos que los recién nacidos de las pacientes que adquirieron dicha educación obtuvieron el 48.4% un apgar de 10-7 y un Silverman de 0-2 y un 1.6% con apgar de 6-4 y silverman de 3-4 a consecuencia de que el recién nacido era prematuro. En los recién nacidos cuyos padres no asistieron al curso los resultados fueron 46.7% con Apgar de 10 - 7 y un Silverman de 1 - 2 y un 3.3% con Apgar de 6 - 4 y Silverman de 3 - 4.

Estos nos muestra que casi se triplican las complicaciones en las pacientes que no llevaron el curso de psicoprofilaxis (cuadro 29 -30)

En el curso de psicoprofilaxis perinatal se hace énfasis y se concientiza a la pareja sobre la importancia de la lactancia natural y los beneficios que esta le proporciona al recién nacido, los resultados de dicha concientización se observan en los siguientes datos, el 48.4% si proporciona lactancia a su recién nacido y solo el 1.6% no lo hizo porque el producto nació con mielomeningocele y fue trasladado a otro hospital. De las pacientes que no asistieron al curso el 43.4% si proporcionó lactancia y el 6.6% se negó a hacerlo y que aunque se les recomienda esta actividad tal vez su negativa se deba a la falta de cercanía con elementos del parto que se logra en pacientes que llevan el curso de psicoprofilaxis perinatal (cuadro 31)

5. CONCLUSIONES.

Como resultado de la investigación se llegó a la conclusión de que con la educación psicoprofiláctica, la experiencia del embarazo, trabajo de parto y parto se tornó de una experiencia traumática a una situación aceptable e incluso se disfruta por la pareja, ya que se disminuyó tanto las horas de trabajo de parto como el período expulsivo y existe un mayor control al dolor, lo cual mejora la actitud de las pacientes en los momentos requeridos, beneficiando así al producto tanto intra como extrauterinamente, y esto se refleja en los resultados de valoración Apgar y Silverman que se aplican al recién nacido.

Todo lo anterior nos lleva a propiciar el bienestar en la relación psicológica y social del trinomio padre - madre - hijo.

6. SUGERENCIAS.

Se sugiere la promoción de la educación psicoprofiláctica perinatal en las unidades en que se proporcionan consultas prenatales así como atención al parto, en las cuales se debe involucrar al padre, concientizándolo de la importancia que tiene su participación activa en el proceso de la reproducción humana, logrando con esto el reconocimiento de la educación psicoprofiláctica perinatal como el instrumento necesario para propiciar la salud materno - infantil a nivel nacional y disminuir la morbimortalidad de este grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Caldeyro Barcia R. "El parto humanizado." p. 17.
2. Wright Erna. "parto psicoprofiláctico". p. 15
3. Benson Ralph. "diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos". p. 208.
4. CIMIGEN. "Antecedentes históricos de la psicoprofilaxis". p. 1.
5. Gavensky Ricardo. "Parto sin temor, parto sin dolor". p. 19.
6. Sasmor Jeanette. "Educación para el parto". p. 22.
7. "I bid". p. 23.
8. Brunner L.S. "Enfermería médico - quirúrgica" p. 93-96.
9. Carrera, José María "Preparación física para el embarazo y posparto". p. 8.
10. Gavensky Ricardo. "op. cit." p. 94.
11. "I bid". p. 98 - 99.
12. Casavilla Florencio. "Manual de Obstetricia". p. 697 - 698
13. Macy Christopher. "Embarazo y Nacimiento, problemas y placeres". p. 99.
14. Caplan Ronald M. "Fundamentos de Obstetricia". p. 361.
15. Macy Christopher "op. cit." p. 74 - 75.
16. Caplan Ronald. "op.cit." p. 353 - 360.
17. Sasmor Jeanette. "op.cit." p. 48.
18. Grantly Dick - Read, "Chilbirth Without Fear", p. 39 - 40.
19. Sasmor Jeanette. "op.cit". p. 61.

20. CIMIGEN "Manual Informativo" p. 2.
21. Sasmor Jeanette "op.cit". p. 99
22. Malnowski Janet, "El parto papel de la enfermera". p. 54.
23. Macy Christopher "op.cit.". p. 99.
24. "I bid". p. 70 - 74.
25. "I bid". p. 74 - 75.
26. Trueba Guadalupe. "El parto psicoprofiláctico y su beneficio para el binomio madre - hijo". p. 3.
27. Wright, Erna. "op.cit". p. 186 - 188.
28. Sasmor Jeanette "op.cit". p. 173-174.
29. "I bid". p. 176
30. Gavensky Ricardo. "op.cit." p. 171 - 174.
31. Sasmor Jeanette. "op.cit." p. 177 - 178
32. CIMIGEN. "La atención primaria a la salud materno infantil" p. 171.
33. Sasmor Jeanette "op.cit." p. 178 - 179.
34. "I bid" p. 181 - 182.
35. Trueba Guadalupe. "op.cit." p. 3 - 8.
36. Caldeyro - Barcía R. "Bases Fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal". p. 16 - 17.
37. Gavensky Ricardo "op.cit" p. 173
38. "Ibid" p. 175 - 179.

39. Wright Erna. "Parto Psicoprofiláctico". p. 69-76
40. Gavensky Ricardo "op.cit". p. 117-127.
41. Sastre Fernández S. "Maternidad responsable". p. 75.
42. Gavensky Ricardo "op.cit". p. 117 - 127.
43. Carreras, José María. "op.cit". p. 19.
44. Gavensky Ricardo "op.cit" p. 127-130.
45. Carreras, José María "op.cit" p. 22 - 23.
46. Gavensky Ricardo. "op.cit" p. 130-133.
47. Carreras José María "op. cit". p. 72.
48. Sastre Fernández S. "op. cit." p. 44.
49. Kitzinger Sheila, Bailey Vicky "El embarazo día a día" p. 73.
50. Botella Lluisa , Clavero Nuñez. "Tratado de Ginecología". p. 413
51. Danforth David N. "Tratado de Obstetricia y Ginecología". p. 625.
52. Steele S. J. "Ginecología, Obstetricia y el Recién Nacido" p. 23-24.
53. Fendwith Elizabeth, " Embarazo y Parto". p. 59.
54. Pritchard Jack, "Williams Obstetricia". p. 368 - 369.
55. Mondragón Castro Héctor. "Ginecoobstetricia para Enfermeras". p. 329.
56. Salas Max. "Síndromes Pediátricos Fisiología, Clínica y Terapéutica". p. 90 - 91.
57. Goodrich Frederick W. "Maternidad sin Dolor". p. 165.
58. Salas Max. "op.cit." p. 104 - 108.
59. Goodrich Frederick. "op.cit". p. 166- 167.

BIBLIOGRAFIA.

ARROYO de Cordero Graciela. Importancia de la Profesionalización de la psicoprofilaxis perinatal, trabajos y discursos. UNAM . México. 1992

BENSON Ralph. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno. 5a. Ed. México, 1989, 1190 p.p.

BLEIER Inge. Enfermería materno infantil. 4ta. Ed. Interamericana. México. 1981. 174 p.p.

BOOKMILLER. Enfermería Obstétrica. Interamericana. 5a. Ed. México, 1985. 547 p.p.

BOTELLA Llusía, Clavero Nuñez. Tratado de Ginecología. (Fisiología femenina). Tomo I. Científico - médica. 1980. Barcelona 576 p.p.

BRUNNER Lillian, Suddarth Doris Enfermería médico quirúrgica. vol. 1 Interamericana - McGraw-Hill 60. ed. México 1989. 870 p.p.

CALDEYRO Barcia R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Publicación científica No. 858. CLAP/OPS/OMS. 1979.

CAPLAN Ronald M. D. Fundamentos de Obstetricia. Limusa. 1987. México. 400 p.p.

ČASAVILLA Florencio. Manual de Obstetricia. El ateneo. México. 1987. 716 p.p.

CARRERA José María. Preparación Física para el embarazo y posparto. Medici, S.A. 2a. ed. Barcelona. 213 p.p.

CIMIGEN. Antecedentes Históricos de la Psicoprofilaxis. boletín informativo. s.p.i.

CIMIGEN. La atención primaria a la salud materno infantil. UNAM. México. 1992. 243 p.p.

CIMIGEN. Manual informativo. s.p.i.

DANFORTH David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4A. ed. Interamericana. México. 1987. 1287 p.p.

FENDWITH Elizabeth. Embarazo y parto. Interamericana McGraw Hill. Londres. 1990. 900 p.p.

GAVENSKY Ricardo. Parto sin Temor, parto sin dolor. 17 ed. El ateneo. Buenos Aires. 1987. 184 p.p.

GRANTLY Dick Read. Childbirth Without Fear. 2a. ed. Harper y Row. Nueva York. 1959 p.p.

GOODRICH Frederick W. Maternidad sin dolor. Daimon Mexicana. México. 1991. 256 p.p.

KITSINGER Sheila. El embarazo día a día. Interamericana. Mc. Graw hill. Madrid. 1990. 127 p.p.

L'GAMIZ Matuk Arnulfo. Bioestadística. Méndez Cervantes. México. 1988. 250 p.p.

MACY Cristopher. Embarazo y Nacimiento. Problemas y placeres. Latinoamericana. México. 1980. 128 p.p.

MALINOWSKI Janet y Williams Patricia. El parto: Papel de la Enfermera. Interamericana. México. 1981. 174 p.p.

MONDRAGON Castro Hector. Ginecoobstetricia para Enfermeras. Trillas. México. 1991.

510 p.p.

OLEA Franco. Manual de Técnicas de Investigación Documental. 2a. ed. Esfinge. 1982.

231 p.p.

PRATE I. Embarazo y Postparto. Daimon Mexicana. México. 1991. 204 p.p.

PRITCHARD Jack. Williams Obstetricia. 3a. ed. Salvat. México. 1987. 900 p.p.

SALAS Max. Síndromes pediátricos, fisiología, clínica y terapéutica. La prensa médica mexicana. México. 1987. 544 p.p.

SASMOR Jeanette. Educación para el parto. Limusa. México. 1990. 338 p.p.

SASTRE Fernández S. Maternidad responsable. Jims, S.A. España. 1984. 213 p.p.

STEELE S.J. Ginecología, Obstetricia y el Recién Nacido. Manual Moderno. México.

1987. 303 p.p.

TORTORA G. Anagnostakos N. Principios de anatomía y fisiología. 3a. ed. Harla México. 1981. 1028 p.p.

TRUEBA Guadalupe. El parto psicoprofiláctico y su beneficio para el binomio madre-hijo. CIMIGEN. México. 1992. 9 p.p.

WRIGHT Erna. Parto Psicoprofiláctico. pax-México. 7a. ed. México. 1989. 231 p.p.

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL

Ventajas de la educación en psicoprofilaxis perinatal, para la pareja y su hijo.

Objetivo: Conocer la trascendencia de la psicoprofiláctica en la etapa de parto y parto.

INSTRUCCIONES: Lea atentamente el cuestionario y conteste la respuesta correcta.

1. ¿La paciente llevó usted el curso de psicoprofilaxis durante su embarazo.

SI

NO

2. ¿Cuántas clases en total?

3. ¿La pareja identificó las etapas de parto y parto?

SI

NO

4. ¿Cuántas consultas de valoración del trabajo de parto tuvo la paciente antes de ingresar a la unidad tocoquirúrgica?

5. ¿La pareja detecto la presencia de alguna alteración durante el trabajo de parto?

SI

NO

6.- ¿Qué actitud tomó la paciente durante su trabajo de parto efectivo?.

Controlada

Exitada

Fuera de control

7. ¿Qué posición adquirió la pareja durante su trabajo de parto?

La indicada

Libremente escogida.

8. ¿Cuánto tiempo de duración tuvo la fase activa del trabajo de parto?

6 horas ó menos

7-12 horas

12 horas ó más

9. ¿La pareja detectó la fase activa de trabajo de parto?

SI

NO

10. ¿La pareja utilizó técnicas y recursos para el manejo del stress?

SI

NO

11. ¿El padre participó durante la fase activa del trabajo de parto

a) activa

b) pasiva

12. ¿La pareja solicitó analgesia?

SI

NO

13. ¿Durante el nacimiento la pareja tuvo la elección de escoger la posición?

SI

NO

14. ¿Duración del período expulsivo.?

rápido

normal

tardado.

15. ¿Qué APGAR tuvo el recién nacido?

16. ¿Qué Silverman tuvo el recién nacido?

0-2

3-4

5-10

17. ¿Se inició la lactancia materna temprana?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL

Ventajas de la educación en psicoprofilaxis perinatal, para la pareja y su hijo.

Objetivo: Conocer la trascendencia de la psicoprofiláctica en la etapa de parto y parto.

Instrucciones: Lea atentamente el cuestionario y conteste la respuesta correcta.

1. ¿Llevó usted el curso de psicoprofilaxis durante su embarazo.

SI NO

2. ¿Cuántas clases en total?

3. ¿Identificó las etapas de parto y parto?

SI NO

ANEXO 3

CUADRO No. 1

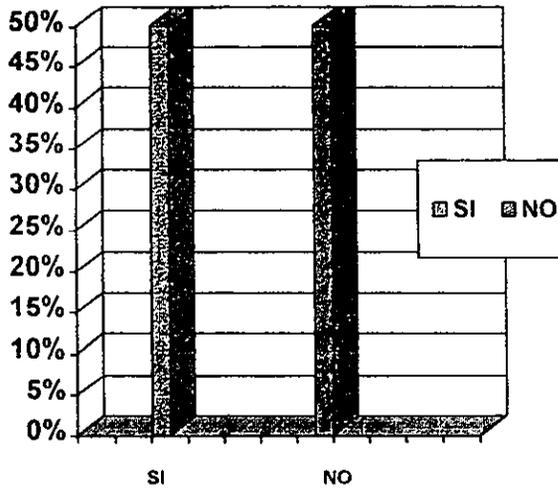
PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE ASISTIERON O NO AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

CURSO	Fo.	%
SI	30	50.0
NO	30	50.0
TOTAL	60	100.0

FUENTE:
CUESTIONARIO APLICADO A
PACIENTES EN TRABAJO DE
PARTO, CIMIGEN, 1995

GRAFICO N°1

**PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE ASISTIERON O NO AL
CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL , CIMIGEN, 1995**



**ASISTENCIA AL CURSO DE
PSICOPROFILAXIS PERINATAL**

CUADRO No. 2

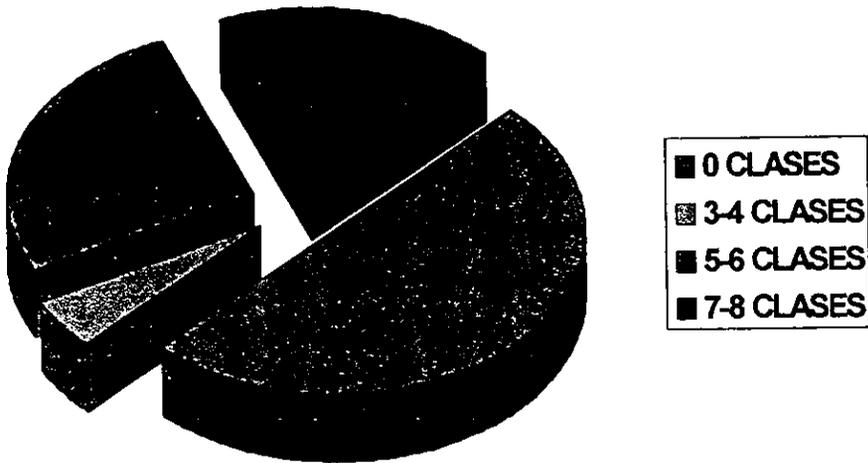
FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CLASES DEL CURSO DE
PSICOPROFILAXIS PERINATAL, POR LAS PACIENTES EN
TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995.

CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL					
ASISTENCIA Nº. DE CLASES	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
0	-	-	30	50.0	50.0
1-2	-	-	-	-	-
3-4	3	5.0	-	-	5.0
5-6	11	18.3	-	-	18.3
7-8	16	26.7	-	-	26.7
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO Nº.1

GRAFICO N° 2

FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CLASES DEL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL POR LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995.



CUADRO No. 3

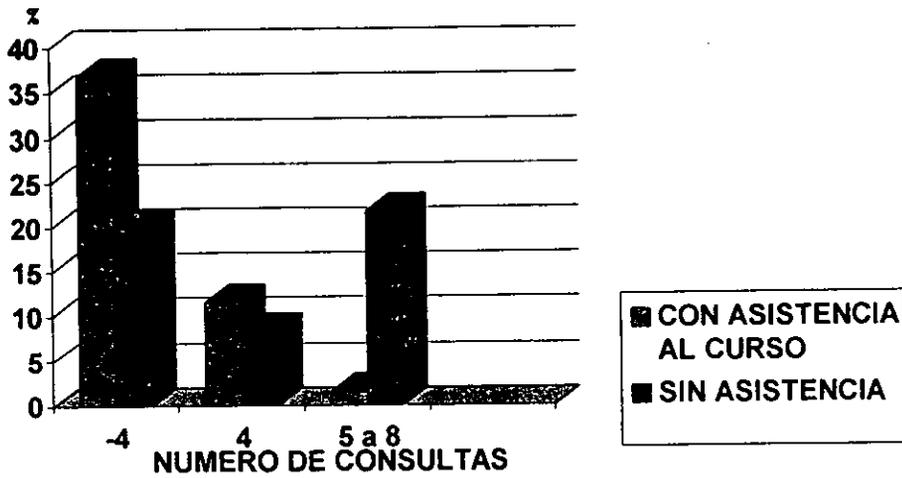
ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN
RELACIÓN AL NUMERO DE CONSULTAS DE VALORACIÓN DEL
TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES DE CIMIGEN, 1995.

NUMERO DE CONSULTAS	ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL				
	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
-4	22	36.8	12	20.0	56.8
4	7	11.6	5	8.3	19.9
5-8	1	1.6	13	21.7	23.3
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°.1

GRAFICO N° 3

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACION
AL NUMERO DE CONSULTAS DE VALORACION DEL TRABAJO DE PARTO
EN PACIENTES DE CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 4

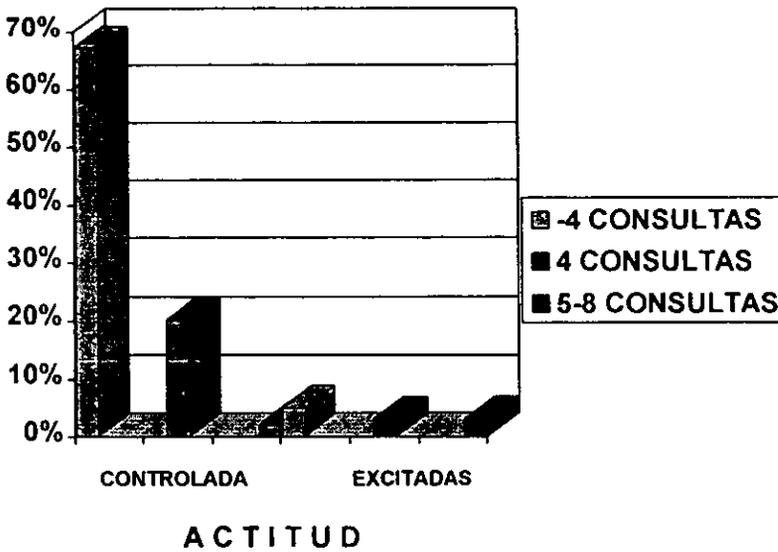
RELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y ACTITUD TOMADA POR LAS PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

NUMERO DE CONSULTAS	-4		4		5 A 8		TOTAL %
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	
ACTITUD							
CONTROLADA	20	66.8	6	20.0	-	-	86.8
EXCITADA	2	6.6	1	3.3	1	3.3	13.2
TOTAL	22	73.4	7	23.3	1	3.3	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N°4

RELACION ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y ACTITUD TOMADA POR LAS PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 5

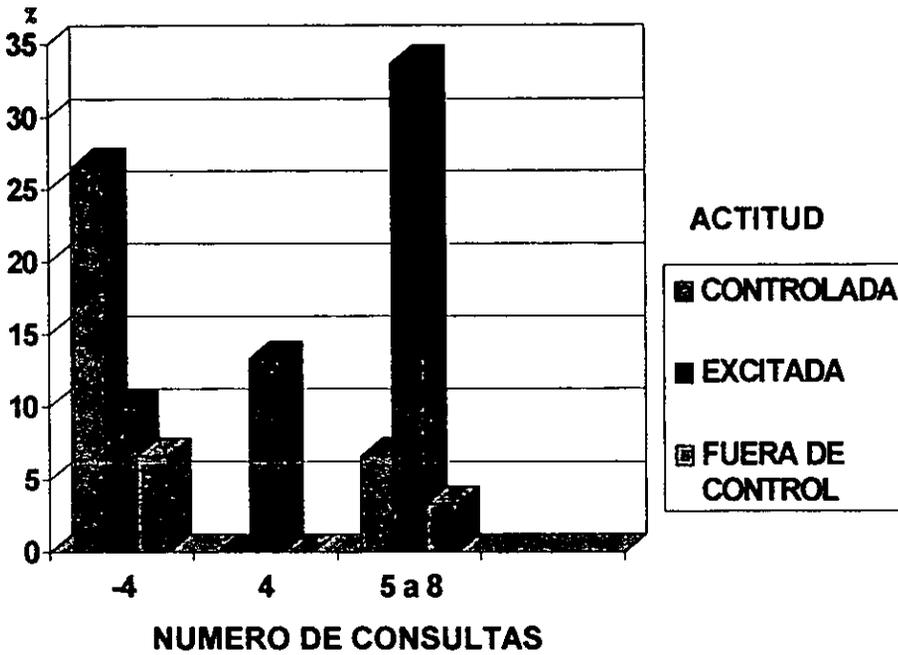
RELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y ACTITUD TOMADA POR LAS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

NUMERO DE CONSULTAS	-4		4		5 A 8		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
ACTITUD CONTROLADA	8	26.6	-	-	2	6.6	33.2
EXCITADA	3	10.0	4	13.3	10	33.6	56.9
FUERA DE CONTROL	2	6.6	-	-	1	3.3	9.9
TOTAL	13	43.2	4	13.3	13	43.5	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N° 5

RELACION ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y ACTITUD TOMADA POR LAS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 6

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE ALTERACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES DE CIMIGEN, 1995.

IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DE ALGUNA ALTERACION	ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL				
	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	
SI	9	15.0	2	3.3	18.3
NO	21	35.0	28	46.7	81.7
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

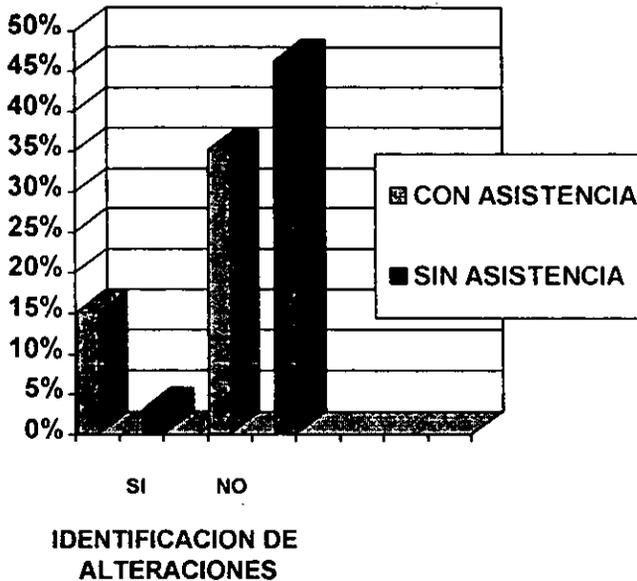
NOTA:

DE LAS PACIENTES QUE SI ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL Y NO IDENTIFICARON NINGUNA ALTERACIÓN FUE POR QUE NO LA TUVIERON.

LAS ALTERACIONES IDENTIFICADAS POR LAS DOS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO, FUERON FALTA DE MOVIMIENTO DEL PRODUCTO POR UN PERIODO PROLONGADO AUNQUE A LA EXPLORACIÓN NO SE ENCONTRÓ ANORMALIDAD ALGUNA.

GRAFICO N°6

**ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN
RELACION A LA IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DE
ALTERACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES
DE CIMIGEN, 1995**



CUADRO No. 7

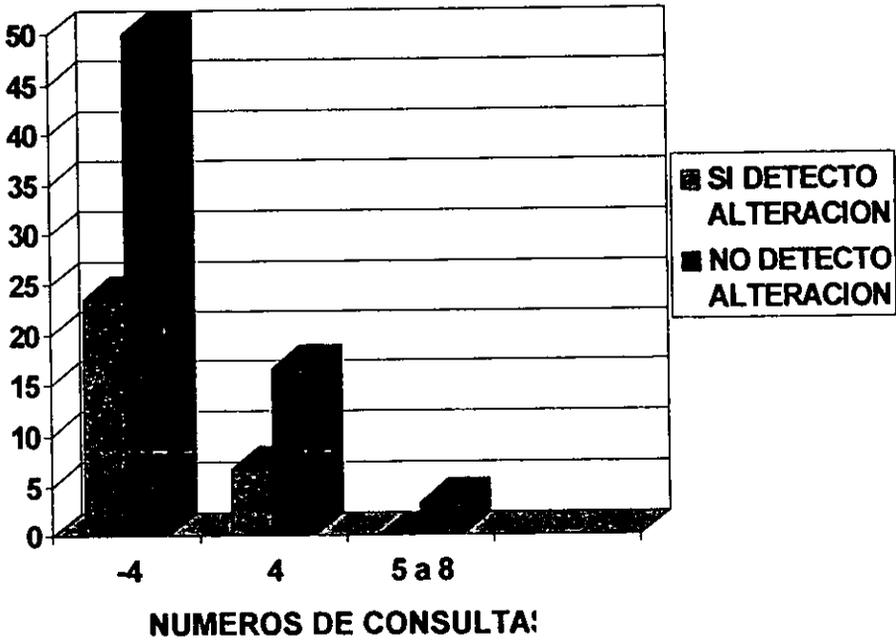
RELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS Y DETECCIÓN DE ALGUNA ALTERACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

DETECCIÓN DE ALGUNA ALTERACIÓN NUMERO DE CONSULTAS	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
-4	7	23.5	15	50.0	73.5
4	2	6.6	5	16.6	23.2
5-8	0	0.0	1	3.3	3.3
TOTAL	9	30.1	21	69.9	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N° 7

RELACION ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS Y DETECCION DE ALGUNA ALTERACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL DE CIMIGEN, 1995.



CUADRO No. 8

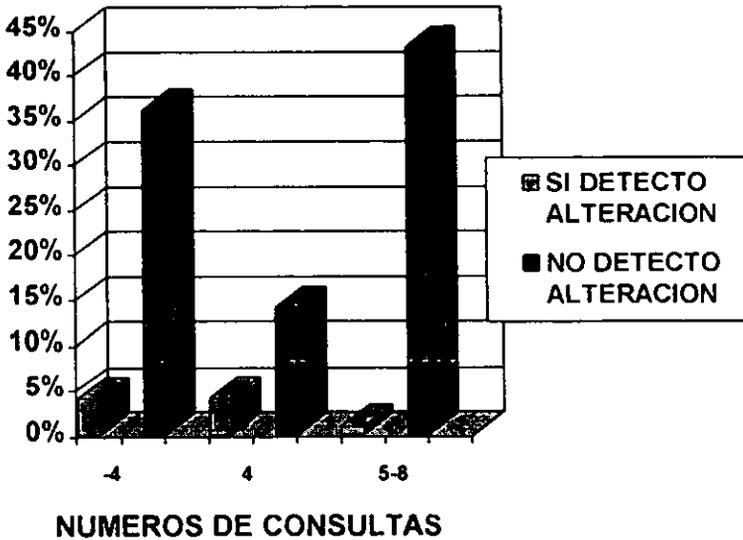
RELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS Y DETECCIÓN DE ALGUNA ALTERACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

DETECCION DE ALGUNA ALTERACION	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
-4	1	3.3	11	36.6	39.9
4	1	3.3	4	13.3	16.6
5-8	0	0.0	13	43.5	43.5
TOTAL	2	6.6	28	93.4	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°8

RELACION ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS Y DETECCION DE ALGUNA ALTERACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE NO ASISITIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL DE CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 9

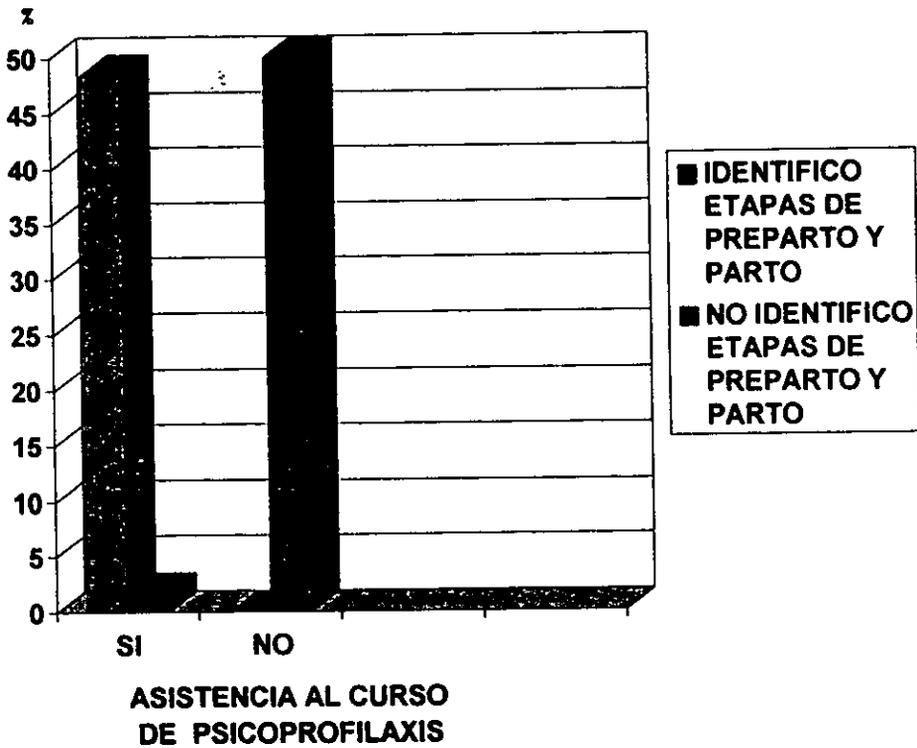
ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO EN RELACIÓN A LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ETAPAS DE PREPARTO Y PARTO, CIMIGEN 1995.

IDENTIFICACIÓN DE LAS ETAPAS DE PREPARTO Y PARTO	ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL				
	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
SI	29	48.4	-	-	48.4
NO	1	1.6	30	50.0	51.6
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO Nº. 1

GRAFICO N° 9

**ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL DE LAS
PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO EN RELACION A LA IDENTIFICACION
DE LAS ETAPAS DE PREPARTO Y PARTO, CIMIGEN, 1995.**



CUADRO No.10

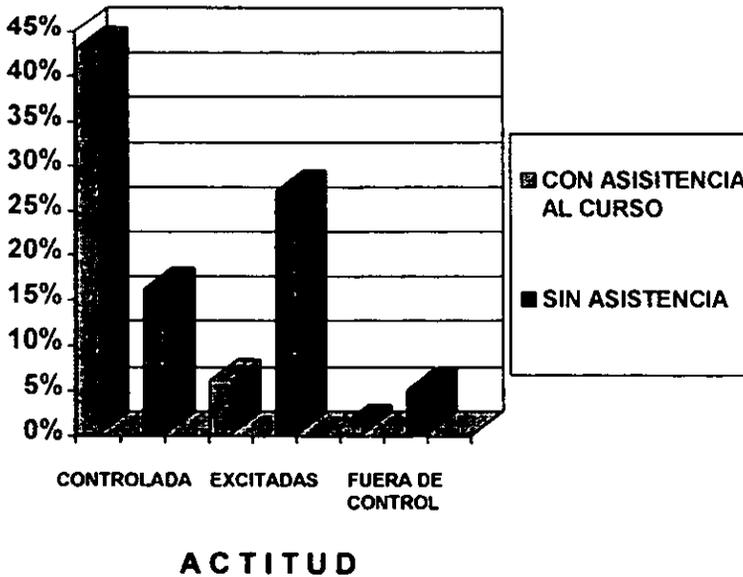
ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA ACTITUD TOMADA POR LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995.

ACTITUD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.	ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL				
	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
CONTROLADA	2.6	43.4	10	16.6	60.0
EXCITADA	4	6.6	17	28.4	35.0
FUERA DE CONTROL.	-	-	3	5.0	5.0
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°10

**ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN
RELACION A LA ACTITUD TOMADA POR LAS PACIENTES EN
TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995**



CUADRO No. 11

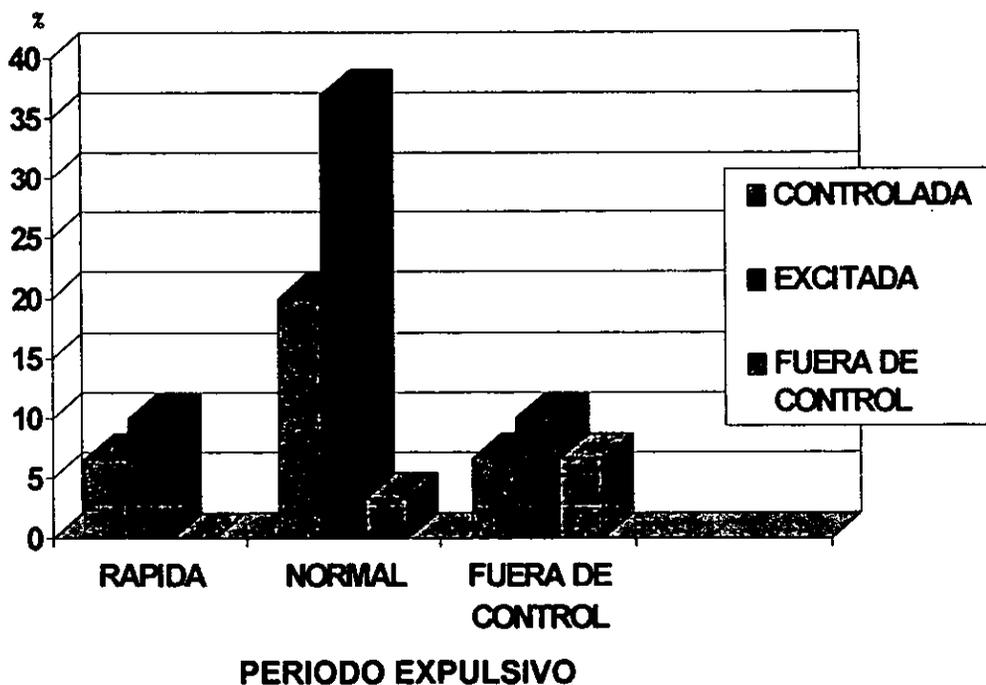
RELACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO Y LA ACTITUD TOMADA EN EL TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

PERIODO EXPULSIVO	RAPIDO		NORMAL		TARDADO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
ACTITUD TOMADA							
CONTROLADA	2	6.6	6	20.0	2	6.6	33.2
EXCITADA	3	10.0	11	36.9	3	10.0	56.9
FUERA DE CONTROL	-	-	1	3.3	2	6.6	9.9
TOTAL	5	16.6	18	60.2	7	23.2	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°11

RELACION DEL PERIODO EXPULSIVO Y LA ACTITUD TOMADA EN EL TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.



CUADRO No. 12

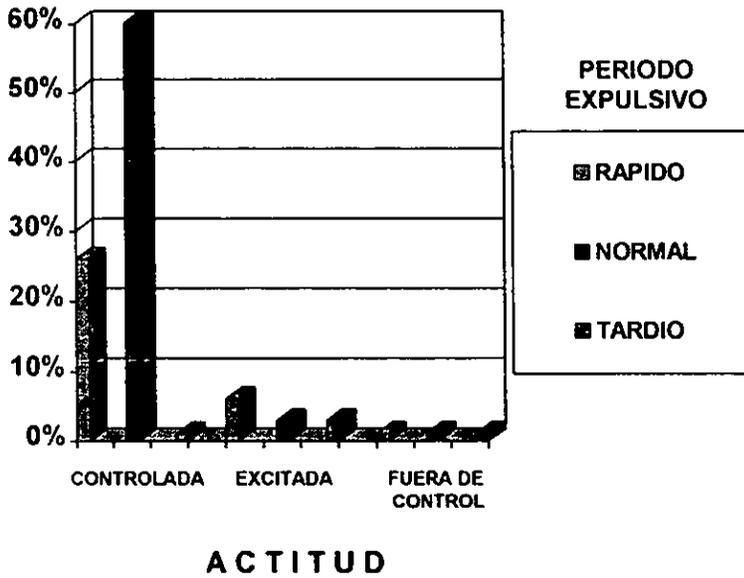
RELACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO Y LA ACTITUD TOMADA EN EL TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

PERIODO EXPULSIVO	RAPIDO		NORMAL		TARDADO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
CONTROLADA	8	26.8	18	60.0	-	-	86.8
EXCITADA	2	6.6	1	3.3	1	3.3	13.2
FUERA DE CONTROL	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	10	33.4	19	63.3	1	3.3	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°12

RELACION DEL PERIODO EXPULSIVO Y LA ACTITUD TOMADA POR LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL , CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 13

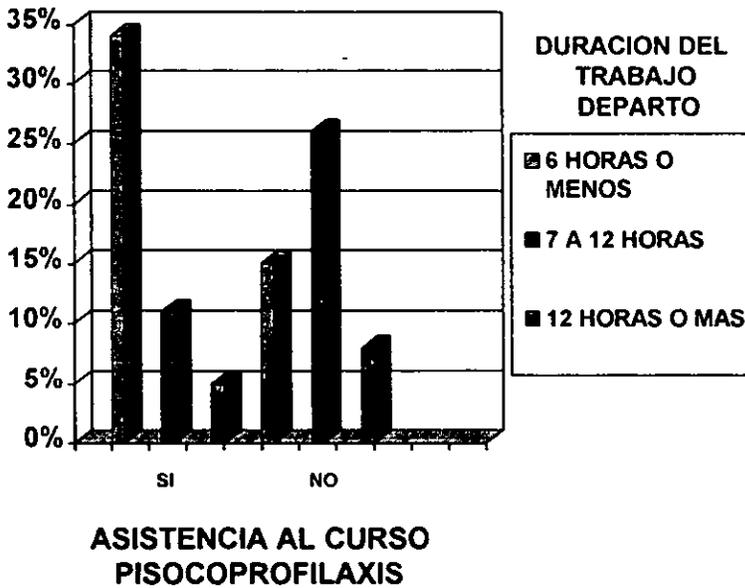
ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN LAS PACIENTES DE CIMIGEN, 1995.

HORAS DE DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL				
	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
6 HRS O MENOS	20	33.4	9	15.0	48.4
7 A 12 HRS.	7	11.6	16	26.7	38.3
12 HRS. O MAS	3	5.0	5	8.3	13.3
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°13

**ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN
RELACION A LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO EN LAS
PACIENTES DE CIMIGEN, 1995**



CUADRO No. 14

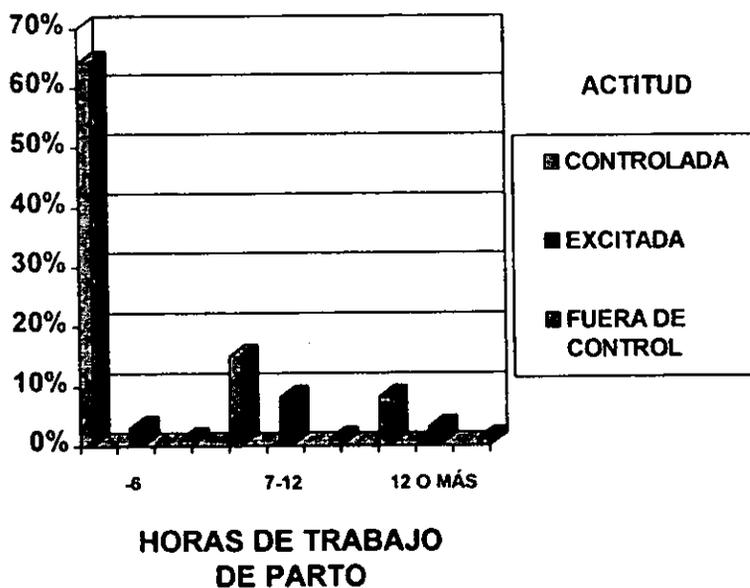
RELACIÓN ENTRE LA ACTITUD Y HORAS DE TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995

HORAS DE TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 6		7 - 12		12 O MAS		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
ACTITUD							
CONTROLADA	19	63.6	5	16.6	2	6.6	86.8
EXCITADA	1	3.3	2	6.6	1	3.3	13.2
TOTAL	20	66.9	7	23.2	3	9.9	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°14

RELACION ENTRE LA ACTITUD Y HORAS DE TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 15

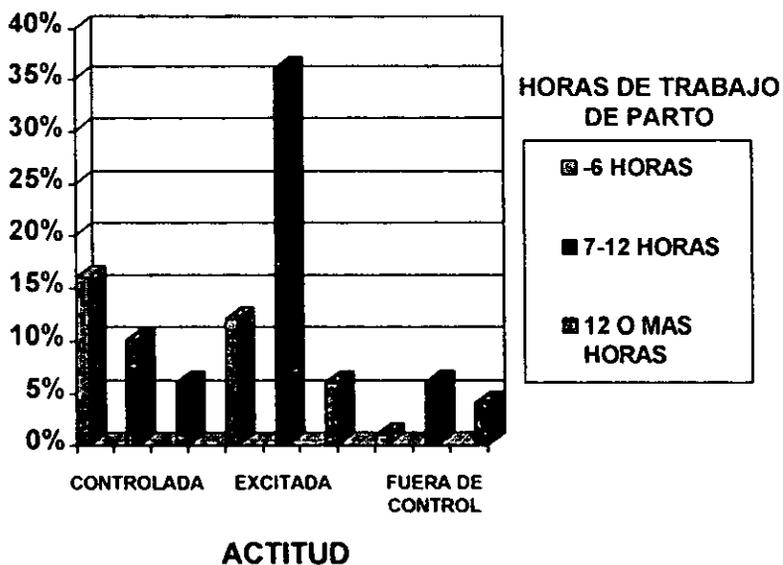
RELACIÓN ENTRE LA ACTITUD Y HORAS DE TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

HORAS DE TRABAJO DE PARTO	-6		7 - 12		12 O MAS		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
CONTROLADA	5	16.6	3	10.0	2	6.6	33.2
EXCITADA	4	13.3	11	37.0	2	6.6	56.9
FUERA DE CONTROL	-	-	2	6.6	1	3.3	9.9
TOTAL	9	29.9	16	53.6	5	16.5	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°15

RELACION ENTRE LA ACTITUD Y HORAS DE TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 16

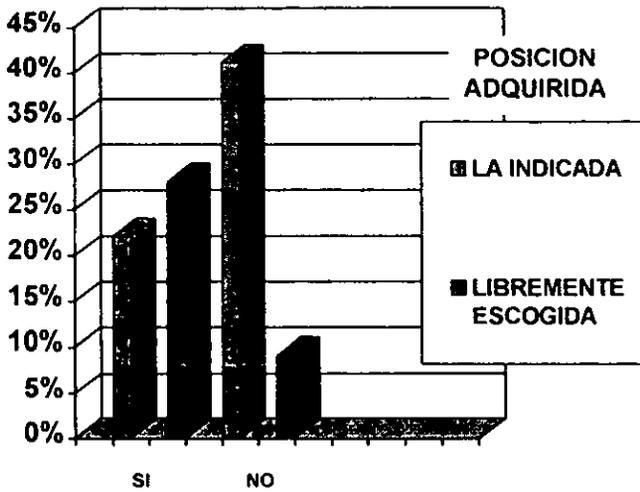
ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA POSICIÓN ADQUIRIDA POR LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995.

POSICIÓN ADQUIRIDA	ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL				
	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
LA INDICADA	13	21.7	25	41.7	63.4
LIBREMENTE ESCOGIDA	17	28.3	5	8.3	36.6
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°16

**ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN
RELACION A LA POSICION ADQUIRIDO POR PACIENTES EN
TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995**



**ASISTENCIA AL CURSO DE
PSICOPROFILAXIS PERINATAL**

CUADRO No. 17

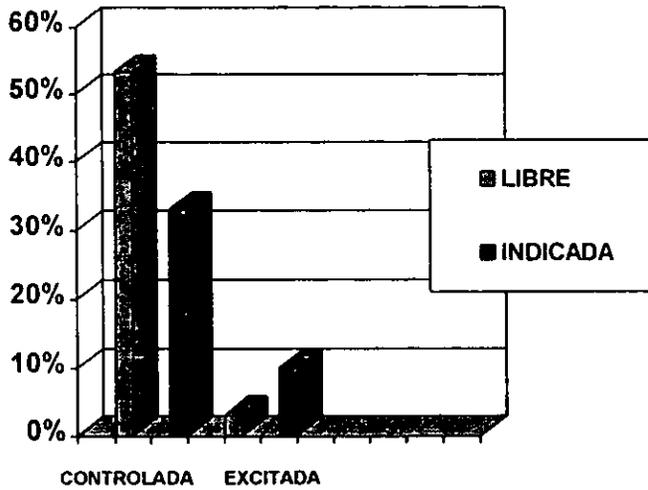
RELACIÓN DE ACTITUD Y POSICIÓN TOMADAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL., CIMIGEN, 1995.

POSICIÓN	LIBRE		INDICADA		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
CONTROLADA	16	53.4	10	33.3	86.7
EXCITADA	1	3.3	3	10.0	13.3
TOTAL	17	56.7	13	43.3	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N°17

RELACION DE ACTITUD Y POSICION TOMADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL , CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 18

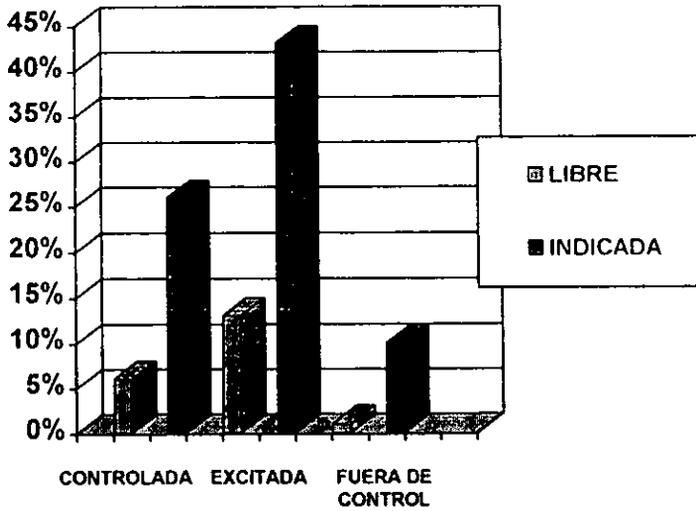
RELACIÓN DE ACTITUD Y POSICIÓN TOMADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN LAS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

POSICIÓN ACTITUD	LIBRE		INDICADA		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
CONTROLADA	2	6.6	8	26.6	33.2
EXCITADA	4	13.3	13	43.5	56.8
FUERA DE CONTROL	-	-	3	10.0	10.0
TOTAL	6	19.9	24	70.1	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°18

RELACION DE ACTITUD Y POSICION TOMADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN LAS PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL , CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 19

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN
RELACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACION UTILIZADAS
EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN. 1995.

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS				
	SI		NO	
TECNICAS Y RECURSOS UTILIZADOS	Fo.	%	Fo.	%
RESPIRACIÓN	29	55.0	12	38.7
MASAJE	12	22.6	1	3.2
MEDIOS FÍSICOS	9	16.9	-	-
MÚSICA	2	3.7	-	-
NO	1	1.8	18	58.1
TOTAL	53	100.0	31	100.0

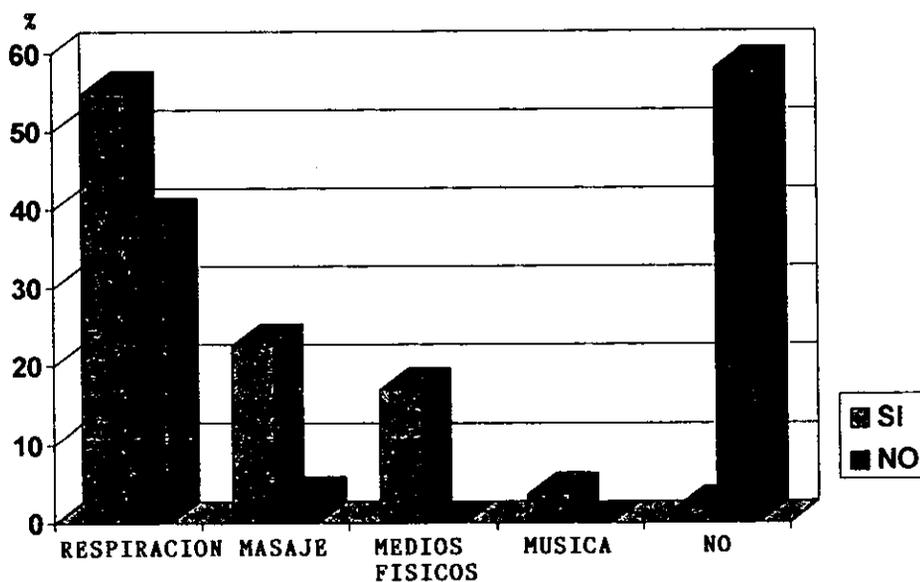
FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

NOTA:

LA CIFRA TOTAL SE VE ALTERADA YA QUE LAS PACIENTES EN OCASIONES UTILIZABAN MAS DE UNA TÉCNICA.

GRAFICO N° 19

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACION A LAS TECNICAS DE RELAJACION UTILIZADAS EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 20

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA DE PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995.

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL					
PARTICIPACION DEL PADRE	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
PASIVA	2	3.3	24	40.0	43.3
ACTIVA	28	46.7	-	-	46.7
NO	-	-	6	10.0	10.0
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

NOTA:

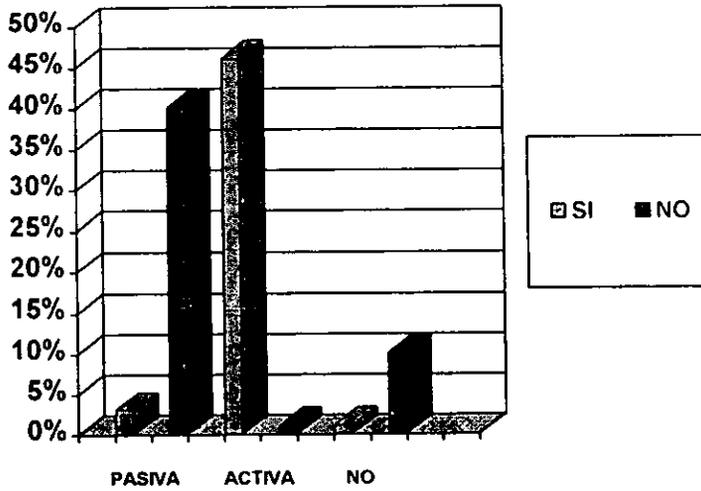
SE CONSIDERA PARTICIPACIÓN PASIVA: CUANDO EL PADRE ESTA DE ESPECTADOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y SOLAMENTE BRINDA APOYO MORAL A LA PACIENTE.

ACTIVA:

CUANDO EL PADRE PARTICIPA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO FÍSICA Y MORALMENTE, CON EJERCICIOS, MASAJES Y HABLANDO CON LA PACIENTE TRATANDO DE TRANQUILIZARLA Y RESPECTO A LOS PADRES QUE NO PARTICIPARON FUE PORQUE EN ESE MOMENTO NO SE ENCONTRABAN CON LA PACIENTE POR DIVERSOS FACTORES PERSONALES O PORQUE SE REHUSARON A HACERLO.

GRAFICO N°20

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN
RELACION A LA PARTICIPACION DE LA PAREJA DE PACIENTES
EN TRABAJO DE PARTO , CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 21

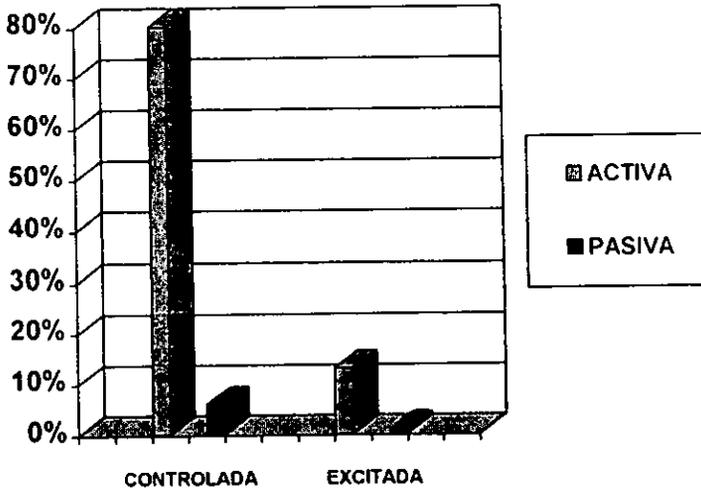
RELACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL PADRE Y LA ACTITUD DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

PARTICIPACIÓN DEL PADRE	ACTIVA		PASIVA		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
ACTITUD TOMADA					
CONTROLADA	24	80.0	2	6.7	86.7
EXCITADA	4	13.3	-	-	13.3
TOTAL	28	93.3	2	6.7	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°21

RELACION DE LA PARTICIPACION DEL PADRE Y LA ACTITUD DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 22

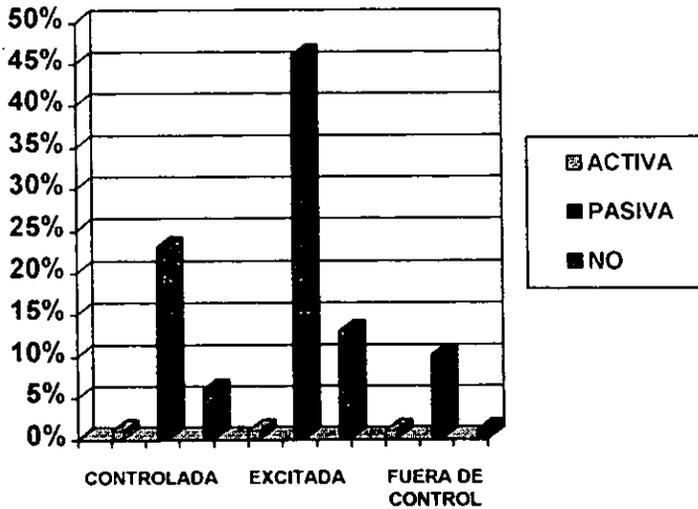
RELACIÓN ENTRE PARTICIPACIÓN DEL PADRE Y ACTITUD DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO, QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

PARTICIPACIÓN DEL PADRE	ACTIVA		PASIVA		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
ACTITUD TOMADA							
CONTROLADA	-	-	7	23.3	2	6.6	29.9
EXCITADA	-	-	14	46.8	4	13.3	60.1
FUERA DE CONTROL	-	-	3	10.0	-	-	10.0
TOTAL	-	-	24	70.1	6	19.9	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N°22

RELACION ENTRE PARTICIPACION DEL PADRE Y LA ACTITUD DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 23

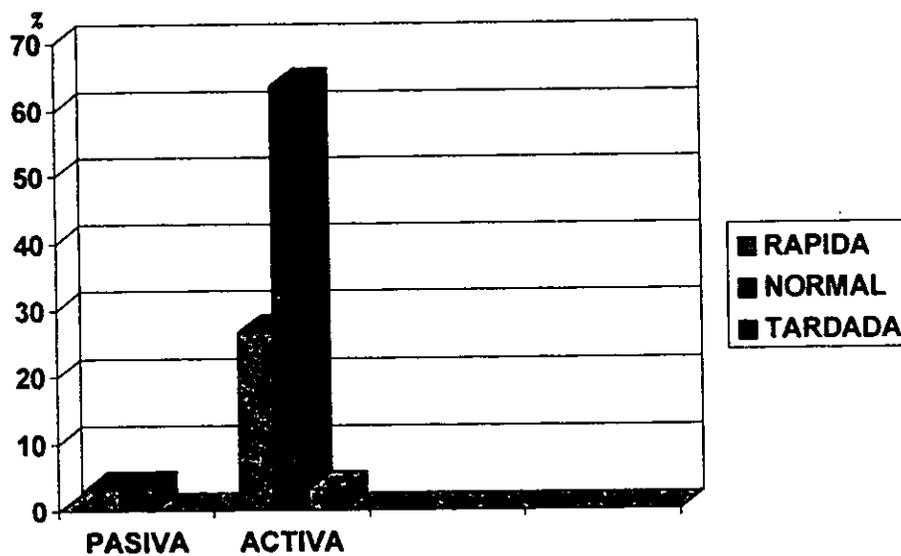
RELACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL PADRE Y PERIODO EXPULSIVO DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

PERIODO EXPULSIVO	RAPIDO		NORMAL		TARDADO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
PARTICIPACIÓN DEL PADRE							
PASIVA	1	3.3	1	3.3	-	-	6.6
ACTIVA	8	26.9	19	63.5	1	3.3	93.4
TOTAL	9	29.9	20	66.8	1	3.3	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N° 23

RELACION DE LA PARTICIPACION DEL PADRE Y PERIODO EXPULSIVO DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.



CUADRO No. 24

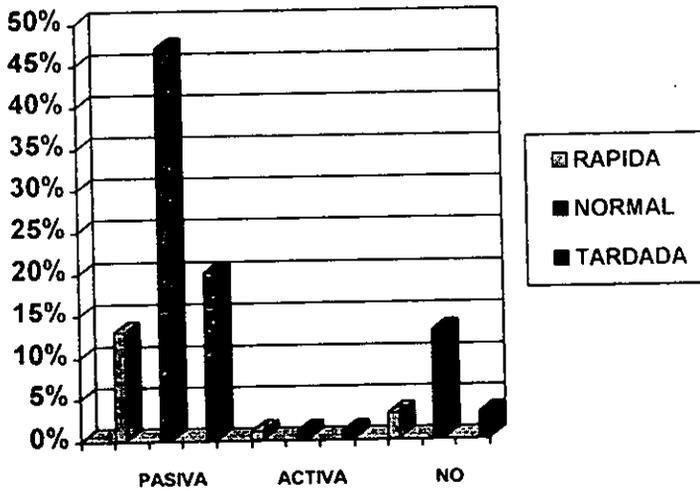
RELACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL PADRE Y PERIODO EXPULSIVO DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

PERIODO EXPULSIVO	RAPIDO		NORMAL		TARDADO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
PARTICIPACIÓN DEL PADRE							
PASIVA	4	13.3	14	46.8	6	20.0	80.1
ACTIVA	-	-	-	-	-	-	-
NO	1	3.3	4	13.3	1	3.3	19.9
TOTAL	5	16.6	18	60.1	7	23.3	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N°24

RELACION DE LA PARTICIPACION DEL PADRE Y PERIODO DE
EXPULSIVO DE LAS PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO QUE NO
ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL,
CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 25

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA SOLICITUD DE ANESTESIA EN PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995.

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL					
SOLICITUD DE ANESTESIA	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
INDICACIÓN MEDICA	3	5.0	-	-	5.0
INICIATIVA PROPIA	2	3.3	9	15.0	18.3
NO	25	41.7	21	35.0	76.7
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

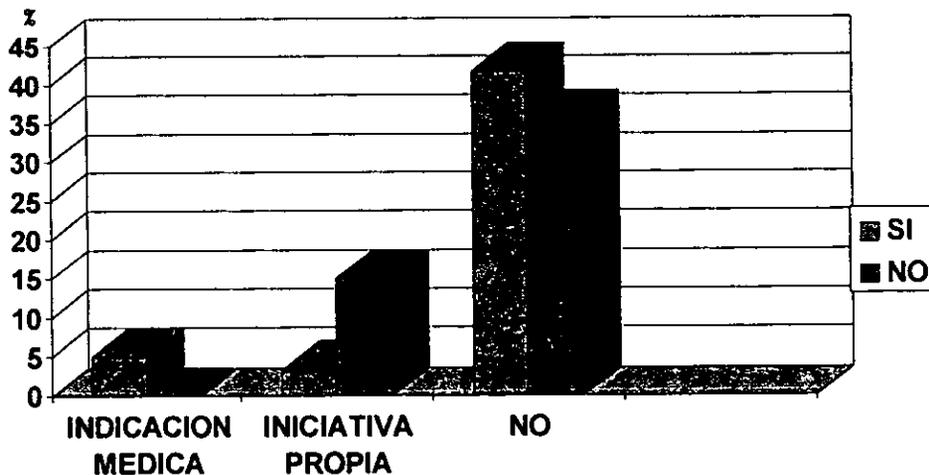
FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

NOTA:

EN LAS PACIENTES QUE SI ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL SE ENCUENTRA QUE TRES FUERON POR INDICACIÓN MEDICA YA QUE SE TRATABA DE MIELOMENINGOCELE, UN PREMATURO Y UN PRODUCTO HIPERTROFIO Y DOS PACIENTES POR INICIATIVA PROPIA YA QUE NO APLICARON CORRECTAMENTE LAS TECNICAS QUE SE IMPARTIERON EN EL CURSO O BIEN POR QUE SU UMBRAL AL DOLOR FUE MENOR.

GRAFICO N° 25

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACION A LA SOLICITUD DE ANESTESIA EN PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO, CIMIGEN, 1995.



CUADRO No. 26

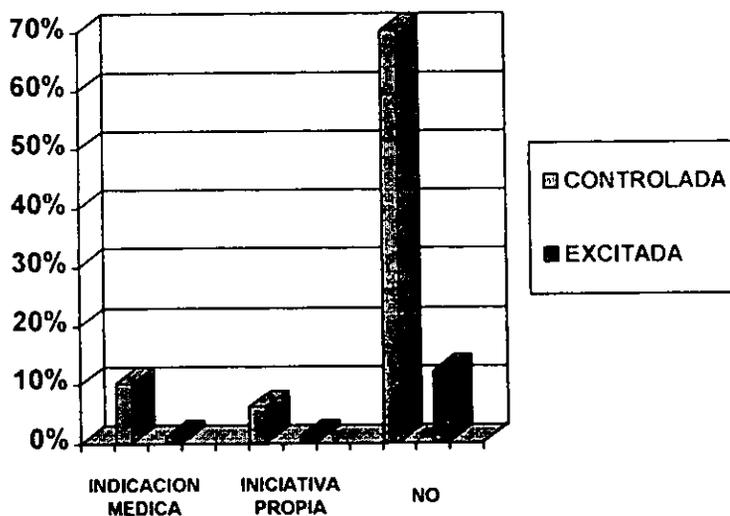
RELACIÓN DE LA ACTITUD Y LA SOLICITUD DE ANESTESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

ACTITUD	CONTROLADA		EXCITADA		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
SOLICITUD DE ANESTESIA					
INDICACION MEDICA	3	10.0	-	-	10.0
INICIATIVA PROPIA	2	6.7	-	-	6.7
NO	21	70.0	4	13.3	83.3
TOTAL	26	86.7	4	13.3	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N°26

RELACION DE LA ACTITUD Y LA SOLICITUD DE ANESTESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 27

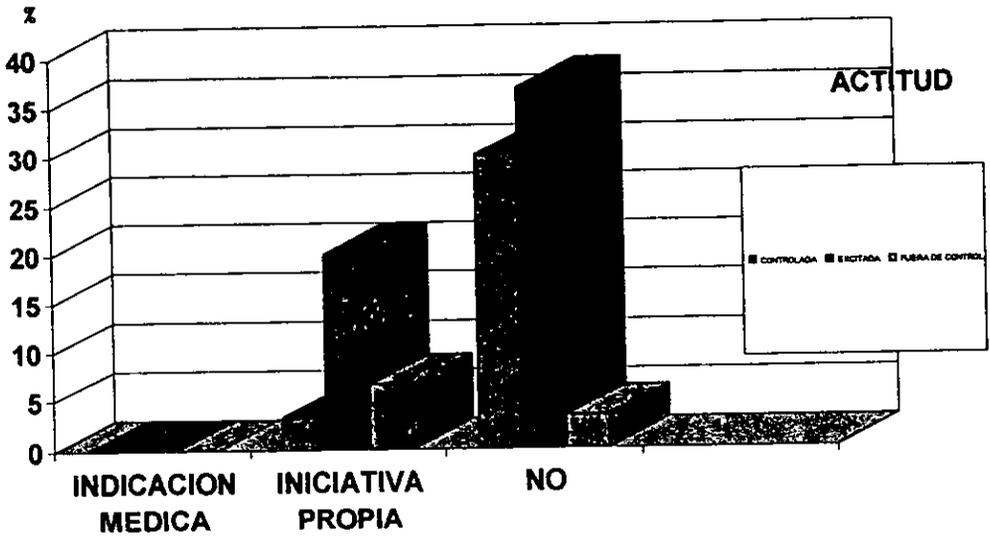
RELACIÓN ENTRE LA ACTITUD Y LA SOLICITUD DE ANESTESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.

ACTITUD	CONTROLADA		EXCITADA		FUERA DE CONTROL		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	%
SOLICITUD DE ANESTESIA							
INDICACIÓN MEDICA	-	-	-	-	-	-	-
INICIATIVA PROPIA	1	3.3	6	20.0	2	6.6	29.9
NO	9	30.0	11	36.8	1	3.3	70.1
TOTAL	10	33.3	17	56.8	3	9.9	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N° 27

RELACION ENTRE LA ACTITUD Y LA SOLICITUD DE ANESTESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, CIMIGEN, 1995.



CUADRO No. 28

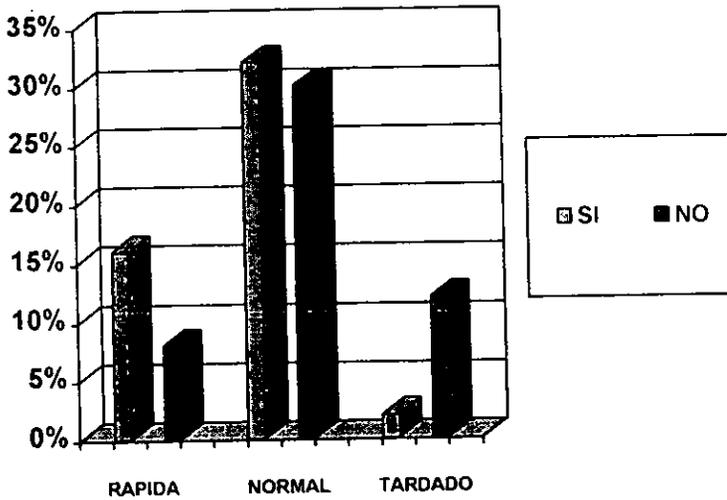
ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA RAPIDEZ DEL PERIODO EXPULSIVO EN PACIENTES EN TRAJABO DE PARTO, CIMIGEN, 1995.

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL					
PERIODO EXPULSIVO	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	%
RÁPIDO	10	16.6	5	8.4	25.0
NORMAL	19	31.8	18	30.0	61.8
TARDADO	1	1.6	7	11.6	13.2
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N°. 1

GRAFICO N°28

**ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL , EN
RELACION A LA RAPIDEZ DEL PERIODO EXPULSIVO EN
PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO
CIMIGEN, 1995**



CUADRO No. 29

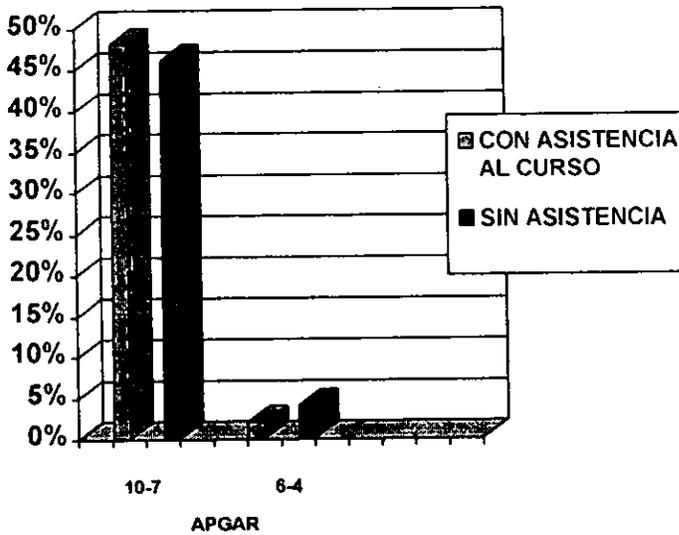
ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN APGAR EN PRODUCTOS DE PACIENTES DE CIMIGEN, 1995.

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL					
	S	I	N	O	TOTAL
VALORACIÓN APGAR	Fo.	%	Fo.	%	%
10-7	29	48.4	28	46.7	95.1
6-4	1	1.6	2	3.3	4.9
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE: IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N°29

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL , EN
RELACION A LA VALORACION APGAR EN PRODUCTOS DE
PACIENTES, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 30

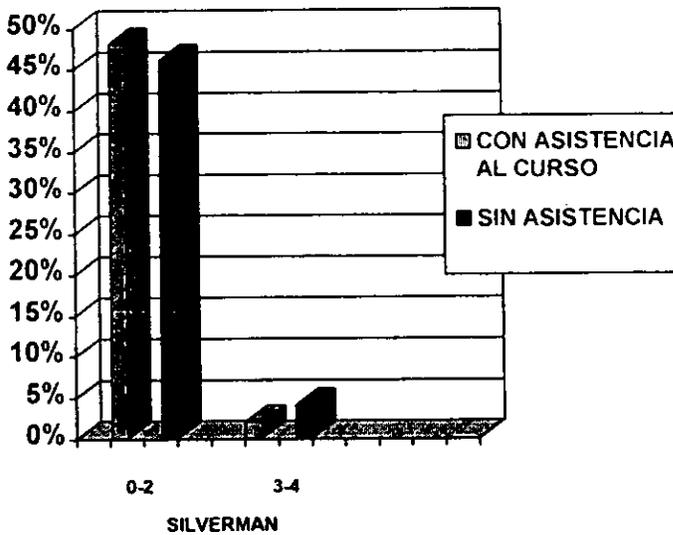
ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN
RELACIÓN A LA VALORACIÓN SILVERMAN EN PRODUCTOS
DE PACIENTES DE CIMIGEN, 1995.

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL					
	SI		NO		TOTAL
VALORACIÓN SILVERMAN	Fo.	%	Fo.	%	%
0-2	29	48.4	28	46.7	95.1
3-4	1	1.6	2	3.3	4.9
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N°30

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILACTICO PERINATAL , EN
RELACION A LA VALORACION SILVERMAN EN PRODUCTOS DE
PACIENTES, CIMIGEN, 1995



CUADRO No. 31

ASISTENCIA AL CURSO PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN RELACIÓN A LA LACTANCIA PROPORCIONADA A LOS RECIEN NACIDOS DE LAS PACIENTES EN CIMIGEN, 1995.

ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL					
	SI		NO		TOTAL
LACTANCIA	Fo.	%	Fo.	%	%
SI	29	48.4	26	43.4	91.8
NO	1	1.6	4	6.6	8.2
TOTAL	30	50.0	30	50.0	100.0

FUENTE IDEM CUADRO N° 1

GRAFICO N° 31

**ASISTENCIA AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, EN
RELOACION A LA LACTANCIA PROPORCIONADA A LOS RECIEN NACIDOS
DE LAS PACIENTES, EN CIMIGEN, 1995.**

